

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Entstaatlichung, Entrechtlichung - die marktradikale Variante der Arzneimittelversorgung: Bemerkungen zu "Mehr Wettbewerb im Arzneimittelbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Alternative zum staatlichen Dirigismus" von Peter Oberender

Medizin, Mensch, Gesellschaft

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1983) : Entstaatlichung, Entrechtlichung - die marktradikale Variante der Arzneimittelversorgung: Bemerkungen zu "Mehr Wettbewerb im Arzneimittelbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Alternative zum staatlichen Dirigismus" von Peter Oberender, Medizin, Mensch, Gesellschaft, ISSN 0340-8183, Enke, Stuttgart, Vol. 8, Iss. 4, pp. 287-292

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122518>

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>.

Diskurs

Entstaatlichung, Entrechtlichung – die marktradikale Variante der Arzneimittelversorgung

Bemerkungen zu „Mehr Wettbewerb im Arzneimittelbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Alternative zum staatlichen Dirigismus“ von Peter Oberender, MMG 1 (1983) 26

Rolf Rosenbrock

Seit sich in den letzten Jahren die staatliche Wende zu einer regressiven Gesundheitspolitik abzeichnet, findet sie auch verstärkt ihre wissenschaftlich und publizistisch breit vorgetragene Begründung.

Das Paradigma dieser zu fast allen Problemen der Sozial-, Gesundheits-, Verbraucher-, Umwelt-, und Arbeitspolitik anschwellenden Literatur

MMG 8 (1983) 287 - 292

© Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

kann mit dem Begriffen Entstaatlichung, Entrechtlichung, Deregulation umschrieben werden. Seine zentrale These besagt, daß die monetären und sozialen Folgelasten staatlicher und damit rechtlicher Regulierungen den Nutzen oftmals und zunehmend übersteigen. Daß – um ein Bild aus dem hier in Rede stehenden Problemereich zu benutzen – die unerwünschten Wirkungen (auch die Pharmakologie spricht schon

lange nicht mehr von *Neben-Wirkungen*) die erwünschten Effekte übertreffen und/oder schlimmer sind als das eigentlich zu bekämpfende Grundübel.

Eine gute Konjunktur haben derzeit deshalb „gesellschaftliche Konzepte, die mit Hilfe von ‚Entrechtlichung‘ Verrechtlichungsfolgen rückgängig zu machen hoffen“. Aufmerksamkeit ist solchen Konzepten zumal dann gewiß, wenn „als Folgen der Verrechtlichung individuelle Freiheitsbeschränkungen, gesellschaftlicher und politischer Immobilismus usw. beklagt“ werden (13). Als erwünschte Folge von Deregulation/Entrechtlichung sollen dann andere, nichtstaatliche Regulierungsmechanismen wirksam werden: Die Selbstverantwortlichkeit des einzelnen, der kleinen Gruppe, im „kleinen Netz“; die Selbstreinigungskräfte des Marktes; oder gleich das Recht des Stärkeren.

Oberender dekliniert nun in seinen „Alternativen zum staatlichen Dirigismus“ dieses derzeit dominante sozialpolitische Grundmotiv für den Bereich der Arzneimittelversorgung der GKV. Überraschend ist dabei weniger das Ergebnis: Der Vorschlag auf Abschaffung der gewachsenen GKV mit Sachleistungsprinzip zugunsten einer Teilkaskoversicherung mit Selbstbeteiligung in Höhe von 10% des Bruttoeinkommens sowie auf Fortfall staatlicher Regelungen vor allem auf dem Gebiet des Wirksamkeits- und Sicherheitsstandards von Arzneimitteln ist zwar skandalös, entspricht aber präzise dem Zeitgeist.

Erstaunlich ist vielmehr, wie wenig subtil der Begründungsaufwand ist, mit dem dieses Ergebnis erzielt wird und der hinter dem Stand der einschlägigen Diskussionen teilweise befremdlich weit zurückbleibt.

