

Ärztliches Berufsfeld

Ellis E. Huber

Das Pharma-Netz der deutschen Ärzteschaft¹

1. *Der nicht gelöste Widerspruch im Gesundheitssystem*

Die arzneimittelproduzierende Industrie ist Teil des allgemeinen Wirtschaftsgefüges und dessen Regeln unterworfen. Ein Pharma-Unternehmen muß möglichst viele Arzneimittel produzieren und im Markt absetzen. Das Pharma-Management arbeitet für den hohen Arzneimittelumsatz. Das Pharma-Unternehmen will Gewinne erwirtschaften.

Die ärztliche Versorgung ist Teil der sozialstaatlichen Gesundheitssicherung, die möglichst wirksam und preiswert Krankheiten vermeiden und kranken Menschen helfen will. Der Arzt muß mit möglichst wenig Arzneimitteln den Gesundheitsstatus des einzelnen Patienten und der Bevölkerung stärken. Das »Gesundheits-Management« arbeitet für einen rationalen Arzneimittelgebrauch und möglichst geringe Arzneimittelausgaben.

Zwischen pharmazeutischer Industrie und ärztlicher Dienstleistung besteht ein systemischer Interessenskonflikt, der so gelöst werden muß, daß Ärzte möglichst unabhängig Arzneimittel-Therapie beurteilen und praktizieren können. In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Autonomie der Ärzteschaft nicht sichergestellt. Im bestehenden Gesundheitssystem führt die Verflechtung zwischen pharmazeutischer Industrie und Ärzteschaft zu einer Übermacht der Pharma-Interessen. Die Gesundheits-Interessen können sich demgegenüber zu wenig durchsetzen. Die ärztliche Selbstverwaltung und die Krankenkassen haben sich bisher um dieses Problem nur unzureichend gekümmert und nur vereinzelt Lösungsansätze entwickelt.

2. *Die Übermacht des Pharma-Marketing*

In der Pharma-Industrie hat umsatz- und gewinnorientiertes Marketing zunehmend mehr Bedeutung erhalten. Inzwischen überstimmen bei betriebsinternen Entscheidungsprozessen die marktorientierten Gesichtspunkte die pharmako-therapeutische oder wissenschaftliche

Kompetenz. Die Informations- und Kommunikationspolitik der einzelnen Pharma-Unternehmen besitzt funktionale und hochdifferenzierte Instrumente zur Durchsetzung ihrer Interessen:

- Das Institut für medizinische Statistik (IMS) in Frankfurt analysiert und beurteilt das Verordnungsverhalten der Ärzte und liefert der Pharma-Industrie exklusive Kenntnisse über die Veränderung und die Beeinflussbarkeit der ärztlichen Verordnungsweisen. Das Institut stützt sich u. a. auf repräsentative Rezeptblatt-Durchschriften, die eine Ärzte-Stichprobe gegen Entgelt liefert. Die Unternehmen selbst nutzen diese Transparenz des Arztes zur Optimierung ihrer Marketing-Strategien.
- Der regionale Pharma-Markt (RPM) des IMS beobachtet die Arzneimittelumsätze des Pharma-Großhandels produktspezifisch und flächendeckend in den dezentralen Regionen. Dieser Service-Dienst liefert den pharmazeutischen Unternehmen einen engmaschigen und ebenfalls exklusiven Informationsdienst. Die Unternehmen nutzen die differenzierte Absatz-Transparenz zur Supervision ihrer Pharma-Referenten und zur Wirksamkeitskontrolle ihrer einzelnen Marketing-Maßnahmen².
- Etwa 13.000 bis 16000 Mitarbeiter im Pharma-Außendienst stellen einen direkten und persönlichen Kontakt zwischen dem Pharma-Unternehmen und dem einzelnen Arzt sicher. Auf ca. vier bis sechs verordnungsrelevante Kassenärzte kommt ein »Pharma-Berater«. Diese »Kommunikationspolitik« zur Vermittlung der Unternehmensziele kostet jährlich ca. zwei Milliarden DM³.

Die einzelnen Pharma-Referenten verfügen über unterschiedliche Möglichkeiten im individuellen Kontakt mit dem Arzt:

- Zuwendungsbudgets zwischen 10000 und 20000 DM pro Jahr,
- Ausgabe von Arzneimittel-Mustern oder die Vermittlung von Musterversand-Diensten (der AOK-Bundesverband schätzt den Verkaufswert der Arzneimittel-Muster auf zwei Milliarden DM pro Jahr),
- Angebote für Arzneimittel-Studien oder »Erkenntnisberichte«, für die der Arzt Honorare erhält,
- Erinnerungsgeschenke oder kostenlose »Kongreß-Reisen« zur gezielten Unternehmensbindung des einzelnen Arztes.
- Die meisten Fortbildungsveranstaltungen der ärztlichen Verbände und ein Großteil der medizinischen Kongresse werden über Pharma-Subventionen gefördert oder voll finanziert.

