

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1980) : Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen, In: Hans-Ulrich Deppe (Ed.): Vernachlässigte Gesundheit: zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Ein kritischer Überblick, ISBN 3-462-01413-7, Kiepenheuer & Witsch, Köln, pp. 222-256

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112212>

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.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Kapitel VII

Rolf Rosenbrock

Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen¹

1. Die Struktur des Problems

Im Verhältnis zwischen praktizierter Medizin und Medikament kommt letzterem keineswegs nur eine dienende, sondern in hohem Maße auch eine prägende Funktion zu. In der großen Mehrheit der ambulanten Behandlungsfälle sichtet der Arzt die ihm geschilderten Symptome und Krankheitsbilder von vornherein unter dem Gesichtspunkt der Pharmaka, er fragt also in erster Linie danach, mit welchen Arzneimitteln geheilt oder gelindert werden kann. Auch für weite Bereiche des Krankenhauses ist diese Aussage gültig. Die Frage nach Entstehungsursachen von Krankheiten einerseits und anderen Therapiemöglichkeiten andererseits treten hinter der Arzneimittel-Therapie zurück. Das Arzneimittel »rationalisiert« die Tätigkeit des Arztes in einem solchen Ausmaß, daß Alternativen kaum zu bestehen scheinen oder auch nur denkbar sind. Daß dies nicht primär als modische Kritik an »den Ärzten« zu verstehen ist, wird weiter unten deutlich zu machen versucht. Der bestimmende Einfluß der Arzneimittel und damit der chemisch-pharmazeutischen Industrie auf die ärztliche Tätigkeit findet seinen Ausdruck nicht zuletzt darin, daß die Pharma-Industrie bis heute in Form hochtechnisierter Informationssysteme einerseits und streng geheimer Forschungsbereiche andererseits sowie durch detaillierte Absatzstatistiken, die der Öffentlichkeit nicht zugänglich sind, de facto ein Informationsmonopol über ihre Produkte besitzt, und daß keine andere Institution über vergleichbar vollständige Informationen hinsichtlich der Struktur der Ärzteschaft und jeden einzelnen Arzt verfügt.^{1a} Diese Position nutzt sie vor allem zur Ausgestaltung ihrer Werbestrategien mit dem Erfolg, daß der Arzt Medikamente nicht »allein wegen ihres Gebrauchswertes . . . (verschreibt), sondern weil er seinen Patienten gegenüber von »besonderer Gestalt«, »von hoher Autorität«, »Machtträger mit Einsicht in ihre Intimsphäre« und »selbst eine Droge« ist². Dem entspricht auch die Erwartungshaltung der Mehrheit der Patienten an ihn, für die oftmals derjenige ein schlechter Arzt ist, der nichts oder auch nur weniger verschreibt.

Gerade unter dem Druck des Anstehens der modernen Volkskrankhei-

ten, auf die (mit einigen Ausnahmen, z. B. des Hypertonus) auch die medikamentöse Therapie kaum noch ausreichende therapeutische Antworten findet (siehe Kap. I), wird deutlich, daß es nicht zuletzt der Einfluß der Arzneimittel war und ist, der systematische Überlegungen über umfassende präventive Strategien über lange Zeit zurückgedrängt hat bzw. als nicht notwendig erscheinen ließ: Wo als Folge unterlassener Vorsorge im Arbeits-, Umwelt- und Sozialbereich industriell gefertigte Pharmaka relativ billig zur Verfügung stehen, ist die ökonomische Motivation zum Aufbau entsprechender Strategien und Institutionen kaum vorhanden, obwohl nur diese mittel- und langfristige zu kausalen Lösungen führen könnten.

Was immer an Reformen im Gesundheitswesen denkbar ist und durchgesetzt werden kann, die gesundheitliche Betreuung und Versorgung der Bevölkerung wird noch lange durch den historisch entstandenen Einfluß der Arzneimittel auf Strukturen und Institutionen des Gesundheitswesens geprägt bleiben. Daß das so entstandene System aber therapeutisch oder ökonomisch optimal sei, kann in einer Situation, in der das Schwergewicht der Therapie auf symptomatischen Behandlungsformen liegt, lediglich behauptet, nicht aber bewiesen werden.

Es kann in diesem Beitrag nicht detailliert dargestellt werden, wie der Prozeß der Vereinnahmung und Durchdringung des Medizin-Betriebes durch die Pharmaka-Therapie historisch abgelaufen ist. Es muß genügen, auf drei Tatsachen hinzuweisen, die diese Entwicklung begründet bzw. begünstigt haben:

1. Grundsätzlich ist eine industriell hergestellte Ware der handwerklich gefertigten wirtschaftlich überlegen. Wäre sie es nicht, so würde im kapitalistischen Wirtschaftssystem ihre Herstellung nicht industriell betrieben. Vom technisch-naturwissenschaftlichen Entwicklungsstand der anorganischen und organischen Chemie her waren zwischen 1780 und 1860 bereits die Grundlagen für den Übergang von der handwerklichen Einzelfertigung in der Apotheke zu manufakturmäßiger und industrieller Fertigung von Arzneimitteln gegeben. Die Gründung der auch heute noch zu den größten Pharma-Herstellern zählenden Firmen fällt in diese Phase bis zum Beginn des ersten Weltkriegs.³ Teilweise entstanden sie aus Apotheken, die durch bestimmte Rezepturen (»Geheimmittel«) oder ein gutes marketing zunächst überregionale Bedeutung erlangten und dann zu Fabriken wurden; teilweise handelte es sich um Produktionsausweitungen bestehender Chemie-Fabriken auf das chemisch-therapeutische Feld. In diesem Zeitraum war noch in keinem anderen Arbeitsbereich der Medizin die Grundlage für eine Industrialisierung geschaffen. Teilweise konnte sie und kann sie auch nicht geschaffen werden: Die Möglichkeiten des Ersatzes der lebendigen Arbeitskraft durch

Maschinen und Apparate im Bereich der persönlichen Dienstleistungen sind a priori sehr beschränkt und bei den Versuchen zu ihrer Einsparung stehen bis auf den heutigen Tag Methoden der Arbeitsintensivierung und Einschränkung der Betreuungsqualität im Vordergrund. Demgegenüber können Arzneimittel – zumal bei sich verbessernder Technologie der Haltbarmachung und Lagerung – in kostenoptimalen Losgrößen (Chargen) und auf Lager produziert werden.

2. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser machten sich die ihnen durch die industrialisierte Arzneimittel-Produktion gebotenen Möglichkeiten der »Rationalisierung« ihrer Arbeit rasch zunutze. So entfaltete sich der Einfluß der Arzneimittel-Industrie, auch wenn dies durchaus nicht immer ohne Widerstand ablief. Die anfangs besonders heftig betroffenen Apotheker – die herkömmliche Rezeptur der Ärzte über die Apotheken verlor schon im 19. Jahrhundert an Bedeutung und sank auf rund 80 %⁴ – versuchten Widerstand zu leisten: »Die fabrikmäßige Herstellung von Arzneien wird auf Schritt und Tritt bekämpft werden. Gegen diese schamlosen Übergriffe in die verbrieften Rechte der Apotheker wird der ganze Stand einmütig Front machen.«⁵ Die ökonomischen Gesetze des Marktes erwiesen sich als stärker: Heute wird der Anteil der Rezeptur-Herstellung in Apotheken auf weniger als 3 % des Umsatzes geschätzt. Ärzte und Krankenhäuser hatten hingegen keinen Anlaß, sich den Produkten des neuen Industriezweiges zu widersetzen, zumal sie ja die gewohnte Arznei aus der Apotheke lediglich in verbesserter und verbilligter Form zu ersetzen schienen. Für die Entwicklung der chemisch-pharmazeutischen Industrie und ihres dominierenden Einflusses auf die anderen medizinischen Arbeitsbereiche war auch die Einführung der sozialen Krankenversicherung (1883), durch die eine gewisse medizinische Mindestversorgung für größere Bevölkerungskreise erstmals gewährleistet wurde, »deshalb besonders wichtig, weil (durch sie) der Verbrauch an Heilmitteln in den minderbemittelten Bevölkerungsschichten gesteigert worden ist«.⁶
3. Ohne die Berücksichtigung dieses historisch gewachsenen Einflusses der Arzneimittel-Therapie und damit der chemisch-pharmazeutischen Industrie auf die Entwicklung der Inhalte der forschenden und praktizierten Medizin kann die Bedeutung der Arzneimittel-Industrie nicht vollständig begriffen werden: Die heute bestehende Struktur des Gesundheitswesens ist Resultante einer Machtkonstellation⁷, in der die chemisch-pharmazeutische Industrie eine bedeutende Rolle spielt; es ist evident, daß sie daran interessiert ist, einen Zustand aufrechtzuerhalten, der mit einem stabilen und möglichst wachsenden Arzneimittel-Markt zumindest kompatibel ist. Der notwendigen Kritik an mangelnder

Transparenz, unsinnigen Werbungsaufwendungen, sinkenden Forschungserträgen etc. kommt diesem Zusammenhang gegenüber erst sekundäre Bedeutung zu.

Im folgenden kann auf diese strukturellen Aspekte der Rolle der Arzneimittel nicht weiter eingegangen werden. Vielmehr soll zunächst die ökonomische Struktur dieser Branche dargestellt werden, um dann in einem weiteren Abschnitt die aus dieser Struktur resultierenden Strategien auf dem Arzneimittel-Markt zu skizzieren. In einem vierten Abschnitt wird dann ein Modell zur Reform dieses Sektors vorgestellt.

2. Die Struktur des Marktes

2.1. Was kostet die Arzneimittelversorgung?

Die westdeutsche Arzneimittelindustrie kann ihre Umsätze Jahr für Jahr kontinuierlich und beträchtlich erhöhen. In den Jahren von 1960 bis 1977 stieg er von 2,35 Mrd. DM auf 12,40 Mrd. DM, also um mehr als das Fünffache⁸. Rund ein Drittel davon wird exportiert – seit 1968 ist die Bundesrepublik vor den USA und der Schweiz größter Pharma-Exporteur der Welt. Hierin sind selbstverständlich noch nicht jene Umsätze enthalten, die die Tochtergesellschaften der deutschen Pharma-Hersteller im Ausland erzielen. Sie werden auf weitere ca. 4 Mrd. DM geschätzt. Exakte Angaben sind von der Pharma-Industrie hierüber nicht zu erhalten.

Arzneimittel werden über Apotheken, Drogerien und Krankenhäuser abgesetzt. Da über 90 % der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, die den Apotheken die Preise der von den Ärzten verordneten Arzneimittel erstatten, kann die Entwicklung ihrer Ausgaben für Arzneimittel als repräsentativ für die Gesamtkostenentwicklung angesehen werden.

Bis 1973 stiegen die Arzneimittel-Ausgaben schneller als die ohnehin rasant anwachsenden Ausgaben der GKV. Bis zum Ende der sechziger Jahre waren sie sogar der »dynamischste« unter allen Ausgabenposten der GKV, dann erst wurden sie von den Posten »Krankenhaus« und »Zahnärzte« überholt.

Der geringere Anstieg in den Jahren 1975 bis 1977, der sich im fallenden Anteil der Arzneimittel-Ausgaben an den Gesamtausgaben in diesen Jahren ausdrückt, ist der in diesen Jahren verschärft einsetzenden öffentlichen Diskussion über Kostendämpfungsmaßnahmen geschuldet: Lange vor der Verabschiedung des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes (KVGK) im Juni 1977, das die jährliche Festsetzung der Zuwachsraten der

Tab. 1:

Entwicklung der Ausgaben der GKV für Arzneimittel aus Apotheken
(1960 = 100)

	1961		1963		1965		1967		1969	
	Mrd. DM	%								
Reine Leistungsaus- gaben ohne Verwaltungs- kosten und Krankengeld	7,2	100	8,9	100	11,5	100	15,0	100	18,8	100
1960 = 100	114		142		183		238		299	
Arzneimittel aus Apotheken	1,2	17,3	1,6	17,4	2,0	17,6	2,8	19,4	3,8	20,2
1960 = 100	113		143		185		252		347	

Arzneimittel-Ausgaben vorsieht, begannen viele Ärzte mit einer Einschränkung der Verordnungen bzw. dem Verschreiben billigerer Präparate. Dies bedeutete zwar für die Krankenkassen eine gewisse Entlastung, volksgesundheitlich kann es nicht ohne weiteres positiv bewertet werden: Solange nicht durch eine entsprechende Ausbildung der Ärzte sowie eine nicht-werbungsgebundene Information gewährleistet ist, daß die Verordnungen tatsächlich bei den unwirksamen und dubiosen Pharmaka eingeschränkt werden, solange also der Arzt seine Entscheidungen nicht aufgrund therapeutischer und wirtschaftlicher Kriterien in Richtung auf eine rationalere Arzneimittel-Therapie zu treffen in der Lage ist, kann der volksgesundheitliche Nutzen derartiger Kostendämpfung positiv, negativ oder auch gleich Null sein. Darüber hinaus dürfte diese Kostendämpfung nur von kurzer Dauer gewesen sein: Inzwischen hat sich bei den Ärzten offenbar die Erkenntnis durchgesetzt, daß ihnen bei »normaler« Verordnung keine Einkommenseinbußen drohen: Im Jahre 1978 belief sich die Zuwachsrate bereits wieder auf 8,1 %⁹ (gegenüber 2,1 % in 1977, 8,3 % in 1976, 12,9 % in 1975 und 16,5 % in 1974).