Ich will diese Kritik an nur zwei Aspekten verdeutlichen. Diese Beschränkung sowie die teilweise sehr geraffte Darstellung von Gedanken und Forschungsergebnissen ist dabei ausschließlich die Konsequenz der gebotenen Kürze dieser Replik (einige Aspekte finden sich ausführlicher in: s. 8).

1. Folgt man *Oberender*, so liegt das zentrale Problem des Anstiegs der Gesundheitsausgaben beim Verhalten der Versicherten bzw. Patienten: Dort lauert die „Gefahr eines Mißbrauchs und damit eine Aushöhlung des Solidaritäts-

prinzips“, weil „für Versicherte dadurch auch ein Anreiz (entsteht), ‚soviel wie möglich an Bedürfnisbefriedigung‘ kostenlos ‚aus dem System herauszuholen‘“ (7, S. 27). Die dem zugrundeliegenden Annahmen mögen auf ein Kleinkind und sein Verhältnis zum Haben oder Nicht-Haben eines Lutschers zutreffen, vielleicht auch noch auf einen Führerscheininhaber in bezug auf die Wahl zwischen Volkswagen und Rolls Royce (S. 28). In bezug auf das Arzneimittelverhalten der Versicherten sind sie jedoch eher weltfremd. Denn wo liegt etwa bei der Einnahme von Antibiotika die „Sättigungsgrenze“? Wann wird dabei der „Grenznutzen von Null“ (S. 33) erreicht? Es erscheint tatsächlich notwendig, an den banalen Sachverhalt zu erinnern, daß der durchschnittliche Versicherte die Einnahme von Arzneimitteln nicht als Vergnügen und Bedürfnisbefriedigung erlebt, sondern als Übel, dessen Notwendigkeit sich aus dem Bedürfnis nach Beendigung und Linderung eines unangenehmen Zustands (Krankheit bzw. Befindlichkeitsstörung) herleitet. *Oberenders* Vorschläge könnten sich schon deshalb allenfalls auf Rand- bzw. Ausnahmebereiche der Arzneimittelversorgung beziehen: Der Normalfall – Erkrankung, ärztlicher Verordnung, Anwendung der Arzneimittel zwecks Bekämpfung der Krankheit – kommt bei ihm nicht vor.

Welche gesundheitlichen Folgen würden sich – anders herum gefragt – ergeben, wenn die Versicherten ihre Arzneimittel nicht über den Solidarausgleich ihrer Beiträge, sondern jeweils selbst bezahlen müßten? Wahrscheinlich würden die Pharmaumsätze zunächst – und mutmaßlich nur vorübergehend – sinken. Einkommenschwache würden allerdings nachhaltig notwendige Medikationen unterlassen (wie es teilweise schon bei der gegenwärtigen Form von „Selbstbeteiligung“ zu beobachten ist), Einkommensstärkere würden die geforderten Preise mehr oder weniger zähneknirschend zahlen.

Nebenbei bemerkt: Bei vielen würde der Preis noch stärker als bisher als *perverser Inzentiv* wirken: Das teurere Arzneimittel wird als höherwertig und deshalb wirksamer angesehen und deshalb bevorzugt. Diese aus Unsicherheit über den tatsächlichen Gebrauchswert geborene Einschätzung (9), die vermittelt auch häufig für verschreibende Ärzte zutrifft, ist bereits heute Bestandteil der Absatzstrategien pharmazeutischer