- Die medizinischen Fachzeitschriften werden – bis auf wenige Ausnahmen – durch Anzeigen oder auch bezahlte redaktionelle Beiträge der Pharma-Industrie finanziert und dem einzelnen Arzt kostenlos zur Verfügung gestellt. Dies gilt auch für Freizeit-Magazine, die auf den Arzt als Leser zugeschnitten sind.
- Einen Teil der medizinischen Forschung an Krankenhäusern und Universitäten finanziert die Pharma-Industrie über die sogenannte »Drittmittelforschung« und über direkte Zuwendungen an einzelne Wissenschaftler oder ihre privaten Institute. Die Pharma-Unternehmen bekommen dadurch Einfluß auf die globale Forschungsentwicklung und auf spezielle Forschungsprojekte. Hochschullehrer werden so zu Mediatoren von Unternehmenszielen.
- Mittels Laien-Werbung oder auch produktorientierter Beiträge in den öffentlichen Medien werden Ansprüche oder Bedürfnisse von Patienten im Umgang mit dem Gesundheitswesen gebahnt.
- Natural-Rabatte für Krankenhaus-Apotheken beeinflussen die Verordnungsgewohnheiten und die Therapie-Empfehlungen der Krankenhausärzte.

Das Pharma-Marketing bildet so ein vielfältiges Netz koordinierter und in seiner Wirkung kontrollierter Einflußnahme

- auf die Entwicklung der Medizin,
- auf das Denken und Handeln der Ärzteschaft,
- auf die Strukturen und Abläufe des Gesundheitswesens und
- auf die öffentliche Meinung.

Vergleichbar differenzierte und flächendeckende Instrumente zur Umsetzung eines »Gesundheits-Marketings« besitzen weder die ärztliche Selbstverwaltung noch die Krankenkassen. Gegenüber dem Pharma-Marketing sind die Instrumente von Kassen und Ärzten zur Durchsetzung ihrer spezifischen Interessen unterentwickelt.

3. *Die Ohnmacht der Ärzteschaft*

Die Daten zum Arzneimittel-Umsatz und zur Verordnungsweise von Ärzten (IMS-Statistik und RPM-Analysen) sind nur Pharma-Unternehmen zugänglich. Dieser Wissensvorsprung der Industrie ist gesundheitspolitisch nicht zu begründen. Hier liegt eine wesentliche Ursache für die Ohnmacht der ärztlichen Selbstverwaltung bei der Qualitätssicherung der Arznei-Therapie in der ärztlichen Praxis. Die exklusiven Informationsdienste der Industrie liefern den einzelnen Unternehmen den »gläsernen Arzt«, den lückenlos kontrollierten Pharma-Markt und den erfolgsüberwachten Pharma-Referenten.

Das Ungleichgewicht der Kräfte bei der Arzneimittelversorgung und die unkontrollierten Einflußmöglichkeiten der pharmazeutischen Industrie haben in den USA und in England zu wirksamen Gegenreaktionen der ärztlichen Verbände geführt. Mit dem British National Formulary gibt beispielsweise die British Medical Association gemeinsam mit der Royal Pharmaceutical Society of Great Britain mehrmals im Jahr Therapie-Leitlinien und Positiv-Listen heraus, die den einzelnen Arzt bei der Umsetzung einer rationalen Arzneimittel-Therapie unterstützen. Ein vergleichbar qualifiziertes und wirksames Informationsmedium für die Ärzteschaft existiert in Deutschland nicht.

Erst seit einigen Jahren gibt es den Arzneiverordnungs-Report⁴ des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, der aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare zur Verordnungsweise der Kassenärzte veröffentlicht. Dieser jährliche Arzneiverordnungs-Report dokumentiert Verhältnisse, die einen irrationalen und fehlgeleiteten Arzneimittel-Gebrauch aufzeigen. Einen relativ großen Anteil an den Arzneiverordnungen haben Arzneimittelgruppen, die auf bisher unsicheren oder umstrittenen therapeutischen Konzepten beruhen. Viele dieser Arzneimittelgruppen sind in den USA, Großbritannien oder den skandinavischen Ländern nicht erhältlich. Nutzlose Arzneimittel sind dann gefährlich, wenn noch unerwünschte Wirkungen hinzukommen, die einen vielleicht marginalen therapeutischen Nutzen zum therapeutischen Risiko machen. Im Jahr 1990 hatten die umstrittenen und unwirksamen Arzneimittelgruppen einen Anteil am Verordnungsvolumen des gesamten Arzneimittelmarktes von 33,9 % oder 6,0 Milliarden DM.

