

Der Bundesgesetzgeber will ein untaugliches Mittel am falschen Objekt erproben: Der Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung sieht vor, daß die Arbeitsverträge im Rahmen eines Weiterbildungsverhältnisses von Ärzten an Krankenhäusern befristet werden dürfen. Das „Grundgesetz des ärztlichen Berufes“, nämlich die Bundesärzteordnung, aber derart zu manipulieren ist verfassungsrechtlich bedenklich und zudem sachlich inopportun wie auch die Hauptversammlung des Marburger Bundes in Köln unterstrich.

Zudem bedeutet es einen flagranten Eingriff in die Tarifautonomie und wertet die Tarifvertretung der Krankenhausärzte dadurch ab, wenn diese generell befristete Arbeitsverhältnisse bei ihrer Weiterbildung hinnehmen müßten.

## Auf Abruf?

Es kann doch nicht „rechtslogisch“ sein, Zulassungs- und Weiterbildungsprobleme zu vermengen und essentielle Forderungen an eine *freiwillige* Weiterbildung mit arbeitsvertraglichen Auflagen zu verknüpfen. Denn der Arzt wird nicht aufgrund einer Weiterbildung am Krankenhaus beschäftigt, sondern ausschließlich zur Versorgung von Patienten. Auch Eingriffe in das Recht des approbierten Arztes auf die freie Berufsausübung dürfen nicht in dieser Weise vorgenommen werden. Der Gesetzgeber hat doch lediglich eine Kompetenz im Hinblick auf die Zulassung; die ärztliche Berufsausübung hingegen fällt nicht in seine Zuständigkeit. Der Verordnungsgeber darf den

Berufszugang nicht mittelbar steuern und in Weiterbildungsverhältnisse eingreifen. Zudem wären Abruf-Verträge auch deswegen nicht gerechtfertigt, weil nur Mindestweiterbildungszeiten vorgeschrieben sind. Ob diese Zeiten tatsächlich eingehalten werden können, hängt nicht so sehr vom Weiterbildungswilligen und vom weiterbildenden Arzt ab. Mithin ist die Weiterbildung ein „Nebenprodukt der ärztlichen Berufsausübung“. – Falls die Verträge tatsächlich befristet werden sollten, droht der Weiterbildung eine der gesamten ärztlichen Berufsausübung schädende Verschulung. Daß auch der Arbeitsfriede im Krankenhaus gestört, daß die Fluktuation gesteigert und die Qualität der Patientenversorgung gemindert werden, hätte den Initiatoren dieser mangelhaft durchdachten Verordnung doch längst aufgehen müssen! HC

Der deutschen Pharmaindustrie wird der Vorwurf gemacht, sie produziere zu viele gleichartige Präparate nebeneinander, der Markt – so er überhaupt einer sei – sei deshalb ein undurchsichtiger Dschungel.

Dafür ein Beispiel: Der Magensäure-Regulator Cimetidin ist in der Bundesrepublik Deutschland laut „Roter Liste“ mit einem einzigen Präparat vertreten. Im „Prontuario terapeutico“ des italienischen staatlichen Gesundheitsdienstes – in einer Liste also, in der das Gesundheitsministerium die für den Gesundheitsdienst zugelassenen Medikamente aufführt – gibt es sechzehn Cimetidin-Präparate. Der neuere Säurehemmer Ranitidin ist in der „Roten Liste“ mit zwei Präparaten zu finden, im italienischen „Prontuario“ zehnmal.

Das hat natürlich auch mit dem italienischen Patentwe-

## Pharmamarkt

sen zu tun. Die Preise übrigens sind in Italien staatlich gestoppt, aber trotzdem bei wirkstoffidentischen Präparaten unterschiedlich. Die Erfinderrfirmen – nicht italienisch – liegen jeweils am oberen Ende der Preisskala, die Preise betragen aber immerhin 62 beziehungsweise 86 Prozent des deutschen Preises. Die jeweils billigsten Nachahmer bekommen 51 beziehungsweise 67 Prozent des deutschen Preises.

Der Nachahmungstrieb ist allerdings begrenzt und auf einige Stoffe beschränkt, aus welchen Gründen auch immer: Die Nachahmung könnte mehr oder weniger unkompliziert sein, oder der Ersthändler verkauft billig den Grundstoff, oder der Nachah-

mer verspricht sich einen großen Markt. Letzteres dürfte eine größere Rolle spielen: Vom Blutdrucksenker Minoxidil gibt es nur einen Nachahmer; hoher Blutdruck wird in Italien nicht so ernst genommen. Gallensteine hingegen sind, ernährungsbedingt, häufiger. Und siehe da: Den sieben deutschen Markenpräparaten stehen 19 italienische gegenüber.

Andererseits: Wenn bei uns kein Patentschutz mehr besteht, ist häufig die Zahl der angebotenen Präparate größer als in Italien, zum Beispiel bei den Koronardilatoren vom Nitroglycerin-Typ. Und: Es kommt sogar vor, daß deutsche Präparate dann billiger sind als das entsprechende italienische Produkt.

So ganz ohne Einfluß auf Produktion und Preisgestaltung ist also der angeblich nicht vorhandene Markt wohl doch nicht – hier wie da. bt