

Transformation des Wirtschafts-Guts Arzneimittel: Zur Entstehung eines liberalisierten Arzneimittelmarktes in Deutschland

– Entwurf zum Vortrag der Sektionssitzung der Sektion Wirtschaftssoziologie, Jena 2008 –

Anna Henkel, Universität Witten/Herdecke
anna.a.henkel@web.de; www.anna-henkel.com

| | | |
|----|--|----|
| 1. | <i>Zusammenfassung</i> | 1 |
| 2. | <i>Einleitung: Von der Ware besonderer Art zum Wirtschaftsgut</i> | 2 |
| 3. | <i>Beobachtungsperspektive: Pharmakon und pharmazeutische Kommunikation</i> | 3 |
| 4. | <i>Historisch: Funktionalität eines reglementierten Arzneimittelbereichs</i> | 5 |
| 5. | <i>Paradigmenwechsel: Pharmakon als Wirkstoff und Fertigarzneimittel</i> | 8 |
| 6. | <i>Konsequenz: Liberalisierung</i> | 11 |
| 7. | <i>Rückwirkungen: Komplexitätssteigerung und Komplexitätsreduktion</i> | 13 |
| | a) Komplexitätssteigerung | 13 |
| | b) „richtige“ und „Konsum-“ Arzneimittel | 14 |
| | c) Selbstmedikation | 16 |
| 8. | <i>Resümee: Unsicherheit und Eigenverantwortung</i> | 17 |
| 9. | <i>Literatur</i> | 19 |

1. Zusammenfassung

Die Unsicherheiten des Arzneimittelsektors – also Risiken der Arzneimittel selbst und Risiken der Arzneimittelversorgung – wurden über Jahrhunderte mittels starker Reglementierungen bewältigt. Arzneimittelpreise sind seit dem 12. Jahrhundert in Arzneytaxen staatlich festgelegt, hinzu kommen die Privilegien der Apotheker. Doch seit Ende der 1970er Jahre ist der Wandel dieses reglementierten Sektors in Richtung eines liberalisierten Marktes beobachtbar. Ein immer größerer Teil der als Arzneimittel zugelassenen Güter wird für die Marktpreisbildung freigegeben, und die traditionellen Privilegien fallen sukzessive. Diese Transformation wird hier diskutiert. Dabei steht im Mittelpunkt, auf welchen Bedingungen sie beruht. Diesbezüglich wird die Hypothese entwickelt, daß vor allem ein Wandel in der Zurechnung von Gegenständen als Arzneimittel sowie damit einhergehend ein Wandel in den Risiken und Möglichkeiten von Arzneimitteln ausschlaggebend ist für die Entstehung eines liberalisierten Arzneimittelmarktes: Durch Loslösung von den Rollen des Arztes und Apothekers und die Sicherung der Identität und Qualität durch die nun als Wirkstoffe verstandenen Arzneimittel selbst wird ermöglicht, diese immer stärker als normale Wirtschaftsgüter zu behandeln. Damit und mit der Liberalisierung selbst gehen jedoch wiederum Konsequenzen für die soziale Konstruktion von Arzneimitteln einher. Die wechselseitige Abhängigkeit zwischen den gesellschaftlichen Zuschreibungen bezüglich bestimmter Güter, der Gestaltung von Institutionen und dem Wandel von Marktsektoren wird so anhand des Arzneimittelverkehrs erörtert.¹

¹ Die Darstellungen und Thesen dieses Vortrags stammen aus meinem Dissertationsprojekt „Strukturwandel pharmazeutischer Kommunikation“, das Mitte nächsten Jahres abgeschlossen sein wird. Die Arbeit ist betreut von Prof. Dirk Baecker und wird vom Evangelischen Studienwerk Villigst gefördert. Die historischen Aspekte basieren vor allem auf pharmaziehistorischer Sekundärliteratur. Die aktuelle Entwicklung wird aufgrund einer Dokumentenanalyse der Pharmazeutischen Zeitung in den Jahrgängen von 1975 bis 2008 sowie ergänzenden Experteninterviews untersucht. Die Analyse dieses Datenmaterials erfolgt aufgrund qualitativer Methoden und orientiert sich maßgeblich an dem Typenbildungsverfahren nach Kelle/Kluge (1999).

2. Einleitung: Von der Ware besonderer Art zum Wirtschaftsgut

Traditionell haben Arzneimittel keinen Preis. So wie die Hilfe des Arztes unbezahlbar ist und er deshalb keinen „Lohn“, sondern ein „Honorar“, ein „Ehregeschenk“, bekommt, so sind auch die Entgelte für die in der Apotheke erhältlichen „Mittel des Arztes“ keine Marktpreise. Seit dem frühen Mittelalter, also seit es in Europa überhaupt eine rationale Medizin außerhalb der Klöster gibt, sind Arzneimittelpreise statt dessen in staatlich legitimierten Arzntaxen festgelegt.² Der Begriff der „Taxe“ bezeichnete dabei ursprünglich eine Gebühr für die Inanspruchnahme eines Priesters für bestimmte sakrale Amtshandlungen.³ Die in dieser Art der Preisgebung für Arzneimittel verdeutlichte Einschätzung, daß Arzneimittel sich von anderen Produkten kategorial unterscheiden, dauert bis Mitte des 20. Jahrhunderts an: Noch 1958 sieht das Bundesverfassungsgericht Arzneimittel als Waren besonderer Art.⁴

Doch spätestens seit Anfang der 80er Jahre mehren sich die Stimmen, die „mehr Wettbewerb“ im Arzneimittelbereich anstelle des „staatlichen Dirigismus“ fordern.⁵ Vertreter der Krankenkassen, der Gesundheitspolitik und der neu sich etablierenden Gesundheitsökonomie versprechen sich von einer „Liberalisierung“, einer „Öffnung“ des Arzneimittelsektors hin zu freiem Wettbewerb, daß die Preise der Arzneimittel infolge von Effizienzsteigerung und geringeren Gewinnmargen auf Seiten der Hersteller, Großhändler und Apotheker sinken. Sowohl die Krankenkassen, als auch die Patienten sollen durch geringere Kosten davon profitieren.⁶ Diese Bestrebungen führen dazu, daß nach apothekenüblichen Waren, freiverkäuflichen Arzneimitteln und Medizinprodukten seit 2004 auch die apothekenpflichtigen Arzneimittel aus der Festpreisbindung ebenso wie aus der Erstattungspflicht durch die Krankenkassen entlassen sind.⁷ Der Patient wird zum Kunden: Er zahlt für all diese Güter selbst, deren Preis sich frei bilden kann. Für rezeptpflichtige Arzneimittel bleibt der Patient zwar primär Patient, insofern er auf Verordnung des Arztes handelt und in Form der Selbstbeteiligung einen weitgehend

² Schmitz 1998, S. 568ff; Schmitz 2005, S. 858ff; Adlung 1931.

³ Schmitz 1998, S. 564.

⁴ Was es allerdings nicht daran hindert, die Niederlassungsbeschränkung für Apotheker de facto aufzuheben, Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Juni 1958 BVerfGE 7, 377 (vgl. Wüllrich 1987, S. 1).

⁵ PZ 36, 1983/3, S. 1983.

⁶ Diese Argumente werden schubweise immer wieder neu in die Diskussion gebracht, wenn die Ausgaben der Krankenkassen insgesamt und für Arzneimittel insbesondere gestiegen sind und die Krankenkassen so in Finanzierungsschwierigkeiten geraten. Entsprechend setzen alle großen Gesundheitsreformen immer auch stark auf die Reduzierung dieser Arzneimittel-Ausgaben, so vor allem 1993/1994 sowie 2003/2004. Die Gesundheitsökonomie beschäftigt sich seit den 80er Jahren mit der Liberalisierung des Arzneimittelverkehrs (PZ 33, 1986, S. 1909). Seit den 90er Jahren empfiehlt auch der Sachverständigenrat (die „fünf Weisen“) einen verstärkten „Wettbewerbsdruck auf die Leistungsanbieter“ (PZ 48, 1992, S. 15, sowie auch PZ 48, 2002, Politik).

⁷ PZ 43, 2003, Politik; Ausgangspunkt des Problems ist, daß im Gegensatz zu den Eigenherstellungen des Apothekers die Herstellerpreise für Fertigarzneimittel von Anfang an nicht festgelegt sind, sondern nur der Zuschlag geregelt wird, den der Apotheker bzw. der Großhandel darauf nehmen darf (Schmitz 2005, S. 956).

fixen Betrag (zu-)zahlt. Doch auch hier greifen die Aushandlungs- und Preisbildungsmechanismen des Marktes zunehmend hinter den Kulissen durch Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern, durch aut-idem und durch die Beurteilungen des IQWiG.⁸

Diese Entwicklung scheint überfällig. Aus Sicht der Verfechter eines liberalisierten Arzneimittelmarktes sind die alten Strukturbedenken des Arzneimittelsektors von der Arzneimittel-Preisbindung über eingeschränkte Werbemöglichkeiten bis hin zur Apotheke als Vertriebsmonopol von Arzneimitteln ein „staatlicher Dirigismus“, der die positive Ordnungsmacht der unsichtbaren Hand des freien Marktes unnötig behindert. Unverständlich, wie sich diese kostentreibenden, ineffizienten Behinderungen so lange haben halten können – und dysfunktional, daß sie sich aufgrund berufsständischer Partikularinteressen noch immer nicht ganz haben beseitigen lassen.