Auch verschiedene Untersuchungen weisen nach, daß der irrationale Arzneimittleinsatz im deutschen Gesundheitswesen ernstzunehmende Nebenwirkungen besitzt. Eine vom Bundesgesundheitsministerium geförderte empirische Studie des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover zieht folgende Schlußfolgerung: »Wenn heute im Durchschnitt rund 7 % aller Patienten von Allgemeinärzten und Internisten Medikamente mit Abhängigkeitspotential über so lange Zeiträume erhalten, daß eine Abhängigkeitsentwicklung oder bereits eine manifeste Abhängigkeit wahrscheinlich ist, ist es gerechtfertigt, von einer epidemischen Verbreitung des Problems zu sprechen. Rechnet man die Ergebnisse der Studie auf Bundesebene (alte Länder) hoch, ergibt sich in Bezug auf Medikamentenabhängigkeit ein Gefährdungspotential von 1 bis 1,2 Millionen Patienten.«⁵ Diese Zahl stimmt

weitgehend überein mit den Ergebnissen einer Analyse von Versicherten-Daten der AOK Dortmund. Diese Studie beschreibt als Kriterium für die Abhängigkeit eine Verordnung von suchtpotenten Arzneimitteln mit mehr als einer Tagesdosis über einen Zeitraum von mindestens drei Quartalen. Danach müssen in den alten Bundesländern etwa 1,1 Millionen Menschen als medikamentenabhängig eingestuft werden⁶.

Die Dortmunder Analysen zeigen auch, daß Allgemeinmediziner und Internisten im Durchschnitt zwischen 570 und 580 verschiedene Fertig-Arzneimittel aus insgesamt 58 unterschiedlichen Indikationsgruppen pro Quartal verordnen. Ein Großteil der Präparate auf dieser arzt-spezifischen »Positiv-Liste« wird pro Quartal ausgewechselt. Der einzelne Arzt besitzt kaum Möglichkeiten, ausreichende und nachvollziehbare Erkenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen seiner Arzneimittel-Therapie zu sammeln. Er ist den Marketing-Strategien der einzelnen Pharma-Unternehmen in einem nicht zumutbaren Maße ausgeliefert.

Seit Jahren schätzt der Sachverständigenrat zur Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen das Vergeudungsvolumen durch irrationale Arzneitherapie auf 20 bis 25 % des Marktvolumens.

Trotz der ansatzweisen Transparenz zum Arzneimittel-Konsum, zur Arzneimittel-Verordnung und zur irrationalen Arzneimittel-Therapie durch den Arzneiverordnungs-Report und auch durch fundierte sozial-epidemiologische Erkenntnisse gibt es bisher keine Versuche zu wirksamer Problembewältigung.

Die seit Jahren bekannten Tatsachen wurden durch die ärztliche Selbstverwaltung verdrängt. Die Krankenkassen zeigten ebenso wenig Problembewußtsein.

Berufspolitische Aktionen einzelner Ärzteverbände sind von der pharmazeutischen Industrie finanziert. Man findet nichts dabei. Die Sprecherin des Hartmannbundes sieht in der Unterstützung der Kampagnen gegen die Gesundheitsreform durch das Monheimer Pharma-Unternehmen Schwarz kein Problem. Der Landesvorstand des Hartmannbundes in Baden-Württemberg bewertet die Pharma-Unterstützung seiner Aktivitäten positiv. Man säße mit der Pharma-Industrie in einem Boot.

Die Fakten beweisen, daß sich im Ergebnis das Pharma-Marketing gegen das »Gesundheits-Marketing« durchsetzt. Der Interessenskonflikt zwischen pharmazeutischer Industrie und preiswerter Gesundheitshilfe wird zugunsten von Umsatzzielen der pharmazeutischen Unternehmen entschieden.

Der einzelne Arzt ist demgegenüber ohnmächtig, die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften versagen seit Jahren vor dem Problem und zeigen nicht einmal Problembewußtsein. Die selbstkritischen und reformbereiten Kräfte innerhalb der Ärzteschaft werden bisher durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen nicht genügend gefördert.