Insgesamt also haben sich die Ausgaben der GKV im Beobachtungszeitraum nahezu verneunfacht, die Erstattungssumme der GKV an die Apotheken belief sich auf ca. 80 Mrd. DM. Hinzurechnen muß man noch die Arzneimittel-Umsätze in Krankenhäusern, wo ca. 20 % aller Arzneimittel

	1971		1973		1975		1977		1978	
	Mrd.	%								
	DM		DM		DM		DM		DM	
Reine Leistungsausgaben ohne Verwaltungskosten und Krankengeld	26,7	100	36,9	100	53,5	100	61,4	100	66,3	100
1960 = 100	425		587		856		977		1055	
Arzneimittel aus Apotheken	5,0	18,6	6,7	18,2	8,9	16,6	9,8	16,0	10,7	16,1
1960 = 100	455		615		809		890		968	

Quellen: pharma-daten; hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, verschiedene Jahrgänge, Bundesarbeitsblatt 1/1980, S. 95, eigene Berechnungen.

verbraucht¹⁰, aus weiter unten zu erörternden Gründen (vgl. Abschn. 3.2.) jedoch wesentlich billiger abgegeben werden.

Als volksgesundheitlich äußerst bedenklich muß schließlich der dritte große Posten im Arzneimittel-Umsatz gesehen werden: Die *Selbstmedikation*, der Verkauf nicht-rezeptpflichtiger Arzneimittel in Apotheken und Drogerien, der zwischen 20 und 30 % des gesamten Arzneimittel-Verbrauchs ausmacht (1977: 2,8 Mrd. DM¹¹). Abgesehen davon, daß viele gefährliche und schädliche Arzneimittel erst nach jahrelangem Kampf in die Rezeptpflicht aufgenommen wurden (z. B. das als Suchtmittel verwendbare »Aufputschmittel« AN 1 oder die unter Umständen tödlichen Schlafmittel aus der Gruppe der Bromcarbamide) und sicherlich auch heute nicht nur unbedenkliche Arzneimittel frei verkäuflich sind, ist grundsätzlich zu fordern, daß wirksame Arzneimittel sowohl nur durch den Arzt verordnet werden dürfen als auch von den Krankenkassen erstattet werden müssen. Denn: »Gegen die Beschränkung der Selbstbeteiligung (hier sogar: Selbstfinanzierung durch die Versicherten bei Selbstmedikation; d. V.) auf sogenannte Bagatellfälle steht die Erfahrung, daß ein Bagatellfall erst nachträglich konstatierbar ist.«¹² Selbstmedikation und andere Formen der Selbstbeteiligung führen immer auch dazu, daß viele Krankheiten nicht oder zu spät behandelt werden.

Es bleibt zu fragen, welche Faktoren diese Entwicklung der Arzneimit-

tel-Kosten verursacht haben. Die Beantwortung dieser Frage ist nicht leicht: Über die Quellen des Anstiegs der Arzneimittel-Kosten herrscht weithin Unklarheit. Gewöhnlich wird zwischen einer Mengen- und einer Preiskomponente unterschieden, die im Verhältnis 50 zu 50¹³ oder 70 zu 50¹⁴ 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 %¹⁵ oder 50 %¹⁶ teurer sind als die alten; schließlich wird auch noch mit einem »Struktureffekt« argumentiert, mit dem 25 % der Ausgabensteigerung durch angeblich verbesserte Arzneimittel erklärt werden.¹⁷ Klarheit auf diesem Gebiet ist deshalb so schwer zu gewinnen, weil das Arzneimittel-Angebot durch immer neue Präparate so rasch verändert wird, daß ein verlässlicher »Warenkorb«, der die Basis für einen unbezweifelbaren Preisindex und damit für das Verhältnis zwischen Mengen- und Preiskomponente abgeben würde, nicht konstruiert werden kann. Größere Klarheit könnte hier nur eine Analyse der vom Institut für medizinische Statistik GmbH, Frankfurt,¹⁸ akribisch ermittelten Umsatzstatistiken bringen; diese Statistiken, die von Arzneimittel-Herstellern für jährlich mehrere 100 000 DM abonniert werden können, werden aber nicht publiziert; nicht einmal dem Bundesgesundheitsamt werden sie trotz dringender Anforderungen zur Verfügung gestellt.¹⁹

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 darüber ab, ob Versuche, die Nachfrage nach Arzneimitteln durch Einwirkung auf Ärzte und Patienten zu steuern, zur Lösung des Problems beitragen oder ob durch solche Versuche – wären sie erfolgreich – die Arzneimittel-Versorgung unter das notwendige Maß gedrückt würde. Aber selbst bei einem starken Mengenfaktor wäre die Verlagerung der Verantwortung auf die Schultern des medizinischen Laien bzw. des vom Arzneimittel-Angebot fachlich überforderten Arztes noch nicht zu vertreten. Es müßte dann vielmehr nach Methoden gesucht werden, wie der Arzt über verbesserte Aus- und Fortbildung sowie veränderte Informationen über Arzneimittel in den Stand gesetzt werden könnte, eine rationalere Arzneimitteltherapie zu betreiben.

Eigene Berechnungen des Verfassers, die vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie zwar angezweifelt, aber nicht widerlegt wurden²⁰, 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 drei Viertel auf Preiserhöhungen, Verord-

nungen neuer und teurerer, aber deshalb keineswegs besserer Arzneimittel und mehr oder weniger willkürliche Erhöhungen der Mindestpackungsgröße zurückzuführen sind. 10 % bis 25 % verbleiben für den Mengenanstieg 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.

Damit wäre die Wurzel des Kostenproblems eindeutig bei den Herstellern der Arzneimittel, der chemisch-pharmazeutischen Industrie geortet, die durch

- Erhöhung der Preise für am Markt befindliche Arzneimittel,
- Senkung des Packungsinhaltes bei gleichbleibendem oder steigendem Preis,
- Erhöhung der Mindestpackungsgröße und
- Ausbietung immer neuer Arzneimittel, die ohne Rücksicht darauf, ob sie einen therapeutischen Fortschritt darstellen oder nicht, teurer sind als die am Markt befindlichen

den weitaus überwiegenden Teil des Kostenanstieges zu verantworten hat. Es erscheint daher angebracht, kurz das Bild dieser Branche zu skizzieren.

2.2 *Wer stellt Arzneimittel her?*

Die Darstellung der Branche »chemisch-pharmazeutische Industrie« stößt auf die methodische Schwierigkeit, daß diese Branche nicht isoliert existiert, sondern gerade die größten Pharma-Hersteller Unternehmensbereiche der größten Chemie-Konzerne sind. Das hat unter anderem zur Konsequenz, daß die Möglichkeiten der Einflußnahme auf staatliche Maßnahmen, etwa auf Gesetzgebung über Arzneimittel-Sicherheit, -zulassung, -werbung und -preise, nicht auf die finanziellen und politischen Mittel des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie (BPhI) mit Sitz in Frankfurt beschränkt sind, sondern daß hinter der Pharma-Industrie immer auch die hoch-organisierte chemische Industrie mit ihrem Einfluß steht.

Die chemische Industrie ist eine der wachstumsstärksten Branchen der westdeutschen Industrie; von 1962 bis 1974 kletterte ihr Umsatz um nahezu 250 %, während es die gesamte verarbeitende Industrie in diesem Zeitraum »nur« auf 150 % brachte. Bei diesem Wachstumstempo nimmt es nicht wunder, daß sie alle anderen Branchen überholte und nunmehr der umsatzstärkste Industriezweig in der BRD ist; ein Platz, den bis 1973 noch die Maschinenbauindustrie innehatte.

Noch schneller als die Chemie-Industrie wächst allerdings noch die »Wachstumsbranche in der Wachstumsbranche« – die pharmazeutische Industrie, die zwischen 1962 und 1974 ihren Umsatz um mehr als 300 % steigern konnte: von 2,4 Mrd. DM auf 10 Mrd. DM. Der Anteil der pharmazeutischen Industrie an der chemischen Industrie beträgt ca. 13 % und ist im Steigen begriffen²¹.

Die Attraktivität der Pharma-Produktion für Chemie-Konzerne läßt sich auch an der Tatsache illustrieren, daß bereits 1973 mindestens 21 der 25 umsatzstärksten Chemie-Unternehmen der Welt, die mit ca. 230 Mrd. DM ca. 30 % des gesamten Chemie-Umsatzes der nicht-sozialistischen Welt auf sich vereinten, auch in der Pharma-Sparte tätig waren – darunter die drei größten Chemie-Unternehmen der Welt, die IG-Farben-Nachfolger BASF AG, HOECHST AG und BAYER AG.²²

Ein herausragendes Merkmal der Chemie-Industrie ist ihr hoher Konzentrationsgrad. Während in der gesamten Industrie die 6 größten Unternehmen 7,1 % des gesamten Industrie-Umsatzes auf sich vereinten und in dem als hochkonzentriert geltenden Stahl-, Maschinen- und Fahrzeugbau diese Kennziffer 24,3 % betrug, brachten es die größten 6 Chemie-Unternehmen auf 30,5 %. Da diese Zahlen sich auf das Jahr 1967 beziehen, der Konzentrationsprozeß sich aber seither immer weiter verschärft hat, darf angenommen werden, daß das heutige Bild noch wesentlich eindeutiger ist.

Konzentration und Zentralisation des Kapitals – eine natürliche und notwendige Tendenz der kapitalistischen Produktionsweise – hat neben den technologischen und organisatorischen Vorzügen des Großbetriebes auch immer die folgenden Konsequenzen:

- Vereinfachung von Absprachen über Preise (gestaffelt von lockeren Preisabsprachen bis hin zu festen Kartellen),
- Vereinfachung von Absprachen über Marktaufteilungen (was jedem beteiligten Unternehmen ein faktisches Monopol für die ihm zugesprochenen Produkte oder Gebiete verschaffen kann) und
- Vergrößerung der Möglichkeiten der Einflußnahme auf den Staat (z. B. durch eine starke Lobby zur Einwirkung auf Gesetzgebung und Regierung, durch Drohung mit Investitions- und Ausbildungsstopp bei Nicht-Befolgung der Wünsche des Unternehmens zum Schaden der jeweiligen Region, Erzwingung von Subventionen und Sonderabschreibungen etc.²³)

Im Falle der chemischen und damit auch der pharmazeutischen Industrie sind wegen des Zusammentreffens der überragenden Branchengröße mit dem überaus hohen Konzentrationsgrad diese Gefahren besonders virulent. Konzentration und Zentralisation des Kapitals haben dazu geführt, daß die Industrie der kapitalistischen Länder seit Jahrzehnten in zwei un-

terschiedliche Sektoren aufgeteilt ist, deren einer hochkonzentriert und hoch-organisiert (monopolistisch) ist, höhere Gewinne realisiert und größeren Einfluß auf politische Maßnahmen und Institutionen zu nehmen in der Lage ist, während der andere, der nicht-monopolistische Bereich, diese Vorteile nicht hat und sich die Bedingungen seines Handelns von den Großen mehr oder weniger vorschreiben lassen muß.²⁴ Die bestimmenden Kräfte der Chemie-Branche und damit auch der Pharma-Industrie gehören nun ganz eindeutig zum monopolistischen Bereich und können die Gesetze ihres Handelns einschließlich der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einem großen Teil selber bestimmen.

Dabei ist die Pharma-Industrie stark daran interessiert, das wahre Ausmaß ihrer Konzentration zu verschleiern, sie läßt sich sogar gern als »überwiegend *mittelständisch strukturiert*« (Hervorhebung im Original)²⁵ bezeichnen. Zu diesem Zweck werden auch alljährlich neue Hochglanzbrochüren vom BPhI in hoher Auflage gratis abgegeben²⁶, in denen mit einer Fülle von Statistiken und Schaubildern die wahren Zusammenhänge eher verschleiert werden.