Die hier vertretene These ist, daß diese ökonomische Sichtweise zwar bezogen auf die heutige Situation im ersten Schritt zutrifft, aber 1/ die Beschränkungen des Arzneimittelsektors bis vor kurzem funktional grundlegend für den Umgang mit Pharmaka überhaupt waren und ein Arzneimittelmarkt erst mit dem Übergang zum Pharmakon als Wirkstoff und Fertigarzneimittel überhaupt möglich wird; und 2/ daß mit dieser grundsätzlichen Verschiebung nicht nur die Liberalisierbarkeit des Arzneimittelsektors einhergeht, sondern auch eine Komplexitätssteigerung der Pharmaka, eine Veränderung der Wahrnehmung von Arzneimitteln und die Entstehung neuer Unsicherheiten, die durch Liberalisierung eher verstärkt als reduziert werden.

3. Beobachtungsperspektive: Pharmakon und pharmazeutische Kommunikation

Wenn es um die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes geht, ist zunächst zu klären, was überhaupt unter „Arzneimitteln“ verstanden wird. Dabei ist es wenig hilfreich, die Gegenstände zu betrachten, die allgemein als solche bezeichnet werden – der historische und kulturelle Vergleich lassen vermuten, daß alles und nichts, vom Taubendreck bis zum Heilgebet, irgendwo irgendwann als Arzneimittel angesehen wurde.⁹ Was aufgrund welcher Kriterien konkret als Arzneimittel zugerechnet und wie dies bezeichnet wird, ist ganz offensichtlich

⁸ Aut-idem bedeutet, daß der Arzt nur den Wirkstoff verschreibt und der Apotheker dann eines der kostengünstigsten Präparate auswählt (Diskussion seit Mitte der 80er Jahre, PZ 6, 1985, S. 325ff; Einführung der ersten Preislinien für die ersten Austauschgruppen zum 1. Juli 2002, PZ 26, 2002, Politik). Rabattverträge erlauben seit 2004, daß Krankenkassen und Pharma-Hersteller Sonderpreise für einzelne rezeptpflichtige Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen vereinbaren; diese Möglichkeit wird seit Anfang 2007 verstärkt genutzt (PZ 6, 2007, S. 8). Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin) soll seit Anfang 2005 den Nutzen von diagnostischen und therapeutischen Verfahren bewerten (PZ 5, 2005, Politik).

⁹ Vgl. als bilderreicher Überblick: Mez-Mangold 1972.

eine historisch kontingente, soziale Konstruktion. Statt von Gegenständen auszugehen, ist deshalb nach dem Gemeinsamen dieser verschiedenen Gegenstandstypen zu fragen. Der Vorschlag ist hier, für die Bestimmung dieses allgemeinen Bezugspunktes auf den ethymologischen und historischen Ursprung der Pharmazie, nämlich auf das Konzept des Pharmakons zurückzugreifen und Pharmaka allgemein als Mittel zu bestimmen, denen „zauberhafte“ im Sinne von über das alltäglich erwartbare hinausgehende Wirkungen zugerechnet werden.¹⁰ Aus dieser Perspektive werden zwei Aspekte deutlich: Erstens die Engführung, die mit der Bestimmung von Pharmaka als (heilsamen) Arzneimitteln einhergeht, indem andere mögliche Verwendungszwecke von Abtreibung über Leistungssteigerung bis hin zum Potenz- und Fruchtbarkeits-, „Zauber“ folglich ausgeblendet werden. Und zweitens ein inhärentes Charakteristikum, das Pharmaka und damit auch Arzneimittel grundsätzlich von anderen Gütern unterscheidet, indem sie nämlich nicht an sich gut und heilsam sind, sondern ihnen die Möglichkeit des Guten und des Bösen, des Heilsamen und des Tödlichen innewohnt.

Die grundsätzliche Schwierigkeit im Umgang mit Pharmaka ist dann aber folgende: Der Laie ist nicht in der Lage zu beurteilen, ob ein Gegenstand, dem zauberhafte Wirkungen zugerechnet werden, tatsächlich dieser Gegenstand ist, und auch nicht, ob, wenn das der Fall ist, dieser Gegenstand die zur Wirksamkeit erforderliche Qualität aufweist. Zugleich aber hängt mit der Identität und Qualität ein erhebliches Risiko zusammen. Denn wenn ein Pharmakon absichtlich oder unabsichtlich verwechselt, falsch behandelt oder falsch dosiert wird, so kann es im schlimmsten Fall tödliche Wirkungen haben. Ein über existenzielle Notlagen hinausgehender Umgang mit Pharmaka kann nur in Gang kommen, wenn in wiedererkennbaren Situationen mit Recht erwartet wird, daß der materialen Zurechnung eines Gegenstandes als in gewünschtem Sinne zauberhaft wirksam vertraut werden kann. Nur wenn diesbezüglich verlässlich abgesicherte Erwartungsstrukturen bestehen, kann es überhaupt zur Entwicklung und erst recht der massenhaften Anwendung von Mitteln kommen, die ebenso sehr schaden wie nützen können. Dies gilt heute mehr denn je, da Gegenstände zur Verfügung stehen, die an Wirkungsintensität alles hinter sich lassen, was die *materia medica* der letzten zweitausend Jahre zu bieten hatte, die äußerlich völlig austauschbar scheinen und deren Zusammensetzung zu prüfen es eines über ein apothekenübliches Laboratorium weit hinausgehenden Instrumentariums bedarf.

¹⁰ Der Begriff des *pharmakon*s stammt aus dem Mykenischen, dem frühesten bekannten Dialekt des Griechischen, und bezeichnet eine Substanz, der magische Kräfte zugesprochen werden. Dabei ist offen, ob dieser Zauber mörderisch, verflucht oder auch heilsam ist. Die erste Quelle dieses Wortes sind auf Tafeln geschriebene Verwaltungstexte aus der Periode 1.400 bis 1.180 v. Chr. Auf einer dieser Tafeln steht das Wort „pa-ma-ko“, aus dem *φάρμακον* (*pharmakon*) gelesen wurde (Schulze 2002, 13ff). Im Zusammenhang verwendet wurde dieser Begriff jedoch erst in den homerischen Epen (Schmitz 1998, S. 94ff; Schulze 2002, S. 18f; Schneider 1962, S. 77). Mit ähnlichen philologisch-historischen Grundaussagen auch: Derrida 1972.

4. Historisch: Funktionalität eines reglementierten Arzneimittelbereichs

Nimmt man zum Ausgangspunkt, daß Pharmaka in ihren Wirkungen grundsätzlich ebenso über das Alltägliche hinaus schädlich wie erwünscht sein können, wobei die Beurteilung ihrer Identität und Qualität nicht ohne weiteres möglich ist, so erweisen sich die Reglementierungen des Arzneimittelbereichs, wie sie von ihren Ursprüngen im 12. Jahrhundert bis ins 20. Jahrhundert üblich waren, als durchaus funktional:

Seit der Entstehung der rationalen Medizin um 400 v.Chr. werden solche Gegenstände als Pharmaka zugerechnet, die ein Arzt aufgrund ihrer äußeren Erscheinung als geeignet ansieht, ein krankhaftes Ungleichgewicht des Säftehaushaltes eines kranken Menschen wieder ins Gleichgewicht zu bringen.¹¹ Dabei wird von der Strukturrolle¹² des Arztes nicht nur erwartet, daß er Pharmaka therapeutisch, also medizinisch, richtig anwendet, sondern auch, daß er deren materiale Identität und Qualität richtig und im Sinne des Patienten beurteilen kann.¹³ Am Anfang des nicht-magisch/religiösen Umgangs mit den Risiken und Möglichkeiten steht damit allerdings auch eine Engführung der Möglichkeiten von Pharmaka auf Heilzwecke. Andere Zwecke wie Abtreibung oder schöne Haut können zwar nach wie vor mit Hilfe von zauberhaft wirksamen Mitteln behandelt werden, jedoch nicht innerhalb der Rollenstruktur des Arztes. Statt dessen werden Mittel für solche Zwecke mit Begriffen wie „Quacksalberei“ belegt und in dubiosen Kontexten verwendet, in denen deren Identität und erwünschte Wirksamkeit nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann.

Im Zuge der arabischen Weiterentwicklung der antiken Kenntnisse erfährt die *materia medica* dann eine so erhebliche Komplexitätssteigerung, daß die Strukturrolle des Arztes nicht mehr ausreicht, um neben der Garantie der medizinisch-therapeutischen Wirksamkeit von Pharmaka auch deren materiale Identität und Qualität verlässlich erwarten zu lassen. Mit bis zu 3000 Grundsubstanzen und bis zu 100 Bestandteilen eines Pharmakons¹⁴ wird die Ausbildung einer

¹¹ Dieser Ansatz wird als Säftelehre oder in ihrer am weitesten entwickelten Variante als Humoralpathologie bezeichnet. (Müller 1993, S. 17-30; Eleftheriadis 1991, S. 34ff; Urdang/Dieckmann 1955, S. 17ff).

¹² Strukturen werden hier im Sinne von kontingenten Erwartungsstrukturen verstanden: Es werden bestimmte, statt anderer, auch möglicher Anschlußoperationen erwartet. Strukturen sind wiederholbar und in diesem Sinne zeitfest etabliert – gerade dadurch sind sie aber auch veränderbar, denn jede Anschlußkommunikation kann die Struktur auch enttäuschen, statt sie zu bestätigen. Eine wesentliche Anschlußfrage ist deshalb, wie Strukturen gegen diese immer mögliche Enttäuschung abgesichert sind (Strukturstabilisierung). Zur Strukturierung von Erwartungen dienen insbesondere Dinge, Personen, Rollen, Programme und Werte. (Luhmann 1984, S. 400, S. 419, S. 426ff).