4. Kosten und Methodik des Pharma-Netzes

Nach Angaben des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie entfallen nur 48,1 % des Abgabepreises von Arzneimitteln auf die Herstellungskosten. Wissenschaftliche Information belastet mit 12,9 %, der Vertrieb mit 8,8 %, die Verwaltung mit 8,0 %, die Werbung mit 4,3 % und sonstige Aufwendungen mit 5,9 % die Abgabepreise. Für Forschung und Entwicklung, die teilweise auch Marketing-Strategien unterstützen, werden 16,3 % berechnet⁷.

Das Pharma-Marketing hat für die Umsetzung seiner Informations- und Kommunikationspolitik gegenüber der Ärzteschaft und den medizinischen Einrichtungen 25 bis 30 % des Pharma-Umsatzes zur Verfügung. Einschließlich des in den neuen Bundesländern erzielten Produktionsvolumens in Höhe von ca. 1,7 Milliarden DM belief sich die Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1991 auf 30,9 Milliarden DM, schreibt der Pharma-Jahresbericht 1991/1992. Die Exporte sind in dieser Summe enthalten. Im westdeutschen Apothekenmarkt wurden pharmazeutischen Erzeugnisse im Wert von 18,1 Milliarden DM umgesetzt. Dies bedeutet also, daß für Pharma-Marketingmaßnahmen etwa 4,5 bis 5,4 Milliarden DM eingesetzt wurden. In Ostdeutschland erreichte der Apothekenmarkt der Hersteller von Arzneien einen Umsatz von 3,3 Milliarden DM

Zentrale Bedeutung kommt dabei dem Pharma-Außendienst mit den 12779 (Angaben des BPI) bis 16000 (Schätzungen des AOK-Bundesverbandes) Ärzteberatern zu. Empirische Untersuchungen belegen, daß die Ärzteberater der Hersteller-Firmen für viele Ärzte die vorrangige Informationsquelle über Arzneimittel darstellen. Ein weiteres absatz-strategisches Instrument stellen die Arzneimittel-Muster dar.

Etwa 1 Milliarden DM setzt die pharmazeutische Industrie jährlich für die »Erinnerungswerbung« durch Anzeigen ein. Die Anzeigen-Werbung verteilt sich dabei etwa zur Hälfte auf die Werbung für Laien und zur anderen Hälfte auf die Werbung für Fachkreise in den ärztlichen Fach- und Standeszeitschriften.

Der einzelne Pharma-Referent vor Ort unterliegt einer differenzierten Erfolgskontrolle. Die Daten des regionalen Pharma-Marktes dienen zur Überprüfung der Wirksamkeit einzelner Berater und zur Festlegung von Erfolgsprämien oder verminderter Vergütung. Der Pharma-Referent wird in der Regel nach Erfolg bezahlt. Er bekommt ein Grundgehalt und dazu Prämien entsprechend den in seiner Region getätigten Umsätze.

In der laufenden Beratungspraxis werden die Umsätze von jeweils ein bis drei Präparaten für den einzelnen Pharma-Referenten über den RPM kontrolliert. In der Regel umfaßt dieser »RPM-Korb« des Pharma-Referenten ein neu einzuführendes Präparat und einzelne umsatzstarke Firmen-Produkte. Der regionale Umsatz wird dann mit dem Marktanteil des entsprechenden Präparates in ganz Deutschland verglichen. »RPM-100« bedeutet, daß der Pharma-Referent in seiner Region genau den bundesweiten Schnitt erreicht. »RPM-150« löst Erfolgsprämien aus, »RPM-80« beantworten die Außendienstleiter mit individuellem Druck. Dieser kann für den Pharma-Referenten durchaus existentielle Ausmaße erreichen. Einzelne pharmazeutischer Unternehmen fallen im Markt durch besonders intensive Marketing-Strategien auf. Dies sind beispielsweise die Firmen Astra Chemicals, Mack Illert oder MSD Sharp & Dohme GmbH. Die Firmen Grünenthal GmbH oder Boehringer Mannheim halten sich ausgesprochen zurück. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Firmen sind im Bereich des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie wohl bekannt.

Aggressive Marketing-Strategien und eine engmaschige Leistungskontrolle der regionalen Arzneimittelberater mit unmittelbarer Auswirkung auf die individuellen Einkünfte führt zwangsläufig zu Entgleisungen und bilateralen Geschäften zwischen dem einzelnen Arzt und dem einzelnen Referenten. Fragwürdige Praktiken sind seit Jahren bekannt und vielfach publiziert worden. Die Vermittlung unwahrer Informationen über einzelne Arzneipräparate gehört ebenso zum Spektrum der Vorkommnisse wie indirekte oder direkte Provisionen.