Um Ausmaß und Wirkungsweise der Konzentration auf dem Pharma-Markt zu erkennen, müssen die Konzentration durch Konzernbildung, die Internationalisierung der Produktion sowie die Konkurrenzeinschränkungen durch Kooperation und Lizenzen in die Analyse einbezogen werden. Die darüber hinaus eigentlich notwendige Erörterung von Macht und Einfluß der Großbanken auf Unternehmensstrategien würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen.²⁷

a) Zahlreiche Untersuchungen zur Konzentration begnügen sich mit der Betrachtung der Marktanteile der führenden Unternehmen.²⁸ Diese Vorgehensweise ist ungerechtfertigt, da gerade die größten Unternehmen über eine Fülle von Tochtergesellschaften verfügen, die zwar formal selbständig, wirtschaftlich aber vollständig von den Konzernzentralen abhängig sind. Oft genügen wenige Prozente der Anteile des Geschäftskapitals eines kleinen Unternehmens, um es in die wirtschaftliche Abhängigkeit eines »Großen« zu bringen. Derartige Beteiligungen (unter 25 %) sind nicht einmal veröffentlichungspflichtig. Zur Publikation ihrer Beteiligungen an anderen Gesellschaften sind ohnehin nur bestimmte Gesellschaftsformen (Aktiengesellschaften, GmbH's) verpflichtet. Firmen mit anderen Rechtsformen brauchen ihre Beteiligungen nicht offenzulegen. Ausländische Beteiligungen werden nur völlig unzureichend ausgewiesen. Aus diesen Gründen ist jede Konzernanalyse mit dem Risiko der Unvollständigkeit behaftet. Trotz dieses Risikos soll zur Illustration der Vielfalt einer solchen Konzernbildung ein Überblick über die bekannten deutschen pharmazeutischen Tochterunternehmen der Frankfurter Hoechst AG, der mit ca. 8 % Marktanteil

größten Arzneimittel-Verkäuferin am westdeutschen Pharma-Markt, gegeben werden:

Übersicht: *Bekannte deutsche pharmazeutische Tochterunternehmen der Hoechst AG*

Behring Werke AG
Chemische Werke Albert AG
Cassella Farbwerke AG
Wacker-Chemie GmbH
Albert-Roussel-Pharma-GmbH
Das Jade Haus
Curta & Co. GmbH.
Riedel de Haen
Cassella Riedel Pharma-GmbH
Asid, Bonz & Sohn GmbH
Marbert GmbH, Kosmetika
Hans Schwarzkopf GmbH
Maltextra
Chinosol-GmbH
Pino AG
Benckiser
Vertriebsgemeinschaften:
Cassella-Boehringer/Mannheim
Hoechst-Boehringer/Mannheim
Hoechst – Glaxo

Die Existenz der letztgenannten drei Hoechst-Ableger, der Vertriebsgemeinschaften, verweist auf eine weiter unten noch zu erörternde Ebene der Konzentration. In Vertriebsgemeinschaften werden meist die gemeinsam mit einem anderen Pharma-Unternehmen entwickelten Präparate vermarktet sowie oftmals auch bewährte Standard-Präparate vertrieben. Existiert eine Vertriebsgemeinschaft zwischen zwei Unternehmen, so ist zumindest auf diesem Feld die Konkurrenz zwischen ihnen gänzlich aufgehoben. Fast alle großen Pharma-Hersteller haben mit anderen großen Pharma-Herstellern Vertriebsgemeinschaften.

Der Aufkauf von bestehenden Pharma-Unternehmen durch die großen Konzerne und die anschließende scheinbar selbständige Weiterexistenz erfolgt nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Ausschaltung von Konkurrenz, der »unauffälligen« Erweiterung des Marktanteils sowie des Erwerbs von technischem know how, Patenten und Lizenzen. Vielmehr ist der Aufkauf von bestehenden Firmen gerade für viele ausländische Unternehmen

oftmals der leichteste Einstieg in den deutschen Markt, da die Mehrheit der Ärzte angesichts des unübersehbaren Arzneimittel-Angebotes eine starke Vertrauensbindung an die ihnen bekannten Firmennamen entwickelt hat. Als Beispiel einer solchen Strategie des verdeckten Marktzutritts mag die Firma Parke-Davis aus den USA dienen, die in der BRD Firmen mit so traditionsreichen Namen wie Gödicke AG, Diwag GmbH, Dr. Sasse, Adenyl-Chemie, Azupharma erwarb. Ein letzter Grund für die bemerkenswerte Diskretion, mit der die Existenz von Tochtergesellschaften durchweg gehandhabt wird, ist in dem Bestreben gerade der großen, als besonders seriös geltenden Pharma-Unternehmen zu sehen, ihr »Forscher-Image« nicht mit in ihrer Nützlichkeit zumindest umstrittenen Produkten wie Kosmetika etc. zu belasten. Neben den bereits in der Aufstellung der Hoechst-Töchter erwähnten beiden Kosmetik-Unternehmen sei hier die Haarwasser-Firma Panteen GmbH erwähnt, eine hundertprozentige Tochter der Hoffmann-LaRoche-AG.

Die Bedeutung der einzelnen Unternehmen auf dem Pharma-Markt kann demnach nur ansatzweise richtig erfaßt werden, wenn die Gesamtkonzern-Umsätze auf dem Pharma-Markt berücksichtigt werden. Dann ergibt sich für die führenden 12 Konzerne folgendes Bild (Tab. 2).

Tab. 2:

Umsatzrangfolge der führenden Pharmakonzerne auf dem Markt für humanpharmazeutische Spezialitäten in der Bundesrepublik Deutschland, einschließlich Krankenhausmarkt (Inlandumsätze), 1974

Konzerne mit Tochtergesellschaften	Marktanteil in Prozent	Umsatz	
		in 1000 DM	Veränderung gegen 1973 in Prozent
1. Hoechst AG mit Behringwerke AG, Albert-Roussel Pharma GmbH, Cassella-Riedel Pharma GmbH, Pino AG, Curta & Co. GmbH – Das Jade-Haus, ASID Bonz & Sohn GmbH und vier 50%-Vertriebsgemeinschaft.	7,9	542 658	+ 13,6
2. Bayer AG mit Troponwerke Dinklage & Co., Bayropharm GmbH, Drugofa GmbH, Chemische Fabrik Stockhausen & Cie. (33,3%), Chemische Werke Hüls AG (25,0%) und fünf 50%-Vertriebsgemeinschaften	6,0	410 098	+ 2,2
3. C. H. Boehringer Sohn (Ingelheim) mit Dr. Karl Thomae GmbH, Dieckmann Arzneimittel, Basotherm GmbH,	5,4	370 658	+ 15,4

Deutsche Abbott GmbH (50 %) und Anasco GmbH			
4. Boehringer Mannheim GmbH mit Salvia-Werk GmbH, Deutsche Laevosan GmbH & Co. KG und zwei 50%-Vertriebsgemeinschaften	4,2	288 078	+ 12,4
5. Ciba-Geigy AG mit Zyma-Blaes AG und einer 50%-Vertriebsgemeinschaft	3,8	259 581	+ 9,2
6. Sandoz AG mit Wander GmbH	3,3	225 987	+ 31,2
7. E. Merck oHG mit Cascan GmbH, Hermal-Chemie Kurt Herrmann und zwei 50%-Vertriebsgemeinschaften	3,2	217 948	+ 11,1
8. Hoffmann-La Roche AG	3,2	217 848	+ 11,3
9. Schering AG mit Asche AG, Menadier Heilmittel GmbH und einer 50%-Vertriebsgemeinschaft	3,1	217 599	+ 0,7
10. A. Nattermann & Cie. GmbH mit Schieffer und Grunitz	3,0	202 652	+ 23,8
11. Quandt-Konzern mit Byk-Gulden Lomberg Chemische Fabrik GmbH, Byk-Essex Pharmazeutische GmbH, Roland Arzneimittel GmbH, Lipha Arzneimittel GmbH, Milupa AG, Promonta GmbH und Tosse	2,8	195 148	+ 18,9
12. Pfizer-Konzern mit Pfizer GmbH, Heinrich Mack Nachf. und C. H. Buer GmbH	2,6	178 716	+ 21,9

Quellen: Der Pharmazeutische Markt; der Krankenhausmarkt; entnommen aus: *arznei-telegramm*, Berlin, 1975, Nr. 11, S. 91.

Die Ergebnisse der Untersuchung der Marktanteile zeigen eine durchschnittlich konzentrierte Industrie-Branche. Dieses Bild ist jedoch irreführend, da es die Internationalisierung der Produktion, die Monopolisierung von Teilmärkten und die Verflechtung durch Kooperation außer acht läßt.

b) Um die tatsächlichen Machtverhältnisse auf dem Pharma-Markt zu verstehen, muß man sich vergegenwärtigen, daß es sich bei sämtlichen führenden Arzneimittel-Herstellern um international operierende Konzerne handelt, deren Unternehmensplanungen und mögliche Marktabsprachen die nationalen Grenzen längst überschritten haben. Und man muß sich weiter klarmachen, daß auch die Beschränkung der Analyse auf die pharmazeutischen Sektoren dieser Unternehmen möglicherweise irreführend ist: Auch hier sind durchaus Unternehmensstrategien denkbar, die mehrere Erzeugnis-Sparten einbeziehen. Die »Manövriermasse« der führenden Pharma-Unternehmen ist also wesentlich größer, als es die Marktanteile auf dem westdeutschen pharmazeutischen Markt vermuten lassen. Zur Illu-

stration dieses Zusammenhangs werden daher in Tab. 3 die Pharma-Weltumsätze der führenden westdeutschen Arzneimittel-Hersteller dem Gesamt-Produktionswert der Pharma-Produktion in der BRD und West-Berlin gegenübergestellt.

Tab. 3:

Pharmaweltumsätze der größten westdeutschen Arzneimittelhersteller bezogen auf den Gesamtproduktionswert der Pharmaindustrie in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)

	Pharmaumsatz in Millionen DM (1972)	in Prozent des Gesamtproduktionswerts der Pharmaproduktion ^{a)} der BRD und Berlin (W.)		Gesamtumsatz des Konzerns (1973) in Millionen DM
		einzel	kumuliert	
1. Hoechst	1 950	24,6	24,6	15 340
2. Bayer	1 410	17,8	42,4	14 660
3. Boehringer/I.	1 100	13,9	56,3	1 260
4. Schering	812	10,3	66,6	1 520
1.-4. zusammen	5 272	—	66,6	
5. Boehringer/M.	550	7,0	73,6	850 ^{b)}
6. Merck	430	5,4	79,0	847
7. Byk-Gulden	300	3,8	82,8	4 500 ^{c)}
8. Nattermann	244	3,1	85,9	244
1.-8. zusammen	6 796	—	85,9	

^{a)} 7895 Millionen DM (pharma fakten 75, Frankfurt a. M. 1975, S. 28).

^{b)} geschätzt.

^{c)} Herbert-Quandt-Gruppe 1974, lt. *Frankfurter Rundschau* vom 26. 7. 75, S. 5. Quelle: Moebius, K.: Untersuchung der pharmazeutischen Industrie, der Bundesrepublik Deutschland (Gutachten des Instituts für Weltwirtschaft, Kiel) [unveröff. Manuskript]. Kiel 1975, S. 3 f.; Hofmann, R.: Welt-Chemie-Wirtschaft-Entwicklungstendenzen. Opladen 1975, S. 47 f.; Geschäftsberichte der Unternehmen; eigene Berechnungen.

Es zeigt sich, daß bereits die vier größten westdeutschen Pharma-Hersteller zusammen weltweit einen Pharma-Umsatz in Höhe von zwei Dritteln des westdeutschen Markt-Volumens haben, die größten Acht bringen es auf über 80 Prozent. Diese Ziffern dürfen natürlich nicht als exaktes Konzentrationsmaß mißverstanden werden, sie sollen nur andeuten, daß die großen Pharma-Hersteller immer unabhängiger von nationalen Produktionsbestimmungen und Steuergesetzen über eine weltweite Manövriermasse an Produkten, Patenten, Finanzressourcen und »know how« verfügen.

c) Die Untersuchung der Markt- und Macht-Konzentration anhand der Anteile am Gesamtmarkt für Arzneimittel erweckt den unrichtigen Eindruck, als handele es sich dabei um *einen* Markt. Tatsächlich handelt es sich aber um viele Märkte, da für jedes Indikationsgebiet andere Arzneimittel existieren, die untereinander nicht in Konkurrenz stehen. Ohne an dieser Stelle auf die sicherlich komplizierte Diskussion über die Substituierbarkeit von Arzneimitteln untereinander sowie die Frage einer wissenschaftlich haltbaren Definition und Abgrenzung von Indikationsgebieten eingehen zu können²⁹, wird der Untersuchung der *Marktanteile nach Indikationsgebieten* die Unterteilung des Instituts für medizinische Statistik (IMS) in 50 Indikationsgruppen zugrunde gelegt, die dieses für die Erstellung seiner vertraulichen Umsatzstatistiken benutzt.