¹³ Die Strukturrolle des Arztes und damit auch die mit ihr einhergehenden Erwartungen werden ursprünglich vor allem stabilisiert durch Verpflichtung auf einen bestimmten Standesethos (hippokratischer Eid; vgl. Roth 1991) und gesichert durch restriktive Weitergabe des Fachwissens und wechselseitige Standeskontrolle gesichert werden. Diese Mechanismen werden ausführlich in der Professionssoziologie beschrieben (Vgl. etwa Abbott 1988, vor allem die Abschnitte zu *professional work and the Claim of Jurisdiction*, S. 35ff).

¹⁴ Ridder 2000, S. 70; Schmitz 1998, S. 269.

neuen Struktur notwendig: die Strukturrolle des Apothekers. In Arabien entstanden,¹⁵ gelangt diese Struktur über Sizilien im 12. Jahrhundert nach Europa und verbreitet sich im wesentlichen unverändert.¹⁶ Von Gewürzhändlern und Quacksalbern, die es schon früher gab und die parallel zu Apothekern unter verschiedenen Namen auch weiter bestehen bleiben (Olitätenhändler, Materialisten, Drogisten), unterscheidet sich die Strukturrolle des Apothekers durch zwei wesentliche Aspekte: Erstens ist die Erwartung von Identität und Qualität der Pharmaka normativ gesichert; und zweitens ist das Vorhandensein der wesentlichen Pharmaka für den Notfall unabhängig von deren konkreter Rentabilität garantiert.

Die Notwendigkeit einer neuen Strukturrolle für die Erfüllung dieser beiden Funktionen, die sich die Gesellschaft etwas kosten läßt, liegt nicht nur in der oben bereits angesprochenen Besonderheit begründet, daß die Identität und Qualität der als Pharmaka zugerechneten Gegenstände typischerweise nicht von jedermann selbst beurteilt werden kann, obwohl gerade damit besondere Risiken einhergehen. Vielmehr wird eine solche Struktur mit komplexeren und teureren Pharmaka vor allem wegen der besonderen Art der Nachfrage nach Pharmaka notwendig: Während sich die Nachfrage nach Konsum- und Luxusgütern aus der Präferenz für das jeweilige Gut in Kombination mit dem verfügbaren Einkommen ergibt,¹⁷ so besteht nach Pharmaka im Normalfall gar keine Nachfrage. Wer keine Kopfschmerzen hat, braucht kein Kopfschmerzmittel. Die Präferenz ist null, unabhängig vom Einkommen. Dasselbe gilt analog für nicht-medizinische „Zauberzwecke“ – wer nicht ungewollt schwanger ist, braucht kein Abtreibungsmittel. Im Bedarfsfall jedoch ist die Präferenz für das Pharmakon absolut.

Solange, wie in der Antike, unter Pharmaka Gegenstände verstanden werden, die leicht und ohnehin nach Bedarf beschaffbar sind, wirkt sich diese Besonderheit nicht aus. Setzt sich der Arzneischatz aber zu einem erheblichen Teil aus teuren Handelsgütern und aufwendigen Zubereitungen zusammen, hat diese besondere Art der Nachfrage Konsequenzen für die Nachfrage- wie für die Angebotsseite: Für die Nachfrageseite, weil im Gegensatz zu anderen Gütern ein Budget nicht rational gebildet werden kann – es mag nie in Anspruch genommen werden oder auch völlig unzureichend sein.¹⁸ Die Angebotsseite sieht sich damit konfrontiert, eine Vielzahl teurer und zugleich mit der Lagerung an Wirksamkeit verlierender Pharmaka

¹⁵ Schmitz 1998, S. 268ff; Ridder 2000, S. 52ff; Urdang/Dieckmann 1955, S. 20.

¹⁶ In der Medizinschule von Salerno wurden die antiken und arabischen Schriften übersetzt und verdichtet (Schmitz 1998, S. 281ff; Gaude 1981, S. 143). Mit der Medizinalordnung Friedrichs II von 1241 wird die Strukturrolle des Apothekers erstmals mit ihren verschiedenen Charakteristika staatlich etabliert (Schmitz 1998, S. 451). Mit den Handelswaren und den Seuchenzügen verbreitet sie sich ausgehend von Italien in Europa (Schmitz 1966, S. 87).

¹⁷ Varian 1995, S. 90ff; Siebert 1996, S. 59, S. 66f.

¹⁸ Das Budget besteht aus allen Güterbündeln, die sich ein Konsument bei gegebenen Preisen und gegebenem Einkommen leisten kann (Varian 1996, S. 19ff). Das Problem der Budgetbildung für eine vielleicht nie eintretende, dann aber absolute Nachfrage wird schließlich im 19. Jahrhundert durch das Prinzip der allgemeinen Krankenkasse gelöst, die über konstante Beiträge und Umverteilung punktuelle Nachfrage nivelliert.

nicht nur aufbewahren, sondern mitunter auch ersetzen zu müssen. Es entstehen hohe Lager- und Wiederbeschaffungskosten. Eine solche Situation müßte unter Bedingungen des freien Marktes zur Entscheidung des ökonomisch denkenden Kaufmanns führen, entweder sein Sortiment zu beschränken, oder im seltenen Nachfragefall zur Kostendeckung einen horrenden Preis zu verlangen, um seine Kosten zu decken. Die dritte Möglichkeit ist natürlich der Betrug – wenn der Kunde die Identität des Gegenstandes nicht beurteilen kann, liegt angesichts hoher Kosten und Gewinnmöglichkeiten diese Gefahr nahe. Alle drei Optionen sind aber im Falle von Arzneimitteln unerwünscht. Die wesentliche Funktion des Apothekers und der Apotheke ist deshalb, die *Bereithaltung* der Pharmaka und die *Garantie von deren Identität und Qualität* und nicht, wie ein gängiges Vorurteil behauptet, die *Herstellung* von Pharmaka.¹⁹

Wenn nun aber Pharmaka gesellschaftlich erwünscht sind, so muß der Ausfall der Marktmechanismen anderweitig ersetzt werden – und dies umso mehr, als mit dem Wegfallen des vertrauenswürdigen Experten für die materiale Identität und Qualität von Arzneimitteln ein erhebliches Risiko einherginge. Aus dieser Grundsituation resultiert das Netzwerk von Anforderungen, Kontrollen, Drohungen und Privilegien, wie es seit den *Constitutiones Medicinales* aus dem Jahr 1241 bis Ende des 19. Jahrhunderts im wesentlichen unverändert besteht: Vom Apotheker werden nachweisbare persönliche und fachliche Qualifikationen verlangt sowie außerdem die Bereithaltung bestimmter Grundsubstanzen, die Anwendung der in der Arzneitaxe staatlich festgesetzten Preise und der ethisch korrekte Umgang mit Arzneimitteln.²⁰ Lagerbestände und Verhaltensweise des Apothekers unterliegen regelmäßiger Kontrolle durch Beamte und Ärzte. Bei Fehlverhalten drohen Entzug der Apothekenbefugnis und strenge persönliche Strafen. Dafür werden bestimmte Privilegien gewährt, die je nach historischer und regionaler Lage eine Monopolstellung der Apotheke, ein Monopol auf den Handel weiterer Produkte (zB Zucker) oder auch ein lukratives Nebengeschäft (zB Branntweinschankrecht) beinhalten können. Grundgedanke dieser Privilegien ist, daß der Apotheker sein Auskommen haben muß, obwohl er in seinem Kerngeschäft nicht betriebswirtschaftlich handeln darf.²¹

Die Erwartung, daß die Struktur der Apothekerrolle die Identität und Qualität von Arzneimitteln garantiert, wird doppelt stabilisiert: Einmal weiterhin durch den Bezug zur Medizin, der sich bereits zu Beginn der Ausdifferenzierung eines pharmazeutischen Sinnzusammenhangs etabliert hatte – Apotheker werden (wenn auch nur pro forma) von Ärzten kontrolliert, und

¹⁹ Nicht umsonst leitet sich der Begriff Apotheke von gr. *apothäkä* her – Lagerstätte (Schmitz 1966, S. 27, S. 80).

²⁰ Schmitz 1998, S. 507ff, 525ff.

²¹ Die Bedeutung, die ein ausreichendes Einkommen des Apothekers nicht zuletzt für den Arzt hat – denn die Wirksamkeit seiner Therapie ist von der Wirksamkeit der von ihm verschriebenen Pharmaka abhängig –, wird beispielsweise für die Stadt Zürich deutlich herausgearbeitet (Mannetstädter 2004, S. 21ff)

Pharmaka dürfen nur zu medizinischen Zwecken abgegeben werden. Zusätzlich wird die Erwartung auch normativ durch gesetzliche Regelung und Strafandrohung gesichert.

Solange man unter Pharmaka Mittel versteht, die aufgrund ärztlichen Rezeptes oder ärztlicher Tradition ausgehend von bestimmten, zum Teil schwer beschaffbaren und schwer unterscheidbaren Stoffen hergestellt werden, ermöglicht die Gestaltung des Arzneimittelsektors über kontrollierte und privilegierte Apotheker in Kombination mit staatlich festgesetzten Arzneipreisen die optimale Ausnutzung der Möglichkeiten von Pharmaka bei gleichzeitiger Minimierung der mit ihnen zwangsläufig einhergehenden Risiken. Einer Person in der Rolle des Apothekers kann vertraut werden, weil sie unter Androhung von Strafen und ständiger Kontrolle staatlich verpflichtet ist, bestimmte Stoffe in hoher Qualität bereitzuhalten – und weil sie nicht auf den direkten Gewinn aus dieser Tätigkeit selbst angewiesen bleibt.