5. *Provisionstechniken im Pharma-Netz*

Der Konkurrenzdruck um Marktanteile zwischen den einzelnen Pharma-Firmen wird voll an die Außendienst-Mitarbeiter weitergegeben. Im Rahmen differenzierter Marketing-Strategien stimmen die Unternehmen Informations-Materialien, die Ausgabe von Arznei-

Mustern, Kongreß- und Fortbildungsveranstaltungen, sogenannte »Feld-Studien« oder »Erkenntnisberichte« und die Werbung in den Medien aufeinander ab. Die Zielgruppen für den Pharma-Außendienst umfassen ca. die Hälfte der niedergelassenen Ärzteschaft. Relevant sind insbesondere die praktischen Ärzte, Allgemeinmediziner und Internisten, die überproportionale Verordnungsumsätze machen. Die individuelle Kontakt-Ebene zwischen Arzt und Pharma-Referenten ist das wirksamste Beeinflussungsmedium und nimmt bei allen Marketing-Maßnahmen eine zentrale Stelle ein.

Unter diesen Bedingungen ist eine Qualitätssicherung der Arzneimittel-Information für die ärztliche Selbstverwaltung nicht möglich. Auswüchse und direkte oder indirekte Provisionen ließen sich nur durch versteckte Ermittlungen und Überprüfungen verhindern. Folgende Einwirkungstechniken des Pharma-Marketings sind bekannt und können im Rahmen der Berufsaufsicht der ärztlichen Selbstverwaltung nicht wirksam bekämpft werden:

- Anerkannte Wissenschaftler und bekannte Fortbilder innerhalb der Ärzteschaft erhalten für ihre Vorträge relativ hohe Vergütungen. Im Einzelfalle kommt es vor, daß Wissenschaftler in Fach-Veröffentlichungen und bei Vorträgen unterschiedliche Positionen vertreten. Das Mediatoren-System unterstützt die pharmazeutische Industrie durch die »Drittmittel-Finanzierung« von Forschungsvorhaben. Verhaltens-Analysen zeigen auch, daß Ärzte besonders gut über Mediatoren mit wissenschaftlicher Reputation und durch das Vorbild von Kolleginnen und Kollegen erreicht werden können.
- Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse dienen der Informationsvermittlung im Interesse des Pharma-Marketings. Den interkollegialen Erfahrungsaustausch unterstützen gesellige Anteile und die Finanzierung von Essen. Wichtige Multiplikatoren erhalten kostenlose und luxuriöse Kongreßreisen geschenkt. Die Mehrheit der Delegierten auf dem Deutschen Ärztetag ist nach wie vor davon überzeugt, daß ärztliche Fortbildung ohne Subvention durch die Pharma-Industrie nicht durchgeführt werden könne. – Pharma-Referenten, die Fortbildungsveranstaltungen im direkten Kontakt mit Ärzte-Vertretern sponsern oder Kongreßreisen vermitteln, verknüpfen dies auch mit spezifischen Verordnungserwartungen, wenn die RPM-Kontrolle droht.
- Sogenannte »geldwerte Zuwendungen« oder auch hochwertige Geschenke dienen zur Bindungsstabilisierung zwischen Pharma-Referenten und Arzt. Im Verbund mit dem RPM-Druck können

solche Zuwendungen mit unternehmensdienlicher Verordnungsweise verknüpft werden. Die Firma Hoechst verteilte beispielsweise Karten zum Eintritt für Spiele im Fußball-Europapokal, eine andere Firma finanziert Auto-Schleuderkurse beim ADAC.

- Mit Arzneimittel-Mustern sind sogenannte »Kompensations-Zuwendungen« möglich. Der Pharma-Referent vor Ort gibt Arzneimittel-Muster der Präparate ab, die nicht im »RPM-Korb« sind und verbindet dies mit Verordnungserwartungen für die Präparate, die der Umsatzkontrolle unterliegen. Bei Röntgenkontrast-Mitteln oder vergleichbaren diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln ermöglichen Natural-Rabatte gleichfalls Kompensationsgeschäfte. Vom Lieferanten nicht berechnete Produkte können beispielsweise bei Privatpatienten kostenwirksam eingesetzt werden.
- Sogenannte »Feld-Studien« oder »Erkenntnisberichte« über Erfahrungen mit einzelnen Arzneimitteln ermöglichen direkte, arzt-spezifische Zuwendungen. Seit Jahren ist bekannt, daß solche Studien vornehmlich zur Unterstützung von Marketing-Interessen dienen und eingesetzt werden. – Ein Pharma-Referent erhält beispielsweise 100 Erkenntnisberichte im Wert von 40 bis 50 DM zur Verteilung. Er entscheidet nun, wie diese Honorar-Möglichkeit unter seinen besuchten Ärzten gestreut wird. Wissenschaftlich völlig wertlose »Erkenntnisberichte« erlauben auch direkte Provisionsgeschäfte, da der Pharma-Referent über informelle Apotheken-Kontakte oder die Ergebnisse des regionalen Pharma-Marktes Verordnungsweisen abschätzen kann.
- Direkte Provisionen durch den Nachweis von fotokopierten Rezepten oder das Sammeln von Packungsglaschen bei Arzneimitteln, die in der Praxis gespritzt werden, sind möglich und liegen in der Logik des Systems. Sie unterscheiden sich in der Methodik nicht von Provision über Studien-Honorare, teure Geschenke oder bezahlte »Kongreß-Reisen«.