Unternehmen. Das Phänomen des *perverse Incentivs* ist eine Folge verbreiteter Fehlmeinungen über den Mechanismus der Preisbildung, die Wirksamkeit von Arzneimitteln sowie die Motive des Geschäftszweigs, der sie produziert. Diese Fehlmeinungen können durch den Zwang zum direkten Selberzahlen nicht aus der Welt geschafft, sondern eher noch verstärkt werden. Was sonst könnte für die Abschaffung des Sachleistungsprinzips in der Arzneimittelversorgung sprechen? Würde sich das Problem der Über- und Fehlmedikalisierung lösen oder verringern? Eher nicht: Selbst wenn infolge erheblicher Verteuerung von Arzneimitteln für den einzelnen Versicherten der Arzneimittelverbrauch sinken würde (was bei Anpassungsprozessen auf seiten aller Marktteiligen *auf Dauer* keineswegs sicher ist), spricht *nichts* dafür, daß der fortfallende Teil des Arzneimittelverbrauchs auch der volksgesundheitlich überflüssige bzw. schädliche wäre. Eine rationale Arzneimitteltherapie ist mit pretialer Lenkung, d.h. über den Tauschwert, nicht zu erreichen, sondern nur auf der Basis systematischer Information und Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Nutzens, des Gebrauchswerts also. Das eine kann das andere nicht ersetzen. Eine rationale Arzneimittelverordnung stellt wegen der großen Unschärfe und Ungewißheiten im Bereich der Gebrauchswertbestimmung unter den gegebenen Umständen schon den Arzt vor fast unlösbare Probleme. Eine Verlagerung der Entscheidung auf die Versicherten („höhere Eigenverantwortung“, S. 32) durch Reduktion der Rezeptpflicht (S. 31 f.) und Zunahme der Selbstmedikation (S. 32) kann die gesundheitspolitischen massiven Probleme der Fehl- und Übermedikalisierung, die zuletzt wieder am Beispiel der Psychopharmaka ins öffentliche Bewußtsein gedrungen sind (ausgelöst durch: s.2), nur verschärfen.

Um wieviel schrecklicher noch würde die vorgeschlagene weitgehende Beseitigung der Rezeptpflicht wirken, wenn *Oberenders* eigene Prämisse zuträfe und die Versicherten zum Arzneimittel tatsächlich ein Verhältnis hätten wie das Kind zum Lutscher und der Führerscheininhaber zum Rolls Royce?

Tatsächlich aber dürfte es pharmapolitisch wenig ergiebig sein, ausführlich über die Schlüssigkeit von Änderungsvorschlägen zu rasonieren, die

auf eher dubiosen Annahmen über das Versicherungsverhalten beruhen. Eine solche Diskussion könnte allzu leicht von den eigentlich kostentreibenden Faktoren am Arzneimittelmarkt ablenken: Sehr vorsichtige Berechnungen kommen zu dem Ergebnis, daß zumindest der weit aus überwiegende Teil der Kostensteigerungen für Arzneimittel nicht auf Mehrverbrauch, sondern auf direkte und indirekte Preiserhöhungen seitens der Pharmaindustrie zurückzuführen ist (1).

Dies dringt u.a. deshalb so schwer in die Öffentlichkeit, weil die tatsächlichen Preissteigerungen durch die Herstellerfirmen gerade für die umsatzstärksten Arzneimittel „fast dreimal so hoch“ wie in den dazu regelmäßig veröffentlichten Statistiken liegen können (5). Damit hängt u.a. zusammen, daß die Gewinne in der Pharmaindustrie, wiederum vorsichtig berechnet, einen mehr als doppelt so hohen Prozentsatz erreichen wie im übrigen verarbeitenden Gewerbe (3).

Dem System der Arzneimittelversorgung auf Grundlage des Sachleistungsprinzips liegen – im Wortsinne – ehrwürdige, gesundheitspolitisch und ökonomisch begründete Wertentscheidungen zugrunde. Wenn an der Arzneimittelversorgung kritisiert wird, daß sie den Vorstellungen eines zünftigen Volkswirtes über den Verlauf von Grenznutzenkurven nicht entspricht oder daß die Preiselastizität beim Versicherten gleich Null sei, so geht diese Kritik am Kern der Sache vorbei: Die partielle Außerkraftsetzung des schlichten Marktmechanismus ist begründet und gewollt. Nicht gewollt ist die Ausnutzung dieser Situation durch einen Industriezweig. Wer bei *gebener Struktur des Arzneimittelmarkts* für eine Beseitigung der bestehenden (und unzureichenden und unvollständigen und . . . [10, 11, 12]) Regulierungen plädiert, müßte gesundheitspolitische *und* gesundheitsökonomische Vorteile aufzeigen können. Und nicht: *Entweder/oder*. Und schon gar nicht: *Weder/noch*.