5. Paradigmenwechsel: Pharmakon als Wirkstoff und Fertigarzneimittel

Diese lange Zeit höchst sinnvolle Kombination von Struktur und Strukturstabilisierung verliert jedoch ihre Funktionalität, indem sich mit dem grundlegenden Unterscheidungskriterium für die Zurechnung von Gegenständen als Pharmaka auch die Strukturen verändern, die deren Identität und Qualität garantieren:

Ihre Tragweite rechtfertigt die Bezeichnung dieser Umstellung als Paradigmenwechsel.²² Statt Pharmaka zu verstehen als „Mittel des Arztes“, die aufgrund eines (überlieferten) ärztlichen Rezeptes hergestellt sind und denen eine heilsame Wirkung zugerechnet wird, setzt sich seit Anfang des 19. Jahrhunderts durch, diese Wirkung auf objektiv-naturwissenschaftlich nachweisbare Stoffe mit Wirkungen auf den Stoffwechsel zurückzuführen. Die Suche nach dem Wirkprinzip beginnt bereits im 16. Jahrhundert mit Einführung der Alchemie in die Pharmazie,²³ setzt sich offiziell aber erst durch, als es gelang, Morphin als Wirkstoff des Opiums zu isolieren und chemisch darzustellen.²⁴ Es beginnt die Synthesechemie, die ermöglicht, Wirkstoffe nicht nur zu identifizieren und zu beschreiben, sondern auch synthetisch nachzubilden.²⁵ Damit stehen wesentlich stärker wirksame, exakter dosierbare und massenweise herstellbare Wirkstoffe zur Verfügung, die für die Verwendung als Arzneimittel nur noch in eine

²² Im Sinne von: Kuhn 1973.

²³ Letter 2000, S. 29ff.; Schmitz 2005, S. 348ff.

²⁴ Schmitz 2005, S. 452ff; Mez-Mangold 1972, S. 151.

²⁵ Die erste Voll-Synthese gelang für das Alkaloid Coniin im Jahr 1886 (Schmitz 2005, S. 474ff).

einnahmefähige Form gebracht werden müssen. Das Arzneimittel tritt damit ein in sein Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit.²⁶

Mit diesem Paradigmenwechsel verändern sich die den Pharmaka zurechenbaren Risiken und Möglichkeiten. Weil zu wesentlichen Teilen nicht mehr auf die natürlichen Grundstoffe angewiesen, sind Arzneimittel massenweise produzierbar – mit zudem atemberaubenden Wirkungen: unheilbare Krankheiten werden heilbar, und der Medizin bieten sich völlig neue Möglichkeiten.²⁷ Zugleich verändern sich die Risiken: Wegen der größeren Wirksamkeit sind Pharmaka nicht nur entsprechend gefährlicher, es wachsen auch die Anforderungen an die Exaktheit ihrer Zubereitung. Weil statt ganzer Pflanzen reine Wirkstoffe Verwendung finden, wird mit erheblich kleineren Mengen operiert.²⁸ Es zeigt sich bereits in den 1820er Jahren, daß die Herstellung von Pharmaka en gros nicht nur eine *Möglichkeit*, sondern auch ein *Erfordernis* ist, weil damit eine genauere Dosierbarkeit einhergeht. Solche Massenproduktion vermag der Apotheker und sein auf eine verantwortliche Person ausgerichtetes Laboratorium jedoch nicht zu bewältigen. Mit dieser neuen Situation wird zunächst dadurch umgegangen, daß dem Apotheker der Einkauf von Grundstoffen und auch fertiger Arzneimittel von der chemisch-pharmazeutischen Industrie erlaubt wird, wobei er für deren Identität und Qualität aber verantwortlich bleibt.²⁹ Die Aufgabe des Apothekers verlegt sich damit von Lagerung-Herstellung-Abgabe auf Beschaffung-Analyse-Abgabe. Die Arzneibücher des 19. Jahrhunderts belegen diesen Übergang deutlich: Die Herstellungsvorschriften werden weitgehend von den Analysevorschriften verdrängt.³⁰

Doch dies ist nur eine Übergangslösung. Nach einem knappen Jahrhundert entsteht zum Umgang mit diesen neuen Risiken und Möglichkeiten eine ebenso neue Struktur: Mit Patent- und Markenrecht wird die Rollenstruktur des Apothekers grundsätzlich ersetzt durch die Ding-Struktur des Fertigarzneimittels. Indem die Marke – zB Aspirin – zur Bezeichnung eines standardisierten und genau spezifizierten Gegenstandes gesetzlich geschützt ist,³¹ kann das Objekt des Fertigarzneimittels mit seiner Originalverpackung seine Identität und Qualität *selbst* garantieren. Vor allem staatliche Kontrollen und wiederum hohe potentielle Strafen stabilisieren diese Struktur. Die Analysefunktion des Apothekers, die das Gedeihen der poli-

²⁶ Benjamin beschreibt die Auswirkungen der „technischen Reproduzierbarkeit“ auf Kunstwerke. Bei allen Unterschieden zwischen Kunstwerken und Pharmaka treffen seine Überlegungen etwa hinsichtlich der schwindenden „Autorität der Sache“ und der schwindenden „Aura“ analog auch hier zu (Benjamin 1963, va S. 13).

²⁷ So erlangte die Chirurgie erst mit der Entwicklung wirkungsvoller Analgetika ein ähnliches Ansehen, wie sie bislang der allgemein-medizinischen Tätigkeit vorbehalten war (Ridder 1990, va S. 19ff).

²⁸ Dies mußte man erst lernen: Sertürner, der Entdecker des Morphins, des ersten reinen pharmakologischen Wirkstoffs, und seine vier Probanden sind bei Selbstversuchen an Morphin beinahe umgekommen (Schmitz 2005, S. 259).

²⁹ Berendes 1967, S. 197; Schmitz 2005, S. 703.

³⁰ Schmitz 2005, S. 572-582, va. S. 579f.

³¹ Wimmer 1994, S. 92; Urdang/Dieckmann 1955, S. 94f; Ernst 1975, S. 29.

tisch als Zukunftsbranche geförderten Pharmaindustrie gehemmt hatte, erübrigt sich damit. Durch die Umstellung auf Wirkstoffe werden Pharmaka technisch reproduzierbar; und durch Patent- und Markenrecht wird ihre Identität und Qualität durch standardisierte Verfahren statt durch jeweils individuelle Prüfung garantiert. Arzneimittel werden durch diesen Paradigmenwechsel im Zurechnungskriterium und in den Erwartungsstrukturen „objektisiert“, sie stehen als standardisierte Objekte für sich selbst. Die Bindung an konkrete Personen fällt weg. Auf diese Weise wird das Pharmakon als Fertigarzneimittel marktfähig.

Mit der Umstellung auf Wirkstoffe und Fertigarzneimittel geht die Bearbeitung der Risiken von Pharmaka über Verfahren statt über Personen-Rollen einher. Vor allem aber verliert die besondere Art der Nachfrage nach Pharmaka in der Ära der Wirkstoff-Fertigarzneimittel an Bedeutung: Wirkstoffe sind – einmal entdeckt – relativ einfach und billig herzustellen;³² sie können außerdem in wesentlich lager- und transportfähigere Arzneiformen gebracht werden.³³ Weil auf diese Weise der mögliche Markt sowohl zeitlich als auch räumlich erheblich erweitert wird und durch die Entstehung der Krankenkassen noch eine soziale Erweiterung hinzukommt,³⁴ kann nun mit einer *durchschnittlichen* Nachfrage kalkuliert werden. Es gilt zwar weiterhin: Nachfrage nach einem konkreten Arzneimittel besteht individuell nicht oder absolut. Die Lager- und Beschaffungskosten sind angesichts niedrigerer Stückkosten und höheren Warenumschlags aber so erheblich gesunken, daß Arzneimittel aus der Anbieterperspektive kalkuliert werden können wie andere Güter auch. Dies gilt für rezeptpflichtige wie für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel gleichermaßen. Das alte Grundproblem der punktuellen Nachfrage betrifft jetzt nur noch sehr selten vorkommende Krankheiten und wird per Marktmechanismus gelöst: Ist die Entwicklung von Arzneimitteln im Verhältnis zu den Verdienstmöglichkeiten unrentabel, werden einfach keine Forschungen betrieben. Dieses Restproblem wird wiederum durch „staatlichen Dirigismus“ bearbeitet: Seit den 80er Jahren unterstützen staatlich die „orphan drug“-Verordnungen die Forschung für selten vorkommende Erkrankungen international.³⁵

³² Nach Auslaufen des Patents liegen Inhaltsstoffe und Herstellungsverfahren offen. Es entstehen dann Nachahmerprodukte, die Generika (Stapel 1988, S. 609ff; Schmitz 2005, S. 1045).

³³ Geradezu symbolisch für solche Arzneiformen: die Tablette (Ridder 1990, S. 326; Schmitz 2005, S. 495ff).

³⁴ Schon im Jahr 1914 sind 25% der Bevölkerung krankenversichert und haben damit Zugang zu bislang einer Oberschicht vorbehaltenen Gesundheitsleistungen – wie eben auch Arzneimitteln (Tauchnitz 1999, S. 52ff).

³⁵ Das erste europäische meeting fand 1987 statt, nachdem es ähnliche Initiativen in den USA schon länger gab (PZ 50, 1987, S. 3169ff). Verordnungen, die diese Problematik europaweit regeln, gibt es seit 1999 (Verordnung 141/2000; Verordnung 847/2000).