Über die unterschiedlichen Techniken und Möglichkeiten direkter und indirekter Provisionszahlungen wird im Kreise von Pharma-Referenten relativ offen gesprochen. »Wenn der Vertreter 15 Flugreisen pro Quartal zu vergeben hat, prüft er nach, wo das Geld nicht rausgeschmissen ist.«⁸

Über die Praktiken im Einzelfalle gibt es hinreichend Zeugen und Beweise. Der Paragraph 24 der ärztlichen Berufsordnung legt fest: »Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine

Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.« Diese Regelung der Berufsordnung läßt sich in der Praxis nicht mehr durchsetzen, da die Kontakt-Ebene zwischen einzelnen Pharma-Referenten und einem Arzt keiner zuverlässigen Kontrolle unterliegen kann. Berufsordnungs-Verfahren gegen einzelne Ärzte lösen nicht die Problematik des umfassenden Beeinflussungssystems, bei dem die Grenze zwischen indirekter und direkter Vergütung für bestimmte Verhaltensweisen fließend sind. Die Aufdeckung und Ahndung im Einzelfalle läuft Gefahr, Alibi-Funktion zu erhalten für die Vermeidung einer grundsätzlichen Problemlösung, die den systemimmanenten Interessensgegensatz zwischen Pharma-Produzenten und Gesundheitsversorgung überwindet.

6. Vorschläge zur Neuordnung der Arzneimittel-Information

Der systemimmanente Widerspruch zwischen den Interessen der pharmazeutischen Industrie und den Aufgaben der ärztlichen Versorgung läßt sich letztlich nur durch eine strikte Gewalten-Teilung und eine neugeordnete Informations- und Kommunikationspolitik zur Arzneimittel-Therapie lösen. Eine solche Neuordnung im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform für das Gesundheitswesen in Deutschland sollte die Durchsetzung eines rationalen Arzneimittelkonsums und einer qualitativ verlässlichen Verordnungsweise durch folgende Regelungen ermöglichen:

- Die Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung verpflichten sich, Pharma-Zuwendungen für berufspolitische Aktionen, Fortbildungsveranstaltungen und medizinische Fachkongresse nicht mehr anzunehmen. Die Entgegennahme von Geschenken und Zuwendungen an den einzelnen Arzt wird durch die Berufsordnung geächtet und verhindert.
- Der Gesetzgeber kürzt per Gesetz die aktuellen Arzneimittel-Preise um 20 %.
- Die ärztliche Selbstverwaltung und die Krankenkassen erhalten das Recht und die Verpflichtung, mit der Hälfte der dadurch eingesparten Kosten im Gesundheitswesen unabhängige Fortbildungsmaßnahmen, Fachkongresse und eine eigenständige Informationspolitik umzusetzen.
- Die bisherigen Beschäftigten des Pharma-Außendienstes werden in einem geregelten Verfahren von den Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung übernommen und zu allgemeinen Praxis-

beratern und Fachkräften im unabhängigen Kommunikationsdienst der ärztlichen Selbstverwaltung qualifiziert.

- Die Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren die Errichtung eines unabhängigen Arzneimittel-Instituts,
 - das auf nationaler Ebene eine Positiv-Liste im Umfang von 2000 bis 4000 Arzneimitteln erstellt, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind und
 - das mit Untergliederungen auf regionaler Ebene regionale Positiv-Listen im Umfang von 400 bis 600 Präparaten veröffentlicht, die eine freiwillige Beratungshilfe für die verordnenden Ärzte darstellen.

Das unabhängige Arzneimittel-Institut gibt drei- bis viermal im Jahr aktualisierte Therapie-Richtlinien und positive Therapie-Empfehlungen aus, die jeder Arzt kostenlos zur Verfügung und Nutzung erhält. Die fachlichen und technischen Voraussetzungen für die schnelle Einführung der nationalen und regionalen Positiv-Listen und für eine kontinuierliche Therapie-Beratung der praktizierenden Ärzte im Krankenhaus und in der kassenärztlichen Praxis sind in Deutschland vorhanden. Die Datenbasis des »Arznei-Telegramms«, und des unabhängigen Instituts für Arzneimittelinformation in Berlin könnte entsprechende Listen kurzfristig liefern.