Diesen Statistiken zufolge liegt auf den 73 Indikationsgebieten der 12 umsatzstärksten Indikationsgruppen, die zusammen ca. 70 % der Arzneimittel in Apotheken repräsentieren, der durchschnittliche Marktanteil der jeweils 5 größten Herstellergruppen nahezu bei 80 %. In zwei Indikationsgruppen (Anti-Diabetika und Hormone) liegt er bei über 90 %, in vier weiteren Gruppen (Antibiotika, psychotrope Pharmaka, Gynäkologika, Vitamine) zwischen 80 % und 90 %. In drei Gebieten (Analgetika, Herz- und Kreislauf-Therapeutika, Husten- und Erkältungspräparate) halten die fünf größten Herstellergruppen zwischen 70 % und 80 % der Marktanteile, in drei weiteren (Antirheumatika und Gichtmittel, Dermatohotherapie, Mittel gegen Varizen und Hämorrhoiden) zwischen 65 % und 70 % und in keinem einzigen Fall unter 65 %.³⁰ Dies läßt die Aussage zu, daß die Märkte für die einzelnen Indikationsgebiete durchweg oligopolistisch, in einigen Fällen klar monopolistisch strukturiert sind. Das letztere gilt insbesondere

- für die Schering AG, die bei mehreren Hormongruppen Marktanteile von ca. zwei Dritteln hält,
- für die ASTA-Werke und die Hoechst-Tochter Behring-Werke, die die einzigen relevanten Anbieter von Grippe-Impfstoffen in der Bundesrepublik Deutschland sind,
- für die Boehringer/Mannheim, die auch nach der Aufdeckung des weltweiten Chinin-Kartells zu Beginn der sechziger Jahre³¹ einen wesentlichen Anteil des Weltmarktes für Chinin hält,
- für die Boehringer/Ingelheim durch die Beherrschung von ca. 50 % des Weltbedarfs an Purinen,
- für die Hoechst AG, die am Markt für Insulin-Präparate in der Bundesrepublik Deutschland einen Anteil von über 80 % hält.³²

d) Es liegt auf der Hand, daß bei derartig oligopolistisch bis monopolistisch strukturierten Märkten die jeweils Größten der Branche zumindest die Möglichkeit haben, Produkt, Preis und Konditionen zu diktieren. Daß

unter diesen Umständen nicht mit einem lebhaften Preis-Wettbewerb auf dem Arzneimittel-Markt zu rechnen ist, vermag ebenfalls nicht zu überraschen. Dies um so weniger, als sämtliche großen Pharma-Hersteller mit allen anderen großen Herstellern auf irgendeiner Ebene miteinander kooperieren. Hierbei reichen die Formen von der Gründung gemeinsamer Tochterunternehmen im In- und Ausland über gemeinsame Forschung, gemeinsame Ausbeutung eines Patents, Vertriebsgemeinschaften bis hin zu Lizenzen; wobei auch das Netz der Lizenzvergabe international ist und die Möglichkeit gegenseitiger Abhängigkeit (Kreuzlizenzen) ebenso einschließt wie einseitiger »Knebelverträge«. Über Ausmaß und Entwicklung dieser immer weitergehenden Ausschaltung der Konkurrenz erfährt selbst die interessierte Fachöffentlichkeit allenfalls gelegentlich etwas durch Zufälle und »Pannen«; die Geheimhaltung durch die Firmen erinnert durchweg an militärische Schutzbereiche.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die chemisch-pharmazeutische Industrie sich als ein hoch-konzentrierter und -organisierter Komplex erweist, dessen Machtzusammenballungen, den Gesetzen seiner eigenen Dynamik folgend, sich immer mehr miteinander verzahnen. Längst sind die Fesseln der Beschränkung auf eine Produktionsstufe, auf eine Branche, auf ein Land gesprengt. Der chemisch-pharmazeutische Komplex hat so die Möglichkeit, die Strukturen des Gesundheitswesens stark zu beeinflussen, d. h. in ihrer gegenwärtigen Desintegration zu konservieren, da sie einen preislich nicht kontrollierten, hohen und kontinuierlich wachsenden Arzneimittel-Umsatz gewährleisten. Wer an der Veränderung dieses Zustandes interessiert ist, wird sich nicht damit begnügen können, sich ein Gesetz auszudenken, um wirksame Kontrolle und Mitbestimmung durchzusetzen; er muß darüber hinaus überlegen, wie ein solches Gesetz angesichts der mächtigen Lobby verabschiedet und – schwieriger noch – durchgesetzt werden kann.

3. Die Marktstrategien

3.1. Die Preise

Angesichts der geschilderten Struktur des Pharma-Marktes kann es nicht verwundern, daß ein relevanter Preis-Wettbewerb nicht besteht. Neben der Anbieter-Seite ist hierfür aber auch die Struktur der Nachfrage-Seite verantwortlich:

Der *Arzt* entscheidet weitgehend frei von Preiserwägungen über die Arzneimittel-Verordnung; ob sich hieran durch die bloße Einführung von

Transparenz-Listen etwas ändern wird, bleibt zu bezweifeln. Gesundheitspolitisch wäre eine Verschreibung *nur* nach dem Preis auch gar nicht zu vertreten.

Der *Patient* als bloßer Anwender der verschriebenen Arzneimittel hat ebenfalls kein Interesse an billigen Arzneimitteln. Es ist sogar anzunehmen, daß gerade Laien in vielen Fällen das teurere Medikament für das bessere halten: »Die Funktion eines Gütesiegels haben Arzneimittelpreise keineswegs nur bei den Verbrauchern, sondern auch bei einem Teil der Ärzte.«³³

Die *Krankenkassen* als Finanziere der Arzneimittel haben bis heute keinen nennenswerten Einfluß auf Preise und Verordnungsmengen von Arzneimitteln. Dies gilt auch nach Schaffung der »Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen«.³⁴

Unter diesen Bedingungen – monopolistische Organisation der Angebots-Seite, Schwächung der Nachfrage-Seite durch Aufteilung des Kaufaktes in Auswählen, Anwenden und Finanzieren – kommt es dann zu Preisbildungen, wie in dem im Frühjahr 1980 nach ca. 7 Jahren vom Bundesgerichtshof abgeschlossenen Fall »Valium und Librium« der Hoffmann-La Roche AG^{35/35a}, in dem das Kartellamt ermittelte, daß die deutsche Tochtergesellschaft ihrer Schweizer Muttergesellschaft für jedes Kilogramm Valium-Wirkstoff (Diazepam) 12 340,42 DM (inklusive Lizenzabgaben) überwies, während der gleiche Stoff auf dem italienischen Markt für 89,94 DM angeboten wurde³⁶.

Für die Unwirksamkeit des Wettbewerbsparameters Preis auf dem Pharma-Markt und die aus Unsicherheit resultierende Markenfixierung der Ärzte zeugt auch der ebenfalls vom Kartellamt aufgegriffene Fall »Vitamin B 12« der Firma Merck oHG, deren Marktanteil innerhalb von 8 Jahren lediglich um 12 % von 32,8 % auf 20,9 % zurückging, obwohl gleichwertige Präparate auf dem Markt waren, die weniger als halb so teuer waren.³⁷

3.2. Die Werbung

Wenn also der Wettbewerbs-Parameter »Preis« nicht wirkt bzw. faktisch nicht zur Anwendung kommt, so wird man dies von der Werbung nicht sagen können: Im Gegensatz zur Behauptung des BPhI, der die Werbeausgaben der Branche mit 725 Mio. DM (1972)³⁸ angab, beliefen sich diese Ausgaben auf über 1500 Mio. DM, die sich wie folgt zusammensetzten:³⁹

a) *Anzeigen in Fachzeitschriften*: Bereits im Jahre 1971 erschienen allein in den human-medizinischen Fachzeitschriften 16 587 Seiten Anzeigen für Arzneimittel. Hätte ein »praktischer Arzt auch nur 1 1/2 Minuten für das Studium jeder einzelnen Anzeigenseite geopfert, hätte er . . . 1 640 Stunden des Jahres benötigt, pro Arbeitstag 6,6 Stunden«.⁴⁰ Das Deutsche Ärzte-

blatt z. B. »füllt seinen Inhalt zu gut 40 % mit Pharma-Reklame«. ⁴¹ Es ist einleuchtend, daß ein Zeitschriften-Genre, das in derart hohem Maße von den Anzeigen-Etats der Pharma-Hersteller abhängig ist, kein fruchtbares Forum für die Auseinandersetzung über Vor- und Nachteile medikamentöser Therapie oder wirtschaftlich-therapeutischer Vergleiche sein kann.

Die Anzeigen-Werbung wuchs mit 72 % zwischen 1969 und 1972 noch schneller als der Pharma-Umsatz (+ 63 %), auch hier ist die Konzentration unübersehbar: ein knappes Viertel der Anzeigenausgaben wird von 6 Konzernen bestritten (Bayer, Boehringer/Ingelheim, Ciba Geigy, Hoechst, Hoffmann-La Roche, Pfizer); ca. 50 Pharma-Hersteller vergeben ca. 80 % der Anzeigen-Aufträge. ⁴² Für die Gestaltung der Anzeigen gibt es Werberrichtlinien des BPhI, gegen die nach Angabe des Verbandes »etliche Verstöße« ⁴³ festzustellen sind, wobei »wesentliche Teile . . . in Einzelfällen nicht unerheblich verletzt« werden. ⁴⁴ Beanstandet wurden Anzeigen unter anderem so angesehener Konzerne wie Hoechst, Bayer, Merck, Pfizer und Sandoz. ⁴⁵ Die Kosten der Anzeigenwerbung beliefen sich 1973 auf 149 Mio. DM.

b) *Aussendungen*: Hierunter sind Prospekte und Hauszeitschriften zu verstehen, von denen jeder niedergelassene Arzt täglich durchschnittlich 32 erhält. ⁴⁶ Die Kosten der Aussendung betragen 1973 ca. 180 Mio. DM.

c) *Werbegeschenke, Literatur, Kongresse*: Seit 1976 ist die Abgabe von Werbegeschenken ohne Gebrauchswert für die ärztliche Praxis zwar untersagt, einschlägige Geschenke bis zum Wert von 50,- DM pro Arzt und Jahr bleiben allerdings für das werbende Unternehmen steuerlich absetzbar.

Kongresse stellen für viele Ärzte die wichtigste Weiterbildungs-Institution dar. Wenn sie nicht gänzlich von Firmen veranstaltet werden, so sind die Pharma-Hersteller dort zumindest mit Ständen und Informationsmaterial präsent. Wenn der Arzt zu einem bestimmten Arzneimittel oder einer Stoffgruppe Informationen wünscht, kann er sich an das Hersteller-Unternehmen wenden, welches ihm die Literatur, mindestens aber eine Bibliographie zukommen läßt. Neben der Tatsache, daß auf diese Weise ein für die ärztliche Praxis notwendiger wissenschaftlicher Service subtil für die Werbung eingesetzt wird, muß kritisiert werden, daß die Auswahl der Literatur in diesen Fällen durch das Hersteller-Unternehmen erfolgt, so daß immer die Gefahr der Unterdrückung kritischer Publikationen gegeben ist.

Als Werbung durch Literatur muß auch die Übung einiger großer Pharma-Hersteller gesehen werden, bereits den Medizin-Studenten hochwertige Lehrbücher, aber auch Stethoskope und ähnliches anlässlich des Physikums oder des Staatsexamens zu »schenken«. Die Kosten dieser Werbeformen sind nicht zu ermitteln.

d) *Ärztemuster*: Die Herstell-Kosten der kostenlos verteilten Ärztemuster müssen auf mindestens 200 Mio. DM veranschlagt werden. ⁴⁷

e) *Ärztbesucher*: Durch das zweite Arzneimittelgesetz (AMG) von 1976 wurden die 8 000 bis 10 000 Arztbesucher durch die neue Berufsbezeichnung »Pharma-Referenten« aufgewertet.⁴⁸ Nur 16,6 % von ihnen hatten 1971 ein Studium abgeschlossen, 62,7 % besaßen keinerlei akademische Ausbildung. Jeder Arzt wird im Durchschnitt 15mal pro Monat von Arztbesuchern aufgesucht. Die Aufwendungen für die Arztbesucher (Gehalt, Tantiemen/Umsatzprovisionen, Sozialleistungen, Administration, Werbegeschenke, Werbeschriften, Auto, Reisespesen etc.)⁴⁹ beliefen sich 1973 auf mindestens 800 Mio. DM.

f) *Krankenhausmarkt*: Krankenhäuser erhalten immens hohe Rabatte, in Einzelfällen wird von 90 % berichtet.⁵⁰ Neben der Tatsache, daß Krankenhäuser Großabnehmer sind und sich hieraus Mengenrabatte erklären lassen, spielt für die Höhe der Rabatte im Kalkül der Pharma-Unternehmern nach ihrem eigenen Bekunden der Umstand eine Rolle, daß »... Kliniken wichtige Ausbildungsstätten für junge Ärzte sind, die hier häufig zum ersten Mal mit der Arznei-Therapie praktisch in Berührung kommen und Erfahrungen sammeln können, die für ihr späteres Handeln als niedergelassene Ärzte richtungweisend sind. Darüber hinaus spielen die an Kliniken tätigen Fachärzte und Spezialisten eine wichtige Rolle in der Meinungsbildung über die Therapie mit neuen Präparaten. Entlassene Patienten erhalten in der Regel Briefe mit Therapie-Vorschlägen für den behandelnden Hausarzt, die für die Einführung und weitere Verbreitung neuer Präparate von eminenter Bedeutung sein können«.⁵¹ Damit kommt den Klinikverkäufen eine ähnliche Funktion zu wie den Ärztemustern, jedoch mit dem zusätzlichen Vorteil, daß die Pharma-Unternehmen auf diese Weise durch Einwirkung auf das Krankenhaus automatisch in die Praxen der niedergelassenen Ärzte »hineinwerben« können. Die Höhe werblich bedingter Erlösminderungen im Krankenhausgeschäft ist nicht ermittelbar.

g) *Publikumswerbung*: Nach Kosmetik, Alkohol, Waschmitteln, Kraftfahrzeugen und Tabakwaren nimmt die Publikumswerbung für Arzneimittel in Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen und Rundfunk den 6. Rang ein. Die Publikumswerbung für Arzneimittel gilt als nicht seriös. In einer 1974 von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher e. V. durchgeführten Untersuchung von Zeitschriftenanzeigen boten 95 % der Arzneimittel-Anzeigen Anlaß zu Beanstandungen.⁵² Die Kosten für Publikumswerbung, zu denen auch noch die Werbung in Apotheken und -Schaufenstern mit ca. 40 Mio. DM gezählt werden müssen, beliefen sich 1973 auf ca. 190 Mio. DM.