6. Konsequenz: Liberalisierung

Mit diesen grundlegenden Veränderungen in der Unterscheidung von Arzneimitteln und dem Umgang mit ihren Risiken fallen die Funktionen der traditionellen Strukturen zumindest weitgehend weg. Identität und Qualität sind durch die Mechanismen von Patent- und Markenrecht garantiert. Lager- und Transportrisiken liegen nicht mehr nur beim Apotheker, sondern werden von Herstellern, Pharma-Großhandel und Apothekern gemeinsam übernommen.³⁶ Die Strukturrolle des Apothekers ist somit reduziert auf zwei Funktionen: Die erste ist, als eine Art „Back-up“ für Notsituationen zur Verfügung zu stehen. Mit dem Argument der Notfall-Sicherung wird gerechtfertigt, daß der Apotheker über das Wissen und die technischen Möglichkeiten (Laboratorium) verfügen muß, um etwa benötigte Arzneimittel wieder selbst herstellen zu können. Die zweite Funktion ist, die richtige Abgabe (rezeptpflichtige Arzneimittel) und einen kontrollierten Vertriebsweg für die besonders gefährlichen Arzneimittel (rezeptfähige Betäubungsmittel) zu gewährleisten. Beide Funktionen sind aber vergleichsweise nachgeordnet, denn sie allein machen weder eine staatliche Preisfestsetzung notwendig, noch rechtfertigen sie aufwendig stabilisierte Strukturrollen. Dem entsprechend werden nach und nach Marktstrukturen mit geringen Zusatzaufgaben geschaffen: Arzneimittel-Versandhandel wird erlaubt, sofern eine Offizinapotheke vorhanden ist;³⁷ Drogerien dürfen mit Versandapotheken kooperieren und de facto zu Rezeptsammelstellen werden;³⁸ ein Apotheker darf mehr als nur seine eigene Apotheke betreiben – und es ist eine Frage der Zeit, bis auch Nicht-Apotheker einschließlich Kapitalgesellschaften Besitzer von Apotheken(-ketten) sein dürfen, wofür sich insbesondere die pharmazeutischen Großhändler schon seit Jahren bereit halten.³⁹ Ist diese Entwicklung nur konsequent und aus der hier gewählten Perspektive trotz der verständlichen Kritik von Seiten der Apotheker auch durchaus angemessen, so sind Apotheker als Strukturrolle für die „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“⁴⁰ nicht mehr notwendig. Diese Versorgung kann nunmehr ebenso vom „Markt“ – also den Mecha-

³⁶ Dies zeigt sich beispielsweise an der Art und Weise, wie mit den mit der Einführung von Festpreisen einhergehenden Lagerwertverlusten umgegangen wird: Diese teilen Hersteller, Großhändler und Apotheker untereinander auf (vgl. etwa: PZ 20, 1989, S. 19; PZ 48, 1990, S. 16f).

³⁷ Noch Anfang der 90er Jahre ist Versandhandel von Arzneimitteln EG-weit verboten (PZ 22, 1993, S. 21) – seit Januar 2004 ist nach langen, hitzigen Debatten der Arzneimittelversand mit gewissen Auflagen auch in Deutschland erlaubt (PZ 1/2, 2004, Titel).

³⁸ Diese Entwicklung beginnt mit einer Kooperation von dm und der Europa-Apotheek (PZ 25, 2004, Politik). Obwohl die rechtliche Situation noch nicht abschließend geklärt ist, findet die Abgabe de facto statt (PZ 43, 2007, S. 46), und seit Anfang 2008 beteiligt sich mit Schlecker eine weitere Drogeriemarktkette daran (PZ 6, 2008, Wirtschaft und Handel).

³⁹ So gehen viele der Kooperationen von Apotheken unter gemeinsamem Design von Großhändlern aus (zu dieser Problematik etwa PZ 47, 2003, Politik).

⁴⁰ Apothekengesetz ApoG, § 1 Abs. 1: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.“ (Stand 2.12.2007).

nismen aufeinandertreffender Eigeninteressen – übernommen werden, wie die Versorgung mit Brot und Rennautos. Die klassische, inhabergeführte und in jeder Hinsicht vom Inhaber verantwortete Apotheke ist in dieser Situation eine zunehmend unrentable Rest-Struktur, zumal verbunden mit renditeungünstigen Sonderanforderungen wie Nacht- und Notdienst, Notfall-Lagerhaltung, Werbe- und Betriebsrestriktionen sowie universitärer Ausbildung, denen immer weniger ein Ausgleich gegenüber steht. Denn die Gewinnmarge für rezeptpflichtige Arzneimittel wurde seit Jahrzehnten immer weiter reduziert. Längst schon können nur Apotheken in Top-Lagen allein davon rentabel operieren.⁴¹ Im Bereich der freiverkäuflichen Arzneimittel und der apothekenfähigen Waren aber sind Apotheken mit Drogerie-Ketten und Supermärkten nicht konkurrenzfähig, die mit wesentlich geringeren Fixkosten und wesentlich höheren Umsätzen rechnen können.⁴² Nachdem nun auch die Festpreise im apothekenpflichtigen Arzneimittelbereich weggefallen sind,⁴³ steht klassischen Apotheken auch hier mit den Versand-Apotheken umsatzstärkere Preiskonkurrenz gegenüber.

Die Institution der inhabergeführten Apotheke wird somit im Marktprozeß durch formale Organisationen weitgehend verdrängt werden, die dem Preiswettbewerb durch eine andere Fixkostenstruktur und andere Marketing- und Managementmöglichkeiten besser gewachsen sind. Dies muß man nicht beklagen. Dennoch muß man sich bewußt bleiben, was für ein komplexer Mechanismus der Sicherstellung von Identität und Qualität von Arzneimitteln hinter dieser Entwicklung steht, der für andere Wirtschaftsgüter nicht, oder nur in wesentlich geringerem Maße notwendig ist. Daß kleine, weiße, leicht säuerlich schmeckende Tabletten in der sicheren Erwartung von Kopfschmerzlinderung geschluckt werden, ohne die Möglichkeit einer schädlichen Wirkung auch nur in Erwägung zu ziehen – und daß dies auch der Fall ist, wenn die entsprechende Tablette per Internetbestellung und Postversand eingetroffen ist, bleibt eine an sich höchst unwahrscheinliche und deshalb bedingungsvolle Angelegenheit. Allerdings wird diesen neuen Strukturen offenbar immer noch nicht ganz vertraut, wie sich in der Zögerlichkeit zeigt, mit der die letzten Brücken zum rollen- und personen-garantierten Pharmakon abgebrochen werden – obwohl wir uns ihnen schon längst vollständig anvertraut haben.⁴⁴

⁴¹ Vergleiche dazu den jährlich von der ABDA (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände) herausgegebene „Bericht über die wirtschaftliche Lage der Apotheken“, insbesondere seit 1994.

⁴² Vgl. zu diesem Konkurrenzerhältnis schon Anfang der 80er Jahre: PZ 27, 1981, S. 1324ff.

⁴³ PZ 43, 2003, Politik.

⁴⁴ Solche „Brücken“ sind etwa die Anforderungen an Apotheken, über ein recht aufwendig ausgestattetes Laboratorium zu verfügen (Apothekenbetriebsordnung, ApBetrO §4), eine Lagerhaltung zu betreiben, die das jeweilige Einzugsgebiet eine Woche lang versorgen kann (ApBetrO §15) oder auch die – zumindest im Vergleich zu „gewöhnlichen“ Einzelhändlern – hohen Anforderungen an die Ausbildung des Apothekers (Bundesapothekerordnung, §4).

7. Rückwirkungen: Komplexitätssteigerung und Komplexitätsreduktion

Diese Entwicklung von Paradigmenwechsel (Wirkstoff), Strukturänderung (Fertigarzneimittel) und ermöglichter Liberalisierung hat diverse Folgen, die auf die Unterscheidung des Arzneimittels zurückwirken: Zunächst geht mit der Vorstellung vom Pharmakon als Wirkstoff und Fertigarzneimittel sowie den daraus resultierenden Marktstrukturen eine erhebliche Komplexitätssteigerung des als Arzneimittel zurechenbaren Gegenstandsbereichs einher. Dies wiederum führt mit dazu, daß sich innerhalb der Arzneimittel eine neue Unterscheidung etabliert, nämlich die zwischen „echten“ und „Konsum“-Arzneimitteln. Schließlich macht das objektivierte Arzneimittel nicht nur die Loslösung von der Apothekerrolle, sondern auch die von der Arztrolle möglich. Eine mit dem Pharmakon als Wirkstoff und der Umstellung auf Marktmechanismen einhergehende Komplexitätssteigerung wirkt so auf die Unterscheidung des Pharmakons selbst zurück.

a) *Komplexitätssteigerung*

Pharmaka als Wirkstoffe zu verstehen, impliziert nicht nur die industrielle Herstellbarkeit hochwirksamer, leicht lager- und transportierbarer Fertigarzneimittel, es hat auch eine erhebliche Komplexitätssteigerung des als Arzneimittel zugerechneten Gegenstandsbereichs zur Folge. Dies ist einmal bedingt durch die heuristische Kraft der Wirkstoff-Vorstellung, die nicht zuletzt durch die Gewinnaussicht unter Marktbedingungen mobilisiert wird. Das Vorliegen der chemischen Struktur eines Wirkstoffes lädt zur Modifikation dieser Struktur geradezu ein. Auch die Kombination verschiedener Wirkstoffe in einem Arzneimittel sowie die Verbindung desselben Wirkstoffes in verschiedenen Darreichungsformen liegt nahe.⁴⁵ Mit solchen Kombinationen und Variationen und der Zulassung auch ausländischer Präparate entsteht eine Vielfalt sachlich kaum unterscheidbarer Produkte, die aber unterschiedliche Namen und unterschiedliche Preise haben.