2. Der zweite Aspekt, der hier exemplarisch angesprochen werden soll, betrifft die Gestaltung des Weges, den ein Arzneimittel von seiner Entwicklung beim Hersteller über die Zulassung durch das BGA bis hin zur Entscheidung über seinen therapeutischen Einsatz im konkreten Einzelfall zu nehmen hat. Die Vorschläge laufen – kurz gesagt – darauf hinaus, diesen sensiblen Pfad ohne Berücksichtigung gesundheitsbezoge-

ner Gesichtspunkte in eine Rennstrecke ohne Geschwindigkeitsbegrenzungen und Kontrollpunkte sowie mit höchst einseitigen Vorfahrtsregeln auszubauen.

– In der gesundheitspolitisch motivierten Pharma-Diskussion wird ein Problem darin gesehen, daß die privatwirtschaftlichen Entscheidungen über die Verwendung von Forschungsressourcen und die Entwicklung von Arzneimitteln ausschließlich von Absatzerwartungen abhängen, diese aber nicht mit den therapeutischen Erfordernissen bzw. Engpässen übereinstimmen müssen. Die darin liegende Frage gesellschaftlicher Fehlsteuerung wird von *Oberender* verständlicherweise gar nicht erst gesehen (S. 28).

– Empirisch breit dokumentiert (4) sind die sehr zahlreichen und aufwendigen Bemühungen von Pharmaherstellern, wirkungsgleiche oder äquivalente Präparate anzubieten, um damit Konkurrenten aus lukrativen Märkten zu verdrängen. Obwohl solche Kampagnen unter dem Gesichtspunkt von Innovation und Transparenz sicher als schädlich anzusehen sind, bedauert *Oberender* geradezu, daß der von Absatzüberlegungen gesteuerte Produktwettbewerb „nicht mehr dazu verwendet (wird), Konkurrenten Nachfrage abzujagen“ (S. 28).

– Ausführlich begründet ist kritisiert worden, daß die Zulassungsbestimmungen nach dem 2. Arzneimittelgesetz (2. AMG) von 1976 zu durchlässig sind, daß die Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsprüfungen nicht ausreichend instrumentiert, die Bedürfnisprüfung überhaupt nicht verankert ist (12). *Oberender* dagegen sieht „die Verschärfung der Sicherheits- und Wirksamkeitsprüfung für Arzneimittel . . . als hemmend auf Innovationen“ (S. 31). Daß er diese Behauptung nicht belegt, dürfte nicht nur methodische Gründe haben.

Sein Fazit zur Frage der Entwicklung und Zulassung von Arzneimitteln: „Es ist aber *Aufgabe des Marktes* und damit des Wettbewerbs, festzustellen, ob ein neues Produkt wirksam ist oder nicht“ (S. 31). Nach Contergan, Menocil, AN 1, Duogynon, Clofibrat, Coxigon etc. pp. kann eine solche Aussage schon aus ethischen Gründen kein Ausgangspunkt einer gesundheitspolitischen Diskussion mehr sein. Dabei ist *Oberender* mit seinen Forderungen zu-

mindest in zwei Bereichen bereits dichter an der Realität, als er selbst anzunehmen scheint: Für die Nachzulassung der über 100 000 bereits vor dem 2. AMG vermarkteten Altspezialitäten wird ein Nachweis der Wirksamkeit und der Unbedenklichkeit vom Gesetz nicht explizit gefordert. Und auch mit der im 2. AMG vorgesehenen und inzwischen auch praktisch umgesetzten Standardzulassung wird keineswegs „der Produktdifferenzierung der Unternehmen Einhalt geboten“ (S. 31): Weder eine Bereinigung des Marktes noch nennenswerte Marktzutritts Hindernisse sind hier erkennbar oder geplant.

