Haltet den Dieb[1]

von Prof. Dr. Harald G. Schweim, Apotheker, Köln

Laut Deutschlandfunk vom 13.09.2023 hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) seine Amtsvorgänger für die Arzneimittel-Engpässe verantwortlich gemacht. *Das Problem sei seit langem bekannt, doch in den vergangenen zehn Jahren habe man nicht wirklich darauf reagiert*, sagte der SPD-Politiker. Völlig Unrecht hat er mit der Aussage nicht, wir hatten in der Tat eine lange Reihe unfähiger Gesundheitsministerinnen und Minister (von vielen erinnert man nur mühsam wenigstens den Namen, deshalb zähle ich sie hier auf), in die er sich nahtlos einpasst. Ulla Schmidt (2001-2009), Philipp Rösler (09-11) Daniel Bahr (11-13) Hermann Gröhe (13-18) und Jens Spahn (18 -21). Und auch die „Nicht-SPD" - Minister nach Ulla Schmidt haben verabsäumt, die katastrophalen Kardinalfehler aus der „Ulla-