Tab. 4:

Kosten der Pharma-Werbung 1973 (zum Teil Schätzungen)

1. Anzeigen in Fachzeitschriften	149 Mio DM
2. Aussendungen	ca. 160 Mio DM
3. Werbegeschenke, Literatur, Kongresse	? Mio DM
4. Ärztemuster	ca. 200 Mio DM
5. Ärztebesucher	ca. 800 Mio DM
6. Werbebedingte Preisnachlässe im Krankenhausmarkt	? Mio DM
7. Publikumswerbung	ca. 190 Mio DM
Insgesamt mehr als	1 500 Mio DM

3.3. Die Forschung

Es kann an dieser Stelle nicht auf die grundsätzliche Problematik eingegangen werden, ob es gesellschaftlich sinnvoll ist, Forschung privatwirtschaftlich zu organisieren, d. h. zuzulassen, daß Forscherteams unabhängig voneinander und teilweise gegeneinander, durch Geheimhaltungsbarrieren voneinander getrennt, an den gleichen Problemen arbeiten.⁵³ Ob es vertretbar ist, Forschungsentscheidungen, die lebenswichtige Güter wie Arzneimittel betreffen, von privaten Gewinnkalkülen abhängig zu machen⁵⁴, sowie Forschungsergebnisse durch Patente auf viele Jahre hin zu monopolisieren⁵⁵, kann hier ebenfalls nur gefragt werden. Auch kann in diesem Beitrag weder das Verhältnis zwischen der auch in der Pharmakologie überwiegend öffentlich finanzierten Grundlagenforschung und privater Anwendungsforschung⁵⁶ noch der Einfluß, den die privatwirtschaftlichen Entscheidungsträger auf die öffentlich finanzierte Forschung nehmen, untersucht werden.

Die Erörterungen dieses Abschnittes gehen von der Tatsache aus, daß die pharmazeutische Industrie für sich das Prädikat »forschend« in Anspruch nimmt und dies stets dann betont wird, wenn hohe Pharma-Preise kritisiert werden: »Die Öffentlichkeit muß wissen, daß die forschungstreibende Arzneimittel-Industrie ihre wissenschaftlichen Leistungen aus eigener Kraft erbringt, d. h. sie ist auf Anerkennung und Honorierung dieser Leistungen angewiesen. Die hierfür notwendigen extrem hohen Aufwendungen müssen sich natürlich im Preis niederschlagen.«⁵⁷ Das Ausmaß der »extrem hohen Aufwendungen« nach den Aussagen des BPhI: »Im Durchschnitt wendet die pharmazeutische Industrie pro Jahr 13 % vom Umsatz für Forschung und Entwicklung auf. Bei großen Unternehmen liegt der Umsatzanteil der Forschungs- und Entwicklungsausgaben zwischen 10 % und 20 %, bei mittleren und kleinen zwischen 5 % und 10 %.«⁵⁸

Tab. 5:

Der Anteil der F & E-Aufwendungen an den Umsätzen bei den neunzehn führenden forschenden Unternehmen der pharmazeutischen Industrie in der Bundesrepublik Deutschland (1972)

Konzerngruppen bzw. Unternehmen	Welt-Pharmaumsatz (in Millionen DM/1972)	Aufwand für Pharma-F & E (in Millionen DM/1972)	in Prozent des Umsatzes
1. Hoechst	1 950,0	170,5	8,7
2. Bayer	1 410,0	76,1	5,4
3. Boehringer/Ingelheim	1 260,0	110,0	8,7
4. Schering	811,8	70,0	8,6
5. Boehringer/Mannheim	550,0	38,0	6,9
6. Merck	430,1	53,1	12,3
7. Byk Gulden	380,0	12,5	3,3
8. Nattermann	244,0	19,3	7,9
9. Knoll	232,5	18,0	7,7
10. Madaus	135,0	10,0	7,4
11. Grünenthal	135,0	11,8	8,7
12. BASF/Nordmark	110,0	20,0	18,2
13. Kali-Chemie	103,0	8,1	7,9
14. Klinge	62,6	5,4	8,6
15. Asta	57,1	5,5	9,6
16. Wülfig	50,0	5,0	10,0
17. Sanol	40,0	3,6	9,0
18. Beiersdorf	38,0	4,6	12,1
19. Dologiet	69,0	2,4	3,5
Insgesamt	8 068,1	643,9, entspr. 7,98 % des gesamten Umsatzes	

Quelle: Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock, a.a.O., S. 194.

Nach diesen Eigenangaben des BPhI wurden 1977 von den westdeutschen Pharma-Unternehmen 1,35 Mrd. DM für Forschung und Entwicklung aufgewendet, wovon auf die 25 führenden Unternehmen 1,25 Mrd. DM, d. h. 97 %, entfallen sein sollen. An diesen Aussagen fällt zunächst ein gewisser Mangel an Präzision auf: Nicht nur sind die Spannweiten der angegebenen Prozentsätze (10 % bis 20 %) relativ groß, nicht nur werden die Unternehmen nicht genannt, vielmehr fehlt auch die Bezugsbasis: Ist der Pharma-Weltumsatz oder der westdeutsche Umsatz gemeint? Wer sind die 25 führenden Unternehmen? Sind es Unternehmen oder Konzerne? Wodurch wird ein Unternehmen zum »führenden« Unternehmen? Überdies fällt auf, daß der BPhI jahrelang die Forschungs- und Entwicklungsauf-

wendungen mit 10 % vom Umsatz angegeben hatte⁵⁹ und erst neuerdings auf 13 % erhöht hat, verwunderlich in einer Zeit, in der wegen des vorübergehenden Rückgangs der Umsatzzuwächse angeblich »führende Arzneimittel-Hersteller . . . bereits zum »Einfrieren« ihrer Forschungsausgaben gezwungen sind«. ⁶⁰

Aufklärung und genauere Informationen sind in dieser Angelegenheit vom BPhI nicht zu erhalten. Lediglich für 1972 konnten aufgrund einer persönlichen Mitteilung aus den BPhI⁶¹ die Namen der 25 »führenden« Unternehmen in Erfahrung gebracht und durch zusätzliche Recherchen die Forschungs- und Entwicklungsausgaben dieser Pharma-Hersteller ermittelt werden. Das Ergebnis ist in Tab. 5 (s. S. 242) wiedergegeben.

Tab. 6:

F & E-Bereichen zugerechnete Funktionen in einigen wichtigen chemisch-pharmazeutischen Unternehmen der Bundesrepublik Deutschland

Unternehmen	Zählt nach eigenen Angaben in den Bereich der »F & E« Leistungsbereiche der:
Asche (Schering)	Information Lizenzgebühren
Asta	med.-wiss. Abteilung
Bayer	Lizenzgebühren
Beiersdorf	Patentabteilung
Boehringer/Ingelheim	Patentkosten
Boehringer/Mannheim	Entwicklung von Arzneimittel-Verpackungen und Zubereitungen, Registrierung von Arzneien, Ärztebesucher, wissenschaftliche Information
Hoechst	Kosten der Patentabteilung
Merck	Qualitätskontrolle, Patentabteilung
Wülfig	med.-wiss. Information, Marktforschung

Quelle: Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock, a.a.O., S. 217.

Es muß konstatiert werden, daß die Angaben des BPhI über die Höhe der Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen (1972 wurden nach den Angaben des Bundesverbandes 10 % vom Umsatz für Forschung und Entwicklung aufgewendet, bei den großen Unternehmen sollte der Anteil am Umsatz zwischen 10 % und 15 % liegen) schlicht falsch sind: Nicht einmal jene 19 Unternehmen, die am meisten für Forschung aufwendeten, erreich-

ten den angeblichen Durchschnittssatz der Gesamtbranche, vielmehr gaben sie im Durchschnitt lediglich knapp 8 % für Forschung und Entwicklung aus. Und auch an diesen Ziffern sind noch Zweifel erlaubt. Den Ausgaben für Forschung und Entwicklung wurden nämlich nach eigenen Angaben der Unternehmen vielfach Aufwendungen zugerechnet, die bei sachlicher Betrachtung durchaus eher bei den Abteilungen »Werbung«, »Recht« und »Produktion« zu vermuten gewesen wären (Tab. 6, s. S. 243).

Mit Fug und Recht wird man demnach sagen können, daß die Eigenangaben der pharmazeutischen Industrie hinsichtlich der Höhe ihrer Forschungs- und Entwicklungsausgaben übertrieben sind und mehr der Rechtfertigung hoher Preise als der Mitteilung von Tatsachen dienen.

Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß systematische wissenschaftliche Forschung zur Entwicklung neuer Arzneimittel personeller und finanzieller Ressourcen bedarf, die nur von den größten Arzneimittelkonzernen aufgebracht werden können. Bereits für 1968 ermittelte eine OECD-Studie ein Minimum von 10 Mill. DM pro Jahr und 300 Beschäftigten in der Entwicklungsabteilung.⁶² Nach Tab. 5 erfüllen nur 12 Konzerne diese finanziellen Mindestanforderungen. Von diesen 12 vereinigen die 5 größten (Bayer, Boehringer/Ingelheim, Hoechst, Merck und Schering) allein 73 % des gesamten finanziellen Forschungsetats auf sich. Auf Bayer, Boehringer/Ingelheim, Hoechst und Schering entfielen denn auch 71 % aller Entwicklungen von vorher nicht bekannten Wirkstoffen mit internationaler Bedeutung, d. h. Einführung in den Arzneimittelmarkt mehrerer Länder.⁶³ Auch an diesen Zahlen wird die enorme Konzentration und damit Vermachtung des Pharma-Marktes deutlich, und es stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, die Entscheidungen über die Entwicklung neuer Arzneimittel weiterhin abseits jeder öffentlichen Kontrolle zu belassen. Diese Frage stellt sich noch deutlicher angesichts der Tatsache, daß die Forschungs-Ressourcen offensichtlich nicht so sehr nach therapeutischen Engpässen, sondern vielmehr nach finanziell risikoarmen Indikationsgebieten verteilt werden: So waren von den zwischen 1964 und 1973 neu auf den Markt gekommenen Medikamenten allein 63 % für die medikamentös ohnehin reichlich besetzten Indikationsgebiete Infektionskrankheiten, psychogene Leiden, Schmerz und Herz-Kreislaufkrankungen bestimmt.⁶⁴

Ohnehin besteht das grundsätzliche Problem der Arzneimittel-Forschung darin, daß in den letzten 20 Jahren der Forschungsertrag, d. h. die Entwicklung oder Entdeckung wirklich wichtiger neuer Arzneimittel drastisch abgenommen hat. Seit der Einführung der Tranquilizer aus der Gruppe der Benzodiazepine (Valium u. a.), der Beta-Blocker und des Tuberkulostatikum Rifampicin in den sechziger Jahren können im wesent-

lichen nur einige Antibiotika als wirklich wichtige neue Arzneimittel angesehen werden, wobei die Wichtigkeit der letzteren sich vor allem dem Umstand verdankt, daß durch die übermäßig häufige Anwendung der klassischen Antibiotika immer mehr Bakterien-Stämme gegen sie resistent geworden waren.

3.4. *Diversifikation*

Besteht also mangels bahnbrechender Forschungsergebnisse nicht die Möglichkeit, mit tatsächlichen Neuheiten Marktanteile zu gewinnen oder zu verteidigen, so ist dies um so leichter über den Weg der Produktdiversifikation möglich. Das Ergebnis dieser auf dem Pharma-Markt eindeutig vorherrschenden Strategie ist überwältigend: Unter Einrechnung aller Darreichungsformen und -stärken (nicht aber der Packungsgrößen, wie oft behauptet wird⁶⁵) gibt es ca. 60 000 Arzneimittel von Arzneimittel-Herstellern, deren Anzahl durch die Neu-Definition des zweiten Arzneimittelgesetzes auf ca. 3 000 gestiegen ist. Hinzu kommen ca. 30 000 meldepflichtige Arzneimittel aus den ca. 15 000 Apotheken, denen ganz überwiegend lediglich regionale Bedeutung zukommt. Schließlich sind noch weitere 25 000 bis 30 000 nicht-apothekenpflichtige Drogen meldepflichtig.⁶⁶ 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 2 000 (wirtschaftlich) führenden Präparate bereits 94 % des Pharma-Umsatzes in Apotheken ausmachen.⁶⁷

Ein Markt mit einer derartigen Anzahl von Produkten ist weder sicherheitstechnisch noch therapeutisch noch wirtschaftlich zu kontrollieren. Und der Standpunkt »mehr Präparate = mehr Therapiefreiheit = mehr Gesundheit« ist aus verschiedenen Gründen, nicht zuletzt wegen der völligen Überforderung der Ärzte, die mit so viel »Freiheit« gar nichts anfangen können, nicht zu halten. Ziel der Diversifikation ist auch sicherlich nicht vorwiegend eine beständige Verbesserung der Arznei-Therapie, vielmehr steht die Werbung um die Gunst des Arztes, des »Verbrauchsdisponenten«, im Vordergrund: »Die Arzneimittelerzeuger konkurrieren . . . um die Ärzte. Neue Produkte, neue Präparate, insbesondere Kombinationspräparate, die die Verordnung (nicht die Therapie – d. V.) erleichtern und neue Firmenwerbung ermöglichen, sind Mittel des Wettkampfs um die Ärzte.«⁶⁸

Vor allem das Gebiet der Kombinationspräparate, die medizinisch bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Antikonzeptiva) zumindest unzweckmäßig sind, bietet sich als Operationsfeld für Strategien der Produktdiversifikation an. 70 % bis 80 % der in der Roten Liste zusammengefaßten Präparate sind Kombinationen⁶⁹ und der Anteil von fixen Arzneikombinationen an der gesamten Produktion von zubereiteten Pharmazeutika beträgt 80 % bis 90 %.⁷⁰

Wie viele dieser Mittel überflüssig, unwirksam oder aber auch schädlich sind, vermag heute niemand zu sagen, da sie nie herstellerunabhängig auf Wirksamkeit, Verträglichkeit und therapeutische Notwendigkeit geprüft wurden.