Mit dem Verständnis von Pharmaka als Wirkstoffen geht aber noch eine über diese Vervielfältigung des Identischen hinausgehende Komplexitätssteigerung einher: Wirkstoffe sind alle Stoffe mit Wirkung auf den Stoffwechsel.⁴⁶ So verstanden enthalten aber auch Lebensmittel „Wirkstoffe“, ganz prominent beispielsweise Vitamine. Und Wirkstoffe in diesem Sinne sind auch Potenzmittel, haut-verjüngende Mittel und Nervengifte – allesamt Stoffe und Gegen-

⁴⁵ Schon im 19. Jahrhundert war das Ziel, Verbindungen herzustellen, die noch wirksamer als die natürlichen Alkaloide sind und die keine unerwünschten Wirkungen mehr haben (Schmitz 2005, S. 474ff; Ernst 1975, S. 41).

⁴⁶ Schmitz 2005, S. 511ff.

stände also, die über Jahrhunderte aus dem Bereich der „Mittel des Arztes“ per definitionem herausfielen. Mit der paradigmatischen Umstellung auf Pharmaka als Wirkstoffe ist dieser Ausschluß nicht mehr ohne weiteres möglich. Zwar definiert das Arzneimittelgesetz die modernen Arzneimittel als Stoffe mit Wirkung und Heilzweck.⁴⁷ Doch eine mindestens präventiv-heilsame Wirkung kann auch von Joghurt oder Margarine nachgewiesen werden.⁴⁸ So ist die Abgrenzung schwierig zwischen Arzneimitteln und sogenanntem functional food oder auch Nahrungsergänzungsmitteln – die rechtlich als Lebensmittel eingestuft sind, aber über ihre Gesundheitsförderlichkeit werben.

b) *„richtige“ und „Konsum-“ Arzneimittel*

Eine Reaktion auf diese paradigmatischen- und marktbedingte Komplexitätssteigerung ist, zwischen erstattungsfähigen und nicht-erstattungsfähigen Arzneimitteln zu unterscheiden. Sind die von Anfang an stetig wachsenden Arzneimittelkosten zwar seit der Entstehung von Krankenkassen ein Problem, so werden anfänglich doch Arzneimittel grundsätzlich von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.⁴⁹ Das erste Gegensteuern ist dann die Differenzierung zwischen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die nur in Apotheken abgegeben werden dürfen, und freiverkäuflichen, nicht-erstattungsfähigen Arzneimitteln, deren Preisbildung schon Mitte der 70er Jahre freigegeben wird.⁵⁰ „Freiverkäuflich“ heißen diese Arzneimittel, weil sie mit anfänglich keinen und später geringen Auflagen hinsichtlich der Qualifizierung des abgebenden Personals auch außerhalb der Apotheke an Verbraucher abgegeben werden dürfen. Seit den 1970er Jahren geht es dann immer wieder um die Frage, nach welchen Kriterien weitere Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen werden können. In dieser Diskussion tauchen schon bald die Begriffe der „Bagatell-“ und „Luxusarzneimittel“ auf.⁵¹ Nur die „medizinisch notwendigen“ und „therapeutisch unstrittigen“ Arzneimittel sollen von den Kassen erstattet werden.⁵² Ziel dieser Diskussionen ist eine Liste von erstat-

⁴⁷ Arzneimittelgesetz §2 Abs 1: „Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper 1/ Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen(...)“ (Stand 1.Nov 2007).

⁴⁸ Nahrungsergänzungsmittel ebenso wie Nahrungsmittel mit gesundheitlichem Zusatznutzen (functional food) sind Lebensmittel im Sinne des Lebens- und Futtermittelgesetzes. Auf deren (werbewirksame) Reklamation einer besonderen Gesundheitsleistung wird durch entsprechende Verordnungen reagiert: so bereits 1942 die Verordnung über vitaminisierte Lebensmittel; aktuell die europäische healthclaims Verordnung (EU Nr. 124/2006), die Nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel an besondere Anforderungen bindet.

⁴⁹ Schmitz 2005, S. 865f.

⁵⁰ Die Preisbindung für die „2. Hand“, die freiverkäuflichen Waren, fällt bereits 1974 (PZ 25, 1978, S. 1088ff).

⁵¹ PZ 40, 1982, S. 2077.

⁵² In einem ersten Entwurf zur Negativliste legt das BMA (Bundesministerium für Arbeit, in dem zu dem Zeitpunkt auch das Gesundheitsressort untergebracht war) Kriterien vor, nach denen Arzneimittel aus der Leistungs-

tungsfähigen (Positivliste) bzw. nicht-erstattungsfähigen Arzneimitteln (Negativliste). Doch diese Versuche scheitern letztlich immer wieder. Im Ergebnis gelten mit der Gesundheitsreform 2003/2004 grundsätzlich nur noch rezeptpflichtige Arzneimittel als erstattungsfähig.⁵³

Damit aber werden zwei grundsätzlich verschiedene Unterscheidungen kurzgeschlossen: Die Unterscheidung zwischen freiverkäuflichen, apothekenpflichtigen und rezeptpflichtigen Arzneimitteln orientiert sich an dem Kriterium der Gefährlichkeit dieser Arzneimittel. Rezeptpflichtig sind Arzneimittel, die auch bei ordnungsgemäßer Verwendung gefährlich sein können (im Gegensatz zu apothekenpflichtigen, die nur bei unsachgemäßer Verwendung gefährlich sind, bzw. im Gegensatz zu freiverkäuflichen, die selbst dann nicht mit erheblichen Risiken verbunden werden).⁵⁴ Für die Erstattungsfähigkeit soll eigentlich die medizinische Notwendigkeit entscheidend sein. Indem nun die Erstattungsfähigkeit an die Rezeptpflicht gekoppelt wird, werden – trotz eigentlich besserer Einsicht, aber mangels anderer konsensfähiger Lösungen – medizinischer Nutzen und Gefährlichkeit gekoppelt. Dies ist zwar insofern nicht falsch, als mit größerer Wirkung möglicher Nutzen und möglicher Schaden gleichermaßen steigen können. Daß große Gefährlichkeit aber auch automatisch großen Nutzen impliziert, ist ebenso wenig notwendig wie die Annahme, daß nicht erstattungsfähige Arzneimittel grundsätzlich harmlos sind.

Die an sich sachfremde Unterscheidung der Erstattungsfähigkeit spiegelt jedoch eine Einschätzung wider, die nicht zuletzt von den mit einem liberalisierten Markt einhergehenden Mechanismen – wie etwa absatzfördernde Publikumswerbung – einhergehen: daß nämlich nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel sich letztlich nicht von anderen Konsumgütern unterscheiden. Dies führt zur Einschätzung der Stiftung Warentest, der Laie sei nicht in der Lage, zwischen Nahrungsergänzungsmitteln (also Lebensmitteln), freiverkäuflichen Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu unterscheiden.⁵⁵ Indem Erstattungsfähigkeit mit den „gefährlichen“ rezeptpflichtigen Arzneimitteln gleichgesetzt wird, erscheinen alle nicht erstattungsfähigen Arzneimittel als ungefährlich und auch als weniger wirksam. Es entsteht so unterschwellig eine Differenzierung zwischen „echten“ und „Konsumarzneimitteln“.⁵⁶ Dieser Eindruck des nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittels als „normalen“ Konsumgutes wird durch

pfligt der Krankenkassen ausgeschlossen werden. Dazu gehören auch „Arzneimittel mit nicht nachgewiesenem therapeutischem Nutzen“ (PZ 31, 1989, S. 16).

⁵³ PZ 43, 2003, Politik.

⁵⁴ Im Arzneimittelgesetz von 1961 wird bereits nach diesem Kriterium unterschieden, vgl. AMG 61, § 32.

⁵⁵ „Die Tabletten, Tropfen oder sonstigen <Mittel>, die auf dem Markt sind, können zu einer von fünf Kategorien gehören: Es kann sich um ein Arzneimittel handeln, um ein Medizinprodukt, ein Nahrungsergänzungsmittel, ein Lebensmittel oder um ein Kosmetikum. Die Unterschiede bleiben Laien weitgehend verborgen.“ (Stiftung Warentest 2006, S. 19).

⁵⁶ Diese Ansicht wird auch von Experten vertreten, prominent etwa vom Gesundheitsökonom und Apotheker Prof. Glaeske, der OTC-Produkte für weitgehend verzichtbar hält (PZ 39, 2003, Politik).

die Marktmechanismen noch verstärkt, für die sie freigegeben sind: Man kann Aspirin nun billiger oder teurer einkaufen und also hier „ein Schnäppchen machen“, indem man in der „Pillen-happy-hour“⁵⁷ seine Vorräte anlegt.

c) *Selbstmedikation*

Eine dritte Rückwirkung der aus dem pharmazeutischen Paradigmenwechsel resultierenden Liberalisierung des Arzneimittelbereichs auf den als Arzneimittel zugerechneten Gegenstandsbereich schließlich ist die sehr weit gehende Möglichkeit der Selbstmedikation.