Die überwiegende Mehrzahl der in Deutschland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wünscht sich eine unabhängige und verlässliche Beratung zur Durchsetzung einer rationalen Arznei-Therapie und eine entsprechende kritischer Aufklärung der Öffentlichkeit durch die ärztliche Selbstverwaltung. Die Defizite und Mängel des heutigen Systems sind allgemein bekannt und vielfach öffentlich kritisiert worden. Im Gegensatz zu den berufspolitischen Funktionärskreisen ist das Problembewußtsein in der allgemeinen Ärzteschaft vorhanden und die Bereitschaft zu grundlegenden Reformen hat sich durchgesetzt. Die unmittelbaren Erfahrungen mit den Marketing-Strategien der pharmazeutischen Industrie haben für die ärztliche Basis Abhängigkeiten aufgezeigt, die für die Erfüllung der ärztlichen Aufgabe hinderlich sind.

7. *Handeln statt schlucken!*

Mit dem Slogan »Handeln statt schlucken!« überschreibt die Ärztekammer Berlin einen Projekt-Vorschlag zur Umsetzung eines rationalen Arzneimittelkonsums für Berlin. Ziel dieses gesundheits-

politischen Handlungskonzeptes ist es, den Arzneimittelverbrauch in Berlin um 20 bis 30 % zu senken.

Der verordnende Arzt, der gläubige Patient und neue Handlungsfähigkeit für beide sind Ziel dieses Konzeptes, das keine Kritik an der pharmazeutischen Industrie, sondern eine Emanzipation von Arzt und Patient in ihrer personalen Begegnung anstrebt. Die Ärztekammer Berlin hat das selbstbewußte Management eines Aufklärungs-, Bildungs- und Umorientierungskonzeptes vorgeschlagen, das öffentliche Kampagnen mit Postwurfsendungen, Plakat-Werbung, Telefon-Aktionen und andere Techniken ebenso vorsieht wie verordnungsfähige Kursprogramme der Volkshochschulen und Bildungsstätten zur Durchsetzung einer wirksamen Alternative zur Pharmako-Therapie.

Bereits in den Kindergärten und Schulen soll ein Fach »Gesundheitsbildung« vermitteln, daß alltägliche Kopfschmerzen nicht mit Schmerzmitteln und alltägliches Bauchgrimmen nicht mit Tabletten bewältigt werden müssen. Die Verordner-Autonomie des Arztes läßt sich erreichen, wenn über neue gesetzliche Rahmenbedingungen die Ärzteschaft Arzneimittel-Informationen und Verordnungsberatung als unabhängigen Service-Dienst organisieren kann. Heutige Pharma-Referenten, die zu unabhängigen »Gesundheitsberatern« weiterqualifiziert werden, informieren in der kassenärztlichen Praxis künftig nicht nur über Arzneimittel, sondern auch über soziale Dienste, Selbsthilfegruppen und Seminar-Angebote der Erwachsenenbildung. Die »Berliner Arzneimittel-Liste« als freiwillige »Positiv-Liste« soll 500 Arzneimittel umfassen. Die Liste wird jährlich verändert und kann neue Medikamente aufnehmen oder weniger wichtige absetzen, wenn bessere therapeutische Konzepte oder pharmakologische Möglichkeiten vorhanden sind. Eine solche freiwillige Positiv-Liste festigt die Verordnungssouveränität und ermöglicht gezielte Patienten-Information. Statt der »Bitteren Pillen« stünde dann ein kostenlos verteiltes Buch der »Berliner Pillen« in den Bücherregalen der Haushalte. Eine solche Positiv-Liste ist gleichzeitig ein Instrument für den einzelnen Arzt und die Ärzteschaft insgesamt, wieder selbst Herr über die vorhandenen Angebote und wieder selbst Inhaber der Definitionsmacht über sinnvolle und weniger sinnvolle Arzneien zu werden.