Es herrscht ein völlig unübersichtliches Durcheinander. Einige Beispiele:

»Unter den glykosid-haltigen Arzneimitteln, die bei Herzkrankheiten Verwendung finden, stehen 500 Kombinationsmitteln, die bis zu 8 Stoffe enthalten und oft in minimaler Wirkstoffmenge zusammengesetzt sind, nur 45 Monopräparate, die allein einen exakten und sicheren Einsatz gewährleisten, gegenüber.«⁷¹

Allein unter den Analgetika – Präparate zur äußerlichen Anwendung und pflanzliche Pharmaka ausgeklammert – befinden sich über 720 Kombinationspräparate; besonders gefährlich sind dabei jene Präparate, denen Corticoide beigemischt sind.⁷²

Die Rote Liste weist über 600 Lebertherapeutika aus, für keine ihrer Hauptwirkstoffe und Gemische – essentielle Phosphat-Lipoide, lipotrope Substanzen, Vitamine, Leber-Hydrolysate oder alkoholische Frischleberhydrolysate – konnte bisher ein fundierter Nachweis der Wirksamkeit bei Krankheiten der Leber geführt werden. 1973 wurde mit ihnen ein Umsatz von mehr als 68 Mio. DM erzielt.⁷³

Fazit: »Da wird alles wie wild durcheinander kombiniert: Belladonna, Cortisone, Digitalis, Antibiotika, Sulfonamide, Enzyme, Tranquilizer, Analgetika, bronchialerweiternde Mittel, ganz zu schweigen von den wirkungslosen Substanzen oder Substanzen mit zweifelhafter Wirkung, wie viele Vitamine, sogenannte koronarerweiternde Mittel, Roßkastanie, Weißdorn und vielen anderen.«⁷⁴

Um die Unübersichtlichkeit noch zu steigern, werden zahlreiche identische Präparate unter verschiedenen Namen angeboten: Als »neu von Hohechst« wurde 1971 ein Kombinationspräparat (von zweifelhaftem pharmakologischem Wert) Nortensin gegen Hochdruck mit einem Anzeigenwerbungsaufwand von fast 1,2 Mio. DM propagiert, das bereits seit 6 Jahren unter der Bezeichnung Terbolan vom gleichen Hersteller vertrieben wurde; allerdings mit nur einem Viertel der Wirkstoffmenge. Ein anderes Beispiel ist Norgestrel, das in Kombination mit einem Östrogen von dem

amerikanischen Unternehmen Wyeth, dem Erfinder der Substanz, unter dem Namen Stediril und als Lizenz von Schering unter der Bezeichnung Eugynon und Duoloton angeboten wird; das Anwendungsgebiet der drei Präparate umfaßt Zyklusstörungen und Antikonzeption. Ein in Japan synthetisierter Wirkstoff zur Beeinflussung der Blutgerinnung wird seit 1967 von Bayer unter dem Namen Uguro, von Knoll als Anvitoff und von Kabi mit der Bezeichnung Cyklokapron verkauft.⁷⁵

Der »Erfolg« dieser ungezügelter Diversifikations-Konkurrenz läßt sich auch statistisch zeigen: Unter den 18 265 zwischen 1965 und 1973 beim Bundesgesundheitsamt ins amtliche Register neu eingetragenen Arzneimitteln befanden sich lediglich 309 im Wirkstoff neue Arzneimittel, das sind 1,7 %.⁷⁶

3.5. Exkurs: Die Herstellungsqualität

»Arzneimittel werden selten und wenn, dann sporadisch und eher zufällig in ihrer Qualität untersucht; die Verantwortung für eine geltenden Normen entsprechende Beschaffenheit liegt beim Hersteller.«⁷⁷ Die Überwachungsbehörden der Länder sind hoffnungslos überlastet: »Bundesweit gibt es nur ungefähr 80 »pharmazeutische Überwachungsbeamte«.⁷⁸ Neben den überaus seltenen amtlichen Qualitätsüberwachungen führt das von der Apothekerschaft getragene Arzneimittelprüfungsinstitut in München unregelmäßige, aber repräsentative Untersuchungen zu einzelnen Arzneimittel-Gruppen durch.

Das Ergebnis kann nicht eben beruhigen:

Tab. 7:

Qualitätsmängel von ausgewählten Arzneimittelgruppen

Arzneimittelgruppe	Anwendungsgebiet	Zahl der geprüften Präparate	Zahl der Mängel	Beanstandung wegen	Jahr der Prüfung
Mutterkornpräp.	Geburtshilfe, niedriger Blutdruck, Migräne	70	57 %	Wirkstoffgehalt	1966
Roskastanienpräparat	Gefäßleiden	50	18 % 38 %	kein Wirkstoff, keine Übereinstimmung mit Vergleichstinktur	1967
Enzympräparate	Verdauungsstörungen	27	37 %	Arnylasewert	1968
		15	67 %	Prüfung auf Deklaration	1968
Spasmolytika	Krampf-Schmerzen	12	80 %	Pankreatinwert	1970
		45	58 %	Wirkstoffgehalt	1969
		30	47 %	Wirkstoffgehalt	1969

Vitamin B ₁₂	Blutarmut u. a.	?	21 %	Wirkstoffgehalt	1961
		73	22 %	Wirkstoffgehalt	1971
wäßrige Barbituratverbindungen	Schlafmittel u. a.	27	66 %	Stabilität	1968
Pilocarpin-Augentropfen	z. B. grüner Star	15	33 %	Stabilität	1971
		14	100 %	Stabilität	1971
Nitroglycerinpräparate	Angina pectoris	28	25 % ^{b)}	Wirkstoffgehalt	1973
		26 ^{a)}	38 % ^{b)}	Wirkstoffgehalt	1973
Augentropfen	Augenleiden	48	31 %	mikrobielle Verunreinigung	1974
Penicillin	Infektionskrankheiten	?	27 %	Wirkstoffgehalt	?

^{a)} Paralleluntersuchung der Arzneimitteluntersuchungsstelle Schleswig-Holstein; Amschler, U.: Untersuchung nitroglycerinhaltiger Präparate, in: Pharm. Ztg. 119, 1974, S. 1077–1079

^{b)} Berechnet entsprechend der US-Pharmakopoe, die eine Wirkstoffabweichung von $\pm 20\%$ toleriert. Nach der britischen Pharmakopoe, die nur $\pm 15\%$ Abweichung von der deklarierten Wirkstoffmenge zuläßt, berechnet, wären 39 % bzw. 54 der untersuchten Nitroglycerin-Präparate zu beanstanden

Quelle: Deutsches Arzneiprüfungsinstitut: Tätigkeitsbericht für das 1./2. Halbjahr 1974; Pharm. Ztg., lfd. Jg.

Entnommen aus: Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock, a.a.O., S. 311.

Es sollte eigentlich selbstverständlich sein, daß angesichts solcher Zustände die öffentliche Kontrolle über die Herstell-Qualität in der »Apotheke der Welt« verstärkt würde. Statt dessen wurde bei der Neufassung des Arzneimittel-Gesetzes (1976) auf die gesetzliche Verpflichtung der Heilberufe, auftretende Arzneimittel-Risiken sofort zentral zu melden, ebenso verzichtet wie auf die gesetzliche Festschreibung der Mindestkapazitäten der Überwachungsbehörden der Länder.⁷⁹

3.6. Die Folgen

Die in den bisherigen Ausführungen dieses Abschnitts (3.1. bis 3.5.) geschilderten Phänomene und Strategien auf dem Pharma-Markt sind einerseits direkte und indirekte Folgen der in Abschnitt 2 dieses Beitrages geschilderten Struktur. Andererseits wirken sie aber auch – und dies ist der für eine an der Gesundheit der Bevölkerung orientierte Reformpolitik entscheidende Aspekt – auf den tagtäglichen Umgang mit Arzneimitteln, auf die Rolle der Arzneimittel im Gesundheitswesen ein. Bereits in Abschnitt 1 wurde darauf hingewiesen, daß der dominierende Einfluß des Industriezweiges Pharma-Industrie auf das Gesundheitswesen zu einer quantitativ wie qualitativ erheblich überhöhten Gewichtung der Pharmako-Therapie innerhalb des möglichen Behandlungsspektrums geführt hat. Darüber hinaus werden Arzneimittel nicht nur wegen ihrer chemisch-pharmakologisch-therapeutischen Funktion eingesetzt, sondern erfüllen darüber hinaus auch soziale Funktionen. Diese zeigen sich bei mehr oder weniger be-

wußtem Einsatz von Arzneimitteln als Placebo durch den Arzt, der anders auf die zahlreichen, zu einem großen Teil nicht streng definierbaren Krankheitsbilder und Gesundheitsstörungen nicht reagieren zu können glaubt. Besonders Psycho-Pharmaka werde häufig als Ersatz für aktive Konfliktbewältigung eingesetzt⁸⁰, die Einnahme von Leberschutzpräparaten tritt an die Stelle notwendiger Verhaltensänderungen beim Alkohol-Konsum; krankmachende Faktoren der Arbeitsumwelt, wie z. B. Lärm, werden durch Dauereinnahme von Analgetika »bekämpft«; an die Stelle diätätischer Diabetes-Beeinflussung treten in ihrem Nutzen z. T. umstrittene orale Antidiabetika (s. Kap. I).

Generell muß festgestellt werden, daß der Arzneimittel-Verbrauch zu hoch ist. Dies gilt, wie die skizzierten Zuwachsraten veranschaulichen, generell und darüber hinaus besonders für Problemgruppen: So nahm bei den Schwangeren zwischen 1961–1963 (dem Zeitraum der Contergan-Katastrophe) und 1968–1971 die Einnahme von Sedativa um das 3,9fache, von Analgetika um das 2,4fache und bei Hypnotika um das 2,1fache zu.⁸⁹

Die Kritik an der Rolle der Arzneimittel im Gesundheitswesen kann sich nicht auf die Feststellung »zu viel« beschränken. Vielmehr liegt eins der gravierendsten Probleme darin, daß angesichts des absolut unüberschaubaren Angebots an Arzneimitteln sowie immer neuer Präparate kein Arzt und erst recht kein Laie zu einem wirklich fundierten Urteil darüber kommen kann, welches Arzneimittel für welches Krankheitsbild angezeigt ist. Selbst bei einer erheblich verbesserten pharmakologischen Ausbildung der Ärzte⁸² kann von diesen nicht erwartet werden, den Arzneimittel-Markt auch nur annähernd therapeutisch und wirtschaftlich zu durchschauen. Daran dürften auch weder die von der pharmazeutischen Industrie anfangs heftig bekämpften, erst in jüngster Zeit veröffentlichten amtlichen Transparenzlisten für einige Indikationsgebiete noch die »Weiße Liste«⁸³ grundsätzlich etwas ändern. Hinsichtlich der durch diese Desinformation von Ärzten und Patienten verursachten Kosten können bis heute nur Schätzungen angestellt werden: Allein durch die Substitution der mit hohem Werbeaufwand vertriebenen Markenpräparate durch die wirkungsgleichen generische-Präparate könnten ca. 30 % der Arzneimittelkosten eingespart werden.⁸⁴

Wichtigste Folge des nicht einholbaren Informationsdefizits sind jedoch die häufigen fragwürdigen Anwendungen und Fehlverordnungen von Arzneimitteln, deren Ausmaß bislang noch nicht wissenschaftlich erforscht werden konnte. Einzeluntersuchungen konnten hingegen zeigen, daß z. B. zwei Drittel aller Antibiotika-Verordnungen in einem Krankenhaus als »irrational« bewertet werden mußten⁸⁵ oder daß bei der medikamentösen herzstützenden Therapie der Anteil der therapeutisch überlegenen Mono-Präparate bei ca. 40 % lag, während in Galenik oder Applikationsform ein-

deutig unzweckmäßige Kombinationspräparate in über 30 % zur Anwendung kamen.⁸⁶ Jede Fehlverordnung geht auf Kosten der Gesundheit des Patienten. Die Schädigung kann dabei von Verzögerung der Gesundung bzw. Linderung, der Auslösung von unerwünschten Wirkungen oder gänzlich neuen Krankheiten bis hin zum Tod reichen. Dies ist der zentrale Grund für die Notwendigkeit einer wirksamen Reform des Arzneimittel-Marktes.

4. Reform des Arzneimittel-Marktes

Eine integrierte Reform der Arzneimittel-Versorgung ist aus den genannten strukturellen Gründen ohne eine integrierte Reform des gesamten Gesundheitswesens nicht denkbar. Deshalb soll im folgenden lediglich ein Bündel von Reformmaßnahmen vorgeschlagen werden, das sich auf die Struktur der Anbieterseite von Arzneimitteln, die Pharma-Industrie, bezieht. Ausgeklammert bleiben daher notwendige Forderungen nach Veränderung der ärztlichen Aus- und Fortbildung, der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apotheken⁸⁷, sowie nach der im Zusammenhang mit Arzneimitteln sicherlich auch wichtigen Institutionalisierung und Durchführung der Gesundheitserziehung in der Bevölkerung.

Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen gehen teilweise über die während der nunmehr seit 10 Jahren andauernden Debatte aus Theorie und Praxis kommenden Pläne zur Reform des Arzneimittel-Marktes hinaus⁸⁸ und erscheinen angesichts des gegenwärtig ungünstigen politischen und gesundheitspolitischen Kräfteverhältnisses sicherlich auch teilweise illusionär. Dennoch ist es notwendig und sinnvoll, Schritte und Ziele zu bestimmen, mit deren Hilfe die Dominanz des Profitmechanismus über die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung zurückgedrängt werden kann. Es läßt sich nämlich zeigen, daß ernstzunehmende Reformen schon dann realisierbar wären, wenn Maßnahmen, die in anderen gesellschaftlichen Bereichen oder kapitalistischen Ländern schon Selbstverständlichkeiten sind, auf den Bereich der Arzneimittel-Industrie übertragen würden.

Eine Reform des Arzneimittel-Marktes kann sich weder auf eine verschärfte Kartellpolitik, noch auf eine Stärkung der Nachfragemacht (counter-vailing power) etwa der Krankenkassen, beschränken. Vielmehr muß staatliche Wirtschaftspolitik in diesem Bereich auch direkt in die Entscheidungen der Unternehmen eingreifen. 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 gewinnbringende bzw. verlust-

mindernde Sonderabschreibungen gestattet werden, setzt der Staat längst Daten, die die Investitions- und Produktionsentscheidungen der Unternehmen ziemlich direkt beeinflussen.⁸⁹ Im Pharma-Sektor ginge es allerdings im Gegensatz zu der bislang betriebenen Politik 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 notwendigen Staatseingriffe die Bewegungsfreiheit des privaten Kapitals in diesem hoch-profitablen Sektor bis zu einem gewissen Grade einschränken, ohne freilich seine Existenzgrundlage anzutasten.

Um dieses Ziel bei Aufrechterhaltung der privatwirtschaftlichen Struktur der Pharma-Industrie zu erreichen, wäre ein Bündel von mindestens acht Maßnahmen erforderlich.

a) Die Arbeit der *Transparenzkommission* 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 auf dem Markt befindlichen Arzneispezialitäten eine enorme Aufgabe ist und in vielen Vergleichen eine eindeutige Zuordnung nicht möglich sein wird, kann nicht als Argument gegen die Notwendigkeit dieser Maßnahmen verwendet werden. Es würde der Beschleunigung und Versachlichung der Arbeit der Transparenzkommission sicherlich dienlich sein, wenn in ihr die Verkäufer von Arzneimitteln – Vertreter der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie – nicht vertreten wären.⁹⁰

Die Ergebnisse der Transparenzkommission 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.⁹¹ Die Arzneispezialitäten könnten – analog der Regelung in der Schweiz – auf diese Weise in drei Gruppen unterteilt werden: Arzneispezialitäten mit *nachgewiesener* Wirksamkeit, tolerierbaren *unerwünschten* Nebenwirkungen und nicht überhöhten Preisen werden in die *Positiv-Liste* aufgenommen. Ihre Kosten werden in jedem Falle von den Krankenkassen voll übernommen^{91a}. *Unwirksame oder schädliche* Präparate und solche, für die *gleichwertige aber billigere* Präparate existieren, werden in der *Negativ-Liste* verzeichnet: Für diese Präparate kommt die Krankenkasse nicht auf, der Arzt soll sie nicht mehr verschreiben. Im Ansatz existiert eine solche Regelung auch schon in der Bundesrepublik, wo die Krankenkassen für bestimmte dubiose »Stärkungsmittel« u. ä. auch dann nicht zahlen, wenn sie als Arzneispezialitäten beim BGA registriert sind (§ 368 p RVO). Diese Regelung müßte entsprechend ausgedehnt werden – jedoch nicht in der heute angestrebten Richtung der

Ausklammerung der »Bagatell-Arzneimittel«, weil dies auf eine volksgesundheitlich in jedem Falle unvertretbare Selbstbeteiligung hinausliefe.⁹²

Die *dritte Gruppe*, deren eindeutige Zuordnung nicht möglich ist, sollte ebenfalls von den Krankenkassen bezahlt werden. Lediglich bei sehr häufiger Verschreibung von Arzneimitteln dieser Mittelgruppe sollten die Ärzte aufgrund der – auch heute schon stattfindenden – Überprüfungen ihrer Verordnungsgewohnheiten durch die Rezeptprüfstellen um Aufklärung über die Ursachen ihres Verhaltens gebeten werden.

Eine weitere Aufgabe der Transparenzkommission müßte in der Festlegung optimaler Packungsgrößen liegen. Ziel dabei muß sein, daß für Akutfälle, die nur einer einmaligen medikamentösen Therapie bedürfen, entsprechende Kleinpackungen vorhanden sind, während für lebenslange Dauermedikation auch die kostensparenden Großpackungen zur Verfügung stehen, soweit sich dies mit der Haltbarkeit der Präparate verträgt. Ändert ein Hersteller seine Packungsgröße oder zieht er eine Kleinpackung aus dem Markt, so hat er dies auf Anforderung der Transparenzkommission 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, d. h. daß allein ein hoher Preis für ein Arzneimittel kein Grund für die Einordnung in die Negativ-Liste sein darf.

b) Bei Neu-Zulassungen wäre außer dem *Wirksamkeitsnachweis*, der auch im zweiten Arzneimittel-Gesetz von 1976 auf Druck der Industrie »völlig paralysiert«⁹³ und durchlöchert wurde⁹⁴, eine *Bedürfnisprüfung* zu fordern. Gemeint ist der Nachweis, daß Präparate mit gleicher oder gleichwertiger Wirksamkeit nicht schon im Markt sind. Diesen Nachweis hätte der Hersteller zu führen. Die klinische Erprobung muß bei Verdacht unzureichender Untersuchung hersteller-unabhängig wiederholt werden können.

c) Da »Arzneimittel (als lebenswichtige Güter) Güter mit Kollektivguteigenschaft«⁹⁵ sind, ihre Preisbildung dem Marktmechanismus weitgehend entzogen ist und ihre Finanzierung überwiegend durch die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen erfolgt, ist eine *Offenlegung der Kalkulation* zu verlangen. Die Kalkulation von realistischen Arzneimittel-Preisen ist trotz der von der Industrie immer wieder betonten Schwierigkeit, bestimmte Kosten (wie z. B. die Forschung) den jeweiligen Produkten zuzuordnen⁹⁶, durch Kalkulation nach Präparatgruppen und Zurechnung eines Forschungszuschlages bei den tatsächlich forschenden Unternehmen zweifellos möglich⁹⁷. Eine Verpflichtung der Pharma-Unternehmen zur

Offenlegung ihrer Kalkulation könnte durch die Aufnahme der Arzneimittel-Produktion in den Katalog der »öffentlichen Aufträge« gemäß der »Verordnung PR. Nr. 30/53 über die Preise bei öffentlichen Aufträgen (VPöA)« vom 21. 11. 1953 erreicht werden, die die Kalkulation nach »Leitsätzen für die Preisentwicklung aufgrund von Selbstkosten (LSP)« vorschreibt und eine Kontrolle dieser Kalkulation ermöglicht.⁹⁸

In diesem Fall würde den Herstell- und Vertriebskosten ein Gewinnsatz zugeschlagen, der in etwa den von der Bundesbank berechneten Bruttogewinnen entspricht. Auf diese Weise 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 – unter der Voraussetzung »ehrlicher« Kalkulationen – die Präparate der nicht-forschenden Unternehmen stets billiger sein, was zu einer nicht vertretbaren Austrocknung der Pharma-Forschung führen könnte. Dieses Problem kann dadurch gelöst werden, daß die forschenden Unternehmen einen ihrer nachgewiesenen Forschungstätigkeit entsprechenden 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. Der Primat der Therapie und der Forschung muß auch hier erhalten bleiben. Eine andere Möglichkeit bestünde in einem Umlageverfahren, durch das die nicht-forschenden Unternehmen an der Forschungsfinanzierung beteiligt werden.

d) Unter diesen Umständen könnte der *Patent-Schutz* für Arzneimittel aufgehoben werden, da der durch das Patent garantierte »Monopolgewinn auf Zeit« durch den dauernden und auch die Innovation überdauernden Forschungszuschlag ersetzt wäre. Durch die Aufhebung des Patents könnten die Schranken des Betriebsgeheimnisses bei der Arzneimittelforschung fallen, wodurch die Verschleuderung menschlicher und finanzieller Ressourcen durch Doppel- und Defensiv-Forschung vermieden werden könnte. 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 inkraft getretenen europäischen Patentübereinkommen kompatibel⁹⁹: Der deutsche Hersteller läßt sich vom deutschen Patentamt die Patentwürdigkeit seiner Entwicklung attestieren und reicht dieses Dokument zur Erlangung des Europa-Patents 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, wie sie in anderen Disziplinen und in der öffentlich geförderten Forschung bereits existiert und 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 Forschungs-Ressourcen auf ein Unternehmen zu konzentrieren. Ziehen die Unternehmen aus diesen Informationen und Aufforderungen keine Konsequenzen, könnte ihnen ihr kalkulatorischer Forschungs-Zuschlag 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 Forschungs-Ressourcen des Unternehmens entsprechend kürzen.

f) Neben den erheblich zu verschärfenden Vorschriften für die klinische Erprobung neuer Medikamente, deren Einhaltung staatlich überwacht werden muß, ist eine *Kontrolle der laufenden Produktion* durch staatliche Stellen unabdingbar. Ähnlich der US-amerikanischen food and drug administration (FDA) müßte eine solche Stelle das Recht auf unangemeldete Betriebskontrollen, Entnahmen 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 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, *herstellerunabhängige Information* über jedes auf dem Markt befindliche Arzneimittel. Das US-amerikanische Standard-Work physician desk reference (PDR) könnte in dieser Hinsicht ein Vorbild sein, obwohl es bislang keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.¹⁰⁰ Wegen der Marktfluktuation von Arzneimitteln wäre es denkbar, daß die Transparenzkommission die Ergebnisse ihrer Prüftätigkeit über jedes Arzneimittel zusammenfaßt 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, unerwünschte Wir-

kungen, Preis, Zuordnung des Arzneimittels zur Positiv- bzw. Negativ-Liste sowie die wichtigsten Literaturfundstellen eines jeden vorhandenen Arzneimittels zu informieren. Selbstverständlich müßten neben den Markennamen des Präparates auch die generic names, die für jede Substanz von der WHO festgelegt werden, verzeichnet sein.

Genügen dem Arzt die 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, so kann er den Besuch von Firmenvertretern wünschen, die dann, da sie ausschließlich mit gezielten Fragen speziell interessierter Ärzte konfrontiert sein würden, eine höhere Qualifikation aufweisen müßten und den ihnen durch das zweite AMG verliehenen Titel »Pharma-Referenten« zu Recht tragen würden.

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 und 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. In jedem Fall aber müßten die werbenden Unternehmen dazu verpflichtet werden, sämtliche Informationen der Transparenzkommission, die der Arzt auch erhält, in ihre Annoncen aufzunehmen, und dies auch bei der sogenannten Erinnerungswerbung. Auch müßte gewährleistet sein, daß der generic name in der Werbung neben dem Phantasie-Markennamen erscheint. Auf diese Weise würde dem Arzt die Einordnung der Werbe-Information erheblich erleichtert. Es könnte sich freilich durch diese Maßnahmen auch ergeben, daß die Fachwerbung 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 Arzneimittel-Marktes verlangen nach einem institutionellen Rahmen. Soweit Ansätze für sie bereits praktiziert werden, sind ihre Funktionen aufgesplittert: Qualitätsprüfungen erfolgen durch Stichprobeneinkäufe einzelner Landesge-

sundheitsämter, die Rezeptprüfung erfolgt durch die Rezeptprüfstellen der Krankenkassen, die Registrierung und Zulassung von Arznei-Spezialitäten nimmt das BGA vor; für Maßnahmen gegen Preismißbrauch ist das Bundeskartellamt zuständig; die Werberichtlinien werden vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie verwaltet; eine Forschungskoordination betreiben faktisch nur die großen Pharma-Konzerne untereinander; und die Beurteilung einzelner Arzneimittel erfolgt durch die durch Beschluß der Bundesregierung eingesetzte Transparenzkommission beim BGA und die Arzneimittel-Kommission der deutschen Ärzteschaft, die von der Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern (»Bundesärztekammer«) bestellt wird.

Es ist evident, daß zur wirksamen Durchsetzung dieses Maßnahmenbündels 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 ein Bruchteil dessen ausmachen, was heute an Ressourcen vergeudet wird.