Wohl um den Weg zwischen Hersteller und Anwender möglichst kurz zu halten, fordert *Oberender* marktwirtschaftlich konsequent, gesundheitspolitisch aber einigermaßen singular zudem eine intensivere Werbung für Arzneimittel. Dabei soll u.a. ein staatliches (!?) Verbot der freiwilligen Selbstbeschränkung für einzelne Werbemaßnahmen durch die Pharmaindustrie helfen (S. 30). Daß die derzeitige Quantität bei sehr häufig sehr fragwürdiger Qualität der Werbung von keinem Menschen mehr bewältigt werden kann und deshalb nur noch die Intransparenz bei den Ärzten als Entscheidungsträgern erhöht, spielt – marktwirtschaftlich – offenbar keine Rolle. Schon Versuche, auf technischem Niveau Ansätze von Übersichtlichkeit zu schaffen und damit Manipulationen zu erschweren, werden als Störung wahrgenommen: Die Einführung von drei Normalpackungsgrößen ist in dieser Sichtweise kein Instrument zur Verminderung laufender verdeckter Preiserhöhungen und Arzneimittelvergeudung, sondern „eine Beschränkung der Wettbewerbsfreiheit“ (S. 30).

Die Arzneimittelanwender werden nach der Erfüllung der bis hierher referierten Vorschläge ihre Therapieentscheidung zwischen noch mehr Arzneimitteln bei gesenktem Standard der Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsprüfung durch das BGA und bei gesteigertem Werbungs- und Desinformationsaufwand zu fällen haben. Die bestehende Kakophonie wird noch um die freizugebenden Werbeschlächten zwischen den Apotheken bereichert (S. 32), die sich dabei aber anstrengen müssen, mit den ebenfalls zum Arzneimittelvertrieb berechtigten Kaufhäusern mitzuhalten (S. 32).

Der Trost für die Patienten besteht darin, daß sie die Folgen ihrer Entscheidung systemgerecht selber bezahlen dürfen. Monetär gesehen mit bis zu 10% ihres Bruttoeinkommens. Sicherheitsmäßig bis zum Exitus. Denn die in der Tat wissenschaftlich komplexe und auch ethisch schwierige Entscheidung über den Einsatz neuer Medikamente, „deren mögliche Effekte u.U. noch nicht voll bekannt sind“ (S. 31), soll bei gesenktem Standard der Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsprüfung auf denjenigen abgewälzt werden, der subjektiv und objektiv die geringsten Chancen einer sachgerechten Entscheidung hierfür hat: den Patienten.

Aber auch im Massengeschehen der nicht unmittelbar bedrohlichen Arzneimittelanwendung wird sich der Sicherheitsstandard über die „Modifikation der Sicherheitsprüfung in der vorgeschlagenen Weise“ (S. 31) hinaus verringern: Die geforderte „Aufhebung des Aut-simile-Verbots“ (S. 32) bei *gleichzeitiger* Senkung der Zulassungsanforderungen dürfte nach der Logik der Marktwirtschaft die Produktionsqualität gefährden. Die faktische Aufhebung der Rezeptpflicht (S. 31 f.) vergrößert die ohnehin gravierenden Arzneimittelgefahren: unerwünschte Wirkungen, Sucht, Vergiftung durch Überdosierung und Wirkungs-Synergismen, Resistenzbildung bei Erregern, Krankheitsverschleppung durch Symptomunterdrückung, Medikalisierung von sozialen Lebensproblemen etc. pp. Schon das gegenwärtige System der Arzneimittelversorgung hat gegen diese Gefahren keine ausreichenden Schranken errichten können. Die Beseitigung der Schranken wird die Lage nicht verbessern. Weder eine „Apothekerhaftpflichtversicherung“, wenn sich der Apotheker bei der „ökonomisch-therapeutischen“ Beratung einmal irrt (S. 33), noch eine „begleitende Sicherheitskontrolle nach Einführung eines Medikaments“ anstelle sorgfältiger Vor-Markt-Kontrolle helfen hier weiter (trotz stärkerer Betonung der Nach-Markt-Kontrolle so auch: 6). Das Fehlen einer (staatlichen!) Meldepflicht der Heilberufe für Arzneimittelbeobachtungen macht schon heute die Erfassung unerwünschter Wirkungen als Voraussetzung der Abwehr von Arzneimittelrisiken nach dem 2. AMG (Stufenplan) weitgehend vom Zufall bzw. ausländischen Informationen abhängig. Die faktische Abschaffung der Rezeptpflicht (S. 31 f.) sowie die Aufhebung der

Apothekenpflichtigkeit (S. 32) würden den Bemühungen um wirksame Arzneimittelbeobachtung den Rest geben.