Fertigarzneimittel verfügen nicht nur über eine an eine bestimmte Verpackung bezogene Zulassung, sondern auch über einen Beipackzettel. Dieser war ursprünglich als begleitende, zusätzliche Produktinformation für die „Arzneimittelexperten“, nämlich vor allem den verordnenden Arzt und daneben den Apotheker bestimmt. Im Laufe der Zeit wird der Beipackzettel immer stärker zu einer Patienteninformation, die den Patienten in die Lage versetzen soll, das Arzneimittel richtig anzuwenden. Veränderungen des Aufbaus, des Stils und der gesetzlichen Anforderungen belegen diesen Wandel.⁵⁸ Die Bedeutung des Beipackzettels wächst infolge des Contergan-Skandals durch höhere Anforderungen an Arzneimittelinformation und -überwachung; sie wächst außerdem mit der Tendenz zum „Konsum-Arzneimittel“, das der Patient ohne Konsultation des Arztes erwirbt und vollständig selbst bezahlt. So wie im 19. Jahrhundert der Schutz durch Marke und Patent die *pharmazeutisch* sichere Arzneimittelverwendung von der Strukturrolle des Apothekers gelöst hat, so macht der Beipackzettel die *medizinisch* sichere Arzneimittelverwendung von der Strukturrolle des Arztes unabhängig. Nur die rezeptpflichtig-erstattungsfähigen Arzneimittel bleiben noch auf die zusätzliche, persönliche Sicherung durch den Arzt (Verschreibung) und den Apotheker (kontrollierte Abgabe) angewiesen. Für den weitaus größeren und wachsenden Bereich der „Konsum-Arzneimittel“ gilt das Prinzip der „Selbstmedikation“, das gesundheitspolitisch im Sinne der Entlastung der Krankenkassen gewollt ist.⁵⁹

⁵⁷ Zum Beispiel Berliner Morgenpost vom 7. November 2004.

⁵⁸ Initiative zu „patientengerechten“ Packungsbeilagen seit Mitte der 90er Jahre (PZ 35, 1994, S. 16; PZ 4, 2001, S. 26); Historische Anmerkungen: Friedrich 2003.

⁵⁹ Das Wort „Selbstmedikation“ wird seit 1967 verwendet (PZ 21, 1982, S. 1143). Selbstmedikation nimmt seit den 80er Jahren weltweit stark zu (PZ 29, 1983, S. 1477).

8. Resümee: Unsicherheit und Eigenverantwortung

Es wurde argumentiert, daß die grundlegende Anforderung für den Umgang mit Pharmaka in der Sicherstellung ihrer materialen Identität und Qualität besteht. Hinsichtlich dieses Bezugsproblems war die Rollenstruktur des Apothekers lange Zeit funktional: Stabilisiert über den Bezug zur Medizin und staatliche Kontrolle konnte normativ erwartet werden, in der Apotheke im Bedarfsfall die erforderlichen Pharmaka in guter Qualität zu erhalten. In der Arzneitaxe festgelegte Preise verhinderten, daß die Notsituation des Arzneimittelbedarfs finanziell ausgenutzt wird; Privilegien glichen wirtschaftliche Nachteile für Apotheker aus.

Doch mit dem Paradigmenwechsel vom „Mittel des Arztes“ zum Wirkstoff als Kriterium der Zurechnung von Gegenständen als Pharmaka verlor die Strukturrolle des Apothekers weitgehend ihre Berechtigung: Durch die Kombination von Patent- und Markenrecht, beziehungsweise später die Bindung der Zulassung an ein bestimmt verpacktes Produkt, garantiert das wirkstoffbasierte Fertigarzneimittel seine Identität und Qualität selbst. Weil durch bessere Lager- und Transportfähigkeit der Arzneimittel sowie die Einführung der Krankenkassen mit einer durchschnittlichen Nachfrage kalkuliert werden kann, können die meisten Arzneimittel aus Anbieterperspektive nun wie normale Güter behandelt werden. Die Funktion des Apothekers beschränkt sich damit auf die richtige Abgabe von Arzneimitteln. Der Liberalisierung des Arzneimittelbereichs steht deshalb wenig entgegen. Denn solange Zulassung und Überwachung funktionieren und Fälschungen nicht überhand nehmen,⁶⁰ ist die Ding-Struktur des Fertigarzneimittels besser geeignet, die Identität und Qualität der gefährlicheren, kleinteiligeren und komplexeren Wirkstoff-Pharmaka zu garantieren.

Die Einführung von Marktstrukturen wirkt jedoch ihrerseits darauf zurück, wie Gegenstände als Arzneimittel zugerechnet werden. In der Idee des Pharmakons als Wirkstoff bereits angelegt, kommt es unter Marktbedingungen zu einer erheblichen Komplexitätssteigerung des Arzneimittelbereichs: Neben einer Vervielfältigung pharmazeutisch nahezu identischer Produkte, die sich lediglich durch Hersteller und Preis unterscheiden (Generika, Import-Arzneimittel) erweitern Nahrungsergänzungsmittel und functional food den potentiellen Arzneimittelbereich ganz erheblich. Mit dieser Ausweitung geht einher, daß nun innerhalb der Arzneimittel zwischen erstattungsfähigen und nicht-erstattungsfähigen Arzneimitteln differenziert wird. Weil dafür die Unterscheidung der Rezeptpflicht (und damit Kriterium der Gefährlichkeit) mit der Unterscheidung der Erstattungsfähigkeit (und damit das Kriterium der

⁶⁰ Wurde das Thema der Arzneimittelfälschungen bis in die 90er Jahre vor allem als Problem der Entwicklungsländer behandelt, so ist es seit neuestem auch hier aktuell (PZ 39, 2004, Pharmazie; am 3. September 2008 am Berliner Hauptbahnhof ein Plakat der Vereinigung zur Bekämpfung von Produktpiraterie: „Das Potenzmittel war gefälscht – echt waren nur die Nebenwirkungen“).

therapeutischen Notwendigkeit) kurzgeschlossen wird, kommt es unerschwerlich zu einer Differenzierung zwischen „richtigen“ und „Konsum-“Arzneimitteln. Schließlich erfolgt durch die Ausweitung der Selbstmedikation die weitgehende Loslösung des Arzneimittels vom Arzt.

Mit diesen drei Rückwirkungen gehen jedoch wiederum diverse Unsicherheiten einher: Weder Laien noch Experten sind mehr in der Lage, die gesamte Vielfalt der Arzneimittel zu überblicken. Zwar sollen diverse Vergleichslisten und Software-Programme dabei behilflich sein, letztlich bleibt der Arzt in der Wahl des konkreten Präparates aber von der Werbung der Pharmaindustrie abhängig oder überläßt die Auswahl gleich dem Apotheker, indem er nur den Wirkstoff verschreibt (aut-idem).

Gilt dies hinsichtlich der rezeptpflichtigen Arzneimittel schon für den Arzt, so gilt es umso mehr hinsichtlich der „Konsum-“ Arzneimittel für den Patient-Konsumenten: Er muß nicht nur innerhalb eines Indikationsgebietes oder innerhalb einer Wirkstoffgruppe wählen, wobei er weder die Gefährlichkeit des konkreten Präparates noch dessen therapeutische Zweckmäßigkeit selbst beurteilen kann. Er sieht sich außerdem mit einer sehr heterogenen Gruppe von Gegenständen konfrontiert, die zwar alle den Anspruch auf Gesundheitsförderlichkeit aufgrund von Wirkstoffen erheben, die aber nach Beleg dieses Anspruches, Überprüfung von Nebenwirkungen, Sicherheit des Vertriebsweges, Intensität des Wirkstoffes, etc. ganz unterschiedlich sein können. Internetplattformen, Stiftung Warentest oder auch – nach wie vor – der Apotheker können bei der Auswahl helfen. Die Entscheidung, wo zu Präventions- oder Heilzwecken ein Pharmakon nachgefragt wird und wieviel Aufwand mit der Auswahl des konkreten Präparates getrieben wird, liegt aber bei ihm. Nicht nur die Werbung der pharmazeutischen Anbieter, sondern auch die Maßnahmen der Politik zur „Gesundheitserziehung“⁶¹ sensibilisieren für diese gesundheitliche Eigenverantwortung – verschieben damit aber das Problem der Komplexitätsreduktion letztlich nur auf den Einzelnen.

All dies heißt nicht, daß die Struktur des allgemein-verantwortlichen Apothekers beibehalten werden sollte. Im Gegenteil: Auch der Apotheker kann dem Einzelnen diese Verantwortung nicht mehr abnehmen. Wenn aber die Liberalisierung des Arzneimittelbereichs eingefordert und ausgeweitet wird, so sollte mitbedacht werden, wie voraussetzungsvoll diese Liberalisierung ist und wie groß die Risiken sind, die mit Pharmaka – mehr und anders als mit anderen Gütern – unvermeidlich einhergehen.

⁶¹ Wurden Themen wie Alkohol oder Nikotin in den 70er Jahren noch unter dem Stichwort „Gesundheitserziehung“ verhandelt (ZB PZ 51/52, 1978 S, 2342ff), so wird statt dessen seit den 90er Jahren das Wort „Prävention“ verwendet (zB: PZ 16, 1994, S. 5). Zu aktuellen Initiativen vgl. die homepage des BMG – ganz aktuell: „Sei kein fauler Sack – 3000 Schritte extra“.

9. Literatur

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Adlung, Alfred (1931): *Vergleichende Zusammenstellung der ältesten deutschen Apothekerordnungen*. Herausgegeben von der Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie. Mittenwald: Druck und Verlag von Arthur Neumeier.

Benjamin, Walter (1963). *Das Kunstwerk im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Berendes, Julius (1967): *Das Apothekenwesen. Seine Entstehung und geschichtliche Entwicklung bis zum XX. Jahrhundert*. Mit einem Vorwort von Rudolf Schmitz. Hildesheim: Georg Olms Verlagsbuchhandlung.