Der Pharma-Industrie ist es bislang gelungen, jede ernsthafte Reform »ihres« Sektors zu verhindern. Eine Änderung dieser Situation kann nur dann eintreten, wenn die Betroffenen und ihre Organisationen energisch und nachhaltig derartige Reformen fordern. Es ist im Rahmen dieses Beitrages nicht möglich, die Bedingungen zu definieren, unter denen dieser Zustand eintritt. Es kann jedoch nicht deutlich genug darauf hingewiesen werden, daß selbst unter der gegenwärtig nur hypothetisch denkbaren Bedingung der Installierung einer zentralen Stelle für Arzneimittel-Fragen mit allen geforderten Kompetenzen die organisierte Pharma-Industrie mit allen ihr zu Gebot stehenden Mitteln versuchen würde, dessen Arbeit zu konterkarieren und ein Großteil der Maßnahmen in ihr Gegenteil umschlagen zu lassen.

VII Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen

1 Eine ausführliche Darstellung des hier abgehandelten Problemkomplexes findet sich in der Studie: Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock: Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik. Reinbek 1977. Diese Studie aus der Arbeit der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler e. V. wurde vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie heftig attackiert, indem er ihr eine eigene Broschüre seiner Reihe »pharma dialog« widmete: pharma dialog 50: Zur Diskussion: Wer gefährdet das deutsche Gesundheitswesen?, Frankfurt a. M. 1977. Zu einer wesentlich positiveren Einschätzung der Arbeit kam dagegen z. B. der Bundesverband der Ortskrankenkassen: Westphal, E.: Eine neue Studie über die pharmazeutische Industrie, in: Die Ortskrankenkasse 1977, H. 12, S. 509 ff. Die Ausführungen des vorliegenden Kapitels stützen sich in weiten Teilen auf diese Studie.

1a Eine genauere Analyse der Werbungstechniken und ihrer Konzeption findet sich bei: Marowski, B.: Arzt und pharmazeutische Industrie, in: Das Argument 1970, H. 60, S. 71–86.

2 Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 326.

3 Ebenda, S. 17.

4 Ebenda, S. 173.

5 Zit. nach: Bernsmann, W.: Arzneimittelforschung und Entwicklung in Deutschland in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Pharmazeutische Industrie 29, 1967, S. 29.

6 Vershofen, W.: Wirtschaftsgeschichte der chemisch-pharmazeutischen Industrie. Aulendorf 1958, S. 18.

7 Vgl. Kühn, H.: Macht und Gesundheit. Das Argument 1979, H. 113, S. 94 ff.

8 pharma-jahresbericht 1977/78, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. Frankfurt a. M. 1978, S. 67.

9 Bundesarbeitsblatt 1/1980, S. 95.

10 Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 29.

11 pharma daten 1978, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Frankfurt a. M. 1978 (1979), S. 72.

12 Staatssekretär H. G. Wolters, in: Die Ortskrankenkasse 1975, H. 23/24, S. 955.

13 Schmidt, A. (Bundesverband der Ortskrankenkassen): Die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ortskrankenkasse 58, 1976, H. 1/2, S. 18.

14 Rahner, E. (Leiter der Marktforschung der Firma Thomae): Stopp der Arzneimittelpreise – Gewinne und Verluste. *pharma dialog* 18, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt 1973, S. 17.

15 Ebenda, S. 26.

16 Moebius, K.: Untersuchung der pharmazeutischen Industrie der Bundesrepublik Deutschland (Gutachten des Instituts für Weltwirtschaft Kiel), unveröffentlichtes Manuskript. Kiel 1975, S. 140.

17 Nord, D.: Kosten des medikamentösen Fortschritts. Frankfurt a. M. 1976, zit. nach: *pharma daten* 1978, a.a.O., S. 55.

18 Diese Firma ist außerdem in Athen, Brüssel, Den Haag, Innsbruck, London, Madrid, New York und Zug präsent.

19 Vgl. Greiser, E.: Arzneiverordnungen in Niedersachsen. Das Argument, Sonderband 27. Berlin 1978, S. 79.

20 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 126–137; zur Kritik: Wer gefährdet das deutsche Gesundheitswesen? *pharma dialog* 50, hrsg. v. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Frankfurt 1977, S. 36 f.

21 Friedrich V. u. a., a.a.O., S. 33.

22 Ebenda, S. 84 f.

23 Vgl. Memorandum für eine alternative Wirtschaftspolitik. Köln 1978, sowie: Breidenstein, G.: Internationale Konzerne. Reinbek 1977.

24 Vgl. Arbeitsgruppe Großunternehmen: Gewinnentwicklung und Gewinnverschleierung in der westdeutschen Großindustrie. Köln 1977.

25 Branchen-Bericht: Zur Lage auf dem Pharma-Markt, Commerzbank A. Düsseldorf, Februar 1976, S. 3.

26 *pharma daten*, seit 1972 jährlich; zu beziehen beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Karlstraße 21, 6000 Frankfurt/Main, derzeitige Auflage: 40 000 jährlich.

27 Vgl. dazu: Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 82–84.

28 Z. B. Kienbaum-Unternehmensberatung: Bericht über eine Untersuchung der Pharma-Industrie, im Auftrage der Kommission der Europäischen Gemeinschaft. Brüssel und Gummersbach 1973.

29 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 77.

30 Vgl. ebenda, S. 77 ff.

31 Vgl. Blair, J. M.: Das internationale Chininkartell, in: Barnikel, H. (Hrsg.): Theorie und Praxis der Kartelle. Darmstadt 1972, S. 462 ff.

32 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 81 f.

33 Moebius, K., a.a.O., S. 70.

34 Vgl. Rosenbrock, R.: Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung. Das Argument, Sonderband 30, Berlin 1979, S. 59 ff.

35 Die Instrumente des Kartellrechts greifen offensichtlich nicht. In der seit 1973 laufenden Kartellsache gegen die Hoffmann La Roche 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 müsse, 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 Arzneimittel aus der Benzodiazepin-Gruppe (Valium u. a.) kostet die Versicherten Jahr für Jahr ca. 30 Mill. DM. Vgl. dazu: Rosenbrock, R.: Konkurrenz auf dem Pharma-Markt. Das Argument, Sonderband 12, Berlin 1976, S. 88 ff.

35a Zum Ausgang des Verfahrens vgl.: Rosenbrock, R.: Das Milliardenring, in: Demokratisches Gesundheitswesen Nr. 2/1980, S. 41.

36 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 94 ff.

37 Vgl. ebenda, S. 97 ff.

38 pharma daten 1974, a.a.O., S. 33.

39 Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 114 ff.

40 absatzwirtschaft, 1974, H. 4, S. 7.

41 Moebius, K., a.a.O., S. 239.

42 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 114 ff.

43 pharma fakten, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Frankfurt o. J., S. 132.

44 Z. B. Deutsches Ärzteblatt 70, 1973, S. 2840, Deutsches Ärzteblatt 71, 1974, S. 2041, Deutsches Ärzteblatt 72, 1975, S. 1576 usw.

45 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 331.

46 Moebius, K., a.a.O., S. 239.

47 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 119 f.

48 Vgl. Simon, I.: Das 2. Arzneimittelgesetz. Das Argument, Sonderband 27, Berlin 1978, S. 217 ff.

49 arznei-telegramm 1975, Nr. 11, S. 87.

50 Vgl.: Markenpräparate und die anderen – sind die anderen ebenso gut? In: Arzneimittelbrief 4, 1970, S. 40.

51 Hannse, H. (Vorstandsmitglied der Schering AG): Die Preisgestaltung von Arznei-Spezialitäten. Informationen für die Presse der Schering AG, Berlin/Bergkamen, Pressegespräch vom 8. 9. 1972.

52 Verbraucherwerbung überwiegend irreführend, in: verbraucher politische korrespondenz, Nr. 6. Köln 1975.

53 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 177.

54 Vgl. ebenda, S. 180 ff.

55 Vgl. ebenda, S. 227 ff.

56 Vgl. ebenda, S. 219 ff.

57 Handelsblatt vom 14. 3. 1974 (Pressemitteilung der Firma Nattermann).

58 pharma daten 1978, a.a.O., S. 18.

59 Vgl. pharma daten, Jahrgänge 1972 ff.

60 Tiefenbach, M. (Vorsitzender des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V.), zitiert in: Nur das Ende der Mischkalkulation? Der praktische Arzt, 15. 7. 1978, S. 2477.

- 61 Persönliche Mitteilung des Pressesprechers des Verbandes und Brief des Bundesverbandes vom 19. 7. 1973.
- 62 OECD: Gaps in Technology. Pharmaceuticals. Paris 1969, S. 117.
- 63 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 293.
- 64 Vgl. ebenda, S. 291.
- 65 Vgl. z. B. Saarbrücker Zeitung vom 14. 11. 1978.
- 66 Persönliche Mitteilung aus dem Bundesgesundheitsamt vom 24. 1. 1979.
- 67 pharma jahresbericht 1977/78, a.a.O., S. 72.
- 68 Liefmann-Keil, E.: Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt 1973, S. 36.
- 69 Arzneimittelbrief 1, 1967, S. 60; Arzneimittelbrief 6, 1972, S. 5.
- 70 Sinnvolle und nicht-sinnvolle Arzneimittelkombinationen. Deutsche Apotheker-Zeitung 114, 1974, S. 862.
- 71 Arzneimittelbrief 8, 1974, S. 37.
- 72 Friedrich, V., u. a., a.a.O., S. 306.
- 73 Ebenda, S. 305 f.
- 74 Ebenda, S. 306.
- 75 Ebenda, S. 314 f.
- 76 Ebenda, S. 285.
- 77 Ebenda, S. 322.
- 78 Die Kontrolleure sind überfordert. Welt der Arbeit vom 20. 7. 1978.
- 79 Simon, I.: Das 2. Arzneimittelgesetz, a.a.O., S. 224.
- 80 Stoessel, J. P.: Psychopharmaka – die verordnete Anpassung. München 1972.
- 81 Mauss, H. J.: Neuere Untersuchungen zum Arzneimittelkonsum während der Schwangerschaft. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1972, 43, S. 1637–1639.
- 82 Vgl. Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 318.
- 83 Seit 1977 erscheint periodisch das »Transparenztelegramm – Weiße Liste«, herausgegeben vom Arzneimittelinformationsdienst GmbH, Berlin, in dem mehr als 400 Wirkstoffe in über 2 000 Arzneispezialitäten übersichtlich preislich verglichen werden.
- 84 Greiser, E.: Arzneiverordnungen in Niedersachsen, a.a.O., S. 94.
- 85 Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 370 ff.
- 86 Greiser, E.: Arzneiverordnungen in Niedersachsen, a.a.O., S. 92.
- 87 Simon, I.: Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker. Das Argument, Sonderband 4, Berlin 1974, S. 188 ff.
- 88 Eine zusammenfassende Darstellung findet sich in: Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 139–149.
- 89 Vgl. Meißner, W.: Investitionslenkung. Frankfurt 1974.
- 90 Der Kommission gehören gegenwärtig neben vier Ärzte- und vier Kassenvertretern auch ein Vertreter der Verbraucher und vier Vertreter der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker an, darunter Abgesandte der Firmen Schering, Bayer/Tropon, Klinge und Boehringer/Mannheim. Der Spiegel vom 10. 7. 1978, S. 76.
- 91 Schmidt, H. E.: Möglichkeiten und Ziele einer staatlichen Arzneimittel-Informationsstelle im Rahmen einer wettbewerblichen Wirtschaftsordnung. Wettbewerb in Recht und Praxis 1970, H. 2, S. 70 f.

91a Auch bei den Standesorganisationen der Ärzte deutet sich neuerdings ein stärkeres Interesse an solchen Positiv-Listen an. Vgl. z. B.: Gezielte Informationen sind besser als Regresse, Interview mit Fiedler, E. (Hauptgeschäftsführer der Kasenärztlichen Bundesvereinigung). Deutsches Ärzteblatt 1980, S. 639 ff.

92 Vgl. dazu: Rosenbrock R.: Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung, a.a.O., S. 63–68.

93 Kreienberg, W. (Vorstand der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft): Chance der Marktberreinigung vertan, in: status vom 26. 6. 1978, S. 18.

94 Simon, I.: Das 2. Arzneimittelgesetz, a.a.O., S. 219.

95 Liefmann-Keil, E.: Der Arzneimittelmarkt . . ., a.a.O., S. 7.

96 Den Industrie-Standpunkt stellt recht gut dar: Riebel, P.: Kosten und Preise bei verbundener Produktion, Substitutionskonkurrenz und verbundener Nachfrage. Opladen 1971.

97 Vgl. dazu: Friedrich, V. u. a., a.a.O., S. 213–227.

98 Nach diesen Leitsätzen müssen unter anderem Rüstungsaufträge sowie der Bedarf von Bundesbahn und Bundespost kalkuliert werden. Für öffentliche Bauten gibt es eine entsprechende Baupreisordnung. Die Rechtsgrundlage bildet das »Übergangsgesetz über Preisbildung und Preisüberwachung (Preisgesetz)« vom 10. 4. 1948, veröffentlicht in: WiGBL., S. 27. – Es darf dabei nicht übersehen werden, daß die Anwendung dieses 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 konsequenten Anwendung der Gesetze liegen. Die bis heute zu konstatierende Nicht-Lösung des Problems ist aber kein Argument gegen die Richtigkeit des Weges.

99 pharma fakten 1978, a.a.O., S. 23.

100 Vergleichbare Arzneimittelverzeichnisse sind: GB: MIMS Monthly Index of medical specialities; Schweden: FASS Farmaceutiska Specialiteter i Sverige; Italien: L'Informatore Farmaceutico; DDR: Arzneimittelverzeichnis.