Etwa 1,3 Milliarden DM für Arzneien aus Apotheken wenden die Krankenkassen in Berlin jährlich auf. Das angestrebte Einspar-Volumen von 260 bis 390 Millionen DM läßt sich selbstverständlich nicht kostenlos erhalten. Der Projekt-Vorschlag sieht Umsetzungskosten

von 12 Millionen DM für Fachpersonal und 3 Millionen DM für Sachmittelkosten vor. Die Übernahme der in Berlin tätigen Pharma-Referenten und ihre Umqualifizierung zu Gesundheitsberatern würde Kosten in der Größenordnung von 50 bis 80 Millionen DM im Jahr verursachen. Diesen Kosten stünden Einspar-Potentiale in der dreifachen Größenordnung im Bereich der Pharmako-Therapie gegenüber. Die Ärztekammer Berlin hat den Krankenkassen von Berlin die Zusammenarbeit bei der Umsetzung eines rationalen Arzneimittel-Konsums angeboten. Bisher zeigten die Krankenkassen von Berlin nicht den gesundheitspolitischen Mut künftig statt in den Arzneimittel-Konsum, in den besseren Arzt, den mündigen Patienten oder den autonomen Bürger zu investieren. Der laufende Diskurs zur Reform des Gesundheitswesens in Deutschland eröffnet nun die Chance, eine grundlegende Neuordnung der Verhältnisse im Bereich der Arzneimittel-Therapie um- und durchzusetzen. Es besteht die Hoffnung, daß die gesundheitspolitische Handlungsbereitschaft zunimmt und der Gesetzgeber neue und sinnvollere Rahmenbedingungen verankert.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ellis E. Huber

Präsident der Ärztekammer Berlin

Flottenstraße 28-42

1000 Berlin 51

Anmerkungen

- 1 Anmerkung der Redaktion: Die vorliegende Arbeit ist (ohne die Literaturangaben und Fußnoten) als Stellungnahme des Vorstands der Ärztekammer Berlin am 16. September 1992 auf einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Sie wurde vom Autor, dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, für diese Publikation um die weiterführenden Hinweise ergänzt.
- 2 Paffrath, Dieter: »Die Datenquellen der pharmazeutischen Industrie«, Die Ortskrankenkasse 15 bis 16, 1984 S.582. – Selbstdarstellung des »Institut für Medizinische Statistik« (IMS GmbH) Hahnstr.30/32, Postf.710454, 6000 Frankfurt 71.
- 3 AOK-Bundesverband: »Dokumentation Pharma-Marketing«, Bonn 1984.
- 4 Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): »Arzneiverordnungs-Report '92, Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare«, G. Fischer Verlag, Stuttgart, Jena 1992.
- 5 Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Hannover: »Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential«, IES-Bericht 205.91, Hannover, 1991. – Melchinger, Heiner u. a.: »Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential«, Band 13, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1992. – Melchinger, H.: Wege in die iatrogene Abhängigkeit. psychomed 4, 1992, S.116-122.

- 6 Ferber, Lieselotte von u. a.: »Das Abhängigkeitspotential von Psychopharmaka in der ambulanten Versorgung«, in Suchtgefahren 35, S.377 bis 383. – Friebe, H. u. a.: »Arzneimitteltransparenz und -Beratung in Dortmund«, Pharmazeutische Zeitung, Jg. 132, S.14 – 23, 187.
- 7 Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (Hrsg.): Pharma-Daten 92, Gutenberg-Verlag, 1992.
- 8 Hofmann, Till; Larson, Ingrid: »Die Bonbons« für Ärzte vom Rekorder bis zur Reise«, Illertisser Zeitung vom 3.9.1992.

Weiterführende Literatur

- American College of Physicians: Physicians and the pharmaceutical industry. Annals of Internal Medicine 112:624-626; 1990
- Bricker, E.M.: Industrial marketing and medical ethics. New England Journal of Medicine 320:1690-1692; 1989
- Chren, M.M., C.S. Landefeld, T.H. Murray: Doctors, drug companies, and gifts. Journal of the American Medical Association 262:3448-3451; 1989
- Hirschmann, H.G.: Kommunikation mit dem Kassenarzt. Die Pharmazeutische Industrie 52:183-186; 1990
- Kessler, D.A.: Drug promotion and scientific exchange. New England Journal of Medicine 325:201-203; 1991
- Moser, M., M.D. Blaufox, E. Freis et al.: Who really determines your patient's prescriptions? Journal of the American Medical Association 265:498-500; 1991
- Randall, T.: Ethics of receiving gifts considered. Journal of the American Medical Association 265:442-443; 1991
- Royal College of Physicians: The Relationship between Physicians and the Pharmaceutical Industry. Journal of the Royal College of Physicians of London 20:235-242; 1986
- Smith, R.: Doctors and the drug industry: too close for comfort. British Medical Journal 293:905-906; 1986
- Waud, D.R.: Pharmaceutical promotions – a free lunch? New England Journal of Medicine 327: 351-353; 1992
- Wein, P.J., R.P. Hoffmann: What really sells a drug today? Hospital Pharmacy 23: 478-479; 1988