Befreit von lästigen Zulassungformalitäten, in Form, Inhalt und Umfang der Werbung nur noch dem maximalen Absatz verpflichtet, die Umsatzschränken der Rezeptpflicht und der Apothekenbindung weitgehend niedergelegt, steht dann die Pharmaindustrie ihrem letzten „Marktpartner“ endlich direkt gegenüber: dem einzelnen Patienten.

Diese Konstellation würde es den Arzneimittelherstellern noch mehr als derzeit erlauben, die objektiven und subjektiven Ungewißheiten über die Wirkung von Arzneimitteln zum eigenen geschäftlichen Nutzen zu verwerthen. Die weitgehende Freistellung von der Beweislast macht es den Pharmaherstellern möglich, unter der Maske um Objektivität ringender Naturwissenschaftlichkeit die Angst und auch die Autosuggestionskraft leidender Menschen in Umsatz zu verwandeln. Begrenzt werden diese Bemühungen dann nur noch durch eine Schranke: Es „muß der Arzt bei der Behandlung auch berücksichtigen, welche Therapie dem jeweiligen Patienten *finanziell* zumutbar ist“ (S. 30).

Literatur

- 1 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): *E. Greiser, E. Westermann*, Verordnungen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen 1974 und 1976. Forschungsbericht Gesundheitsforschung 18, Bonn 1979, S. 43
- 2 *Greiser, E.* (Hrsg.): *Bewertender Arzneimittel-Index*, Bd. 2, Hypnotika, Sedativa, Psychopharmaka. Wiesbaden 1983
- 3 Kommission der Europäischen Gemeinschaft (Hrsg.): *R. Jungnickel* (HWWA), *Untersuchung der Konzentrationsentwicklung in der Pharmazeutischen Industrie der Bundesrepublik Deutschland*, o.O., 1980, S. 119 und 125 f.
- 4 *Langbein, K., H.P. Martin, H. Weiß, R. Werner*: *Gesunde Geschäfte – Die Praktiken der Pharma-Industrie*. Köln 1981
- 5 *Möbius, K.*: *Arzneimittelpreise morgen: Extrapolation minus Inflation = Provokation?* In: *H. Schipperges* (Hrsg.), *Müssen Arzneimittel teuer sein?* Heppenheim 1981, S. 69
- 6 *Murswiek, A.*: *Die staatliche Kontrolle von Arzneimittelsicherheit*, Ms., Heidelberg 1982
- 7 *Oberender, P.* in *MMG* 1 (1983) 26. Im wesentlichen inhaltsgleiche Vorschläge des gleichen Autors finden sich in: *Jahrbuch für Sozialwissenschaft*, Bd. 31, H. 2, Göttingen 1980, S. 145 ff. Sowie in: *die pharmazeutische industrie* 45 (1983) 481 f.

- 8 *Rosenbrock, R.*: Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung. In: Soziale Medizin VIII, Argument Sonderband AS 30, Berlin 1979, S. 59 ff.
- 9 *Rosenbrock, R., H.H. Abholz*: Klinische Pharmaforschung und Verbrechen. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 6, Argument-Sonderband AS 53, Berlin 1980, S. 154 f.
- 10 *Rosenbrock, R.*: Im Pharma-Dickicht: Staatliche Aufsicht und private Interessen. In: Demokratisches Gesundheitswesen, H. 6 (1982) 34 ff.
- 11 *Setsewits, S.*: Über eine Aufsichtsbehörde. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 8, Argument-Sonderband AS 86, Berlin 1982, S. 98 ff.
- 12 *Simon, I.*: Das 2. Arzneimittelgesetz. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3, Argument-Sonderband AS 27, Berlin 1978, 217 ff.
- 13 *Voigt, R.*: Verrechtlichung versus Entrechtlichung? In: *R. Voigt* (Hrsg.), Gegentendenzen zur Verrechtlichung. Opladen 1983