Berliner Morgenpost vom 7. November 2004: *Happy-hour in Apotheken*. Von Christine Eichelmann.

Derrida, Jacques (1972): *La pharmacie de Platon*. In: *La dissémination*. Paris: Éditions du Seuil. S. 77-214. Première version publiée dans *Tel Quel* (n 32 et 33), 1968.

Eleftheriadis, Anastasia (1991): *Die Struktur der hippokratischen Theorie der Medizin*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Friedrich, Christoph/Müller-Jahncke, Wolf-Dieter unter Mitarbeit von Daniela Schierhorn(2003) (Hrsg): *Apotheke und Publikum. Die Vorträge der Pharmaziehistorischen Biennale in Karlsruhe vom 26. bis 28. April 2002*.

Gaude, Werner (1981): *Die alte Apotheke. Eine tausendjährige Kulturgeschichte*. Zürich: Buchclub Ex Libris.

Kelle, Udo/Kluge, Susann (1999): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkonstrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Lese + Budrich.

Kuhn, Thomas (1973): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Letter, Paul (2000): *Paracelsus. Leben und Werk*. Klein-Königsförder: Königsfurt.

Luhmann, Niklas (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Mannestätter, Antje (2004): *Diethelm Lavater II (1781-1846) Ein Züricher Arzt-Apotheker im Spiegel seiner Korrespondenz*. Mit einem Geleitwort von Christoph Friedrich. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Mez-Mangold, Lydia (1972): *Aus der Geschichte des Medikaments*. Basel: Editiones "Rockes".

Müller, Ingo Wilhelm (1993): *Humoralmedizin. Physiologische, pathologische und therapeutische Grundlagen der galenistischen Heilkunst*. Heidelberg: Karl Haug Verlag.

Ridder, Paul (1990): *Im Spiegel der Arznei. Sozialgeschichte der Medizin*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft S. Hirzel.

Ridder, Paul (2000): *Der wahre Charakter des Apothekers: Zur Geschichte der Heilberufe*. Greven: Verlag für Gesundheitswissenschaften.

Roth, Gottfried (1991): *Der Eid des Hippokrates*. In: *Niederösterreichische Landesausstellung (1991): Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie*. 4. Mai - 27. Oktober 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums, Neue Folge Nr. 276, Wien 191. Katause Gaming.

Schmitz, Rudolf (1966): *Mörser, Kolben und Phiolen. Aus der Welt der Pharmazie*. Stuttgart: Franckh'sche Verlagshandlung.

Schmitz, Rudolf (1998): *Geschichte der Pharmazie. Band I: Von den Anfängen bis zum Ausgang des Mittelalters*. Eschborn: Govi-Verlag Pharmazeutischer Verlag GmbH.

Schmitz, Rudolf (2005): Geschichte der Pharmazie. Band II: Von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Von Christoph Friedrich und Wolf-Dieter Müller-Jahncke. Eschborn: Govi-Verlag Pharmazeutischer Verlag GmbH.

Schneider, Wolfgang (1962) (Hrsg): Probleme der Periodisierung in der Pharmaziegeschichte. Die "Georg-Urdang-Gedächtnisstagung" im August 1960 dem Wortlaut der Vorträge von Otto Beßler, Josef Mayerhöfer, Wolfgang Schneider, Gerald Schröder und Dir Arnold Wittop Koning. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schulze, Christian (2002): Die pharmazeutische Fachliteratur in der Antike. Eine Einführung. Göttingen: Duehrkohp & Radicke. Wissenschaftliche Publikationen.

Siebert, Horst (1996): Einführung in die Volkswirtschaftslehre. 12., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Stapel, Ute (1988): Die Arzneimittelgesetze 1961 und 1976. Mit einem Geleitwort von Rudolf Schmitz. Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, herausgegeben von Rudolf Schmitz, Band 43. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag.

Stiftung Warentest (2006): Handbuch Selbstmedikation. Rezeptfreie Mittel für Sie bewertet. Berlin: Stiftung Warentest.

Tauchnitz, Thomas (1999): Krankenkassen - Zwang oder Segen? Organisationsgeschichte des deutschen Krankenkassenwesens im "langen" 19. Jahrhundert. Opladen: Leske + Budrich.

Urdang, Georg / Dieckmann, Hand (1955): Einführung in die Geschichte der deutschen Pharmazie. Frankfurt am Main: Govi-Verlag GmbH (Pharmazeutischer Verlag).

Varian, Hal (1995): Grundzüge der Mikroökonomik. Aus dem Amerikanischen von Reiner Buchegger, 3. Auflage. München, Wien: Oldenbourg.

Wimmer, Wolfgang (1994): "Wir haben fast immer was Neues" Gesundheitswesen und Innovationen der Pharma-Industrie in Deutschland, 1880-1935. Berlin: Duncker & Humblot.

Wüllrich, Susanne (1987): Geschichte der Hageda als Standeseigener Grosshandel der Apotheker. Mit einem Geleitwort von Rudolf Schmitz. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag.

PZ, Pharmazeutische Zeitung

Zu den bibliographischen Angaben: Die PZ liegt seit 1998 als Online-Ressource vor. Weil sie seitdem von den Bibliotheken weitgehend nur noch im aktuellen Jahrgang aufbewahrt wird, wurde hier teilweise auf diese online-Version zurückgegriffen. Da dabei nicht auch die Seitenangaben der Papier-Version digitalisiert sind, wird hier für diese Artikel lediglich auf den thematischen Bereich verwiesen, in dem innerhalb der jeweiligen Ausgabe der Artikel erschienen ist, sowie der Name des Autors angegeben. Entsprechend wird hier zitiert mit Nummer der Ausgabe / Jahrgang (teilweise mit Band-Nummer) / Seitenzahl oder Themenbereich und Autor des Artikels / Titel.

PZ 25, 1978, S. 1088ff: Die Bedeutung des Randsortiments in der Apotheke.

ZB PZ 51/52, 1978, S. 2342ff: Keine Spaltung zwischen Theorie und Praxis – Bundesvereinigung veranstaltet Tagung „Methoden der Gesundheitserziehung“.

PZ 27, 1981, S. 1324ff: Die deutschen Apotheken im Wettbewerb mit der Drogerie.

PZ 21, 1982, S. 1143: Selbstmedikation – eine medizinische Intervention im sozialpolitischen Spannungsfeld.

PZ 40, 1982, S. 2077: Neue Regierung scheint an Negativliste festzuhalten. Koalitionsvereinbarungen sprechen von „Bagatell- und Luxusmedizin“ – Grundsätzliche Stellungnahme der ABDA zu sogenannten Bagatellarzneimitteln.

- PZ 29, 1983, S. 1477: Selbstmedikation weltweit im Vormarsch – Europäische Fachverbandstagung der Heilmittelindustrie in Stockholm.
- PZ 36, 1983, S. 1983 : Zwischen Unkenntnis und Anmaßung: die Thesen eines Ökonomen zur Reform des Arzneimittelmarktes.
- PZ 6, 1985, S. 325ff: Dem Apotheker bei Generika die Wahl überlassen.
- PZ 33, 1986, S. 1909: Marktwirtschaftliche Prinzipien sollen das Gesundheitssystem beleben.
- PZ 50, 1987, S. 3169f: „Health Orphans“: Stiefkinder des Gesundheitswesens – Erstes europäisches Meeting in Brüssel.
- PZ 20, 1989, S. 19: Lagerwertverluste durch Festbeträge.
- PZ 31, 1989, S. 16: BMA üerrascht mit Entwurf für Negativliste.
- PZ 48, 1990, S. 16f: Verlustausgleich für Apotheken unzureichend.
- PZ 48, 1992, S. 15 (Jürgen Becker): Radikalkur verordnet.
- PZ 22, 1993, S. 21: EG lehnt Arzneimittel im Versandhandel ab.
- PZ 16, 1994, S. 5: Institution Apotheke für Prävention nutzen.
- PZ 35, 1994, S. 16: Packungsbeilagen mit patientengerechtem Text.
- PZ 4, 2001, S. 26 (Brigitte Gensthaler): Packungsbeilage: Klare Worte statt Fachchinesisch.
- PZ 26, 2002, Politik (PZ): Neues zu Aut idem.
- PZ 48, 2002, Politik (Ralf Denda): Wirtschaftsweise beeinflussen Gesundheitsreform.
- PZ 39, 2003, Politik (Patrick Hollstein): Schmidt-Berater für Fremdbesitz.
- PZ 43, 2003, Politik (Daniel Rücker): Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Apotheken.
- PZ 47, 2003, Politik (Daniel Rücker): Kooperationen: Pseudo-Ketten gefährden Freiberuflichkeit.
- Z 1/2 , 2004, Titel (Michael Jung und Lutz Tisch): Arzneimittel-Versandhandel: Die neuen Regelungen
- PZ 25, 2004, Politik (Daniel Rücker): Drogeriekette will Rezeptsammelstelle werden.
- PZ 39, 2004, Pharmazie (Brigitte Gensthaler): Arzneimittelfälschungen: Wachsamkeit ist oberstes Gebot.
- PZ 5, 2005, Politik (Daniel Rücker): Qualitätsinstitut: Kein Amt für Einsparungen.
- PZ 6, 2007, S. 8 (Daniel Rücker): Rabattverträge: die Industrie zeigt sich reserviert.
- PZ 43, 2007, S. 43 (Uta Grossmann): Drogeriemarkt: Rezeptsammelstellen laufen so lala.
- PZ 6, 2008, Wirtschaft und Handel (PZ): Schlecker steigt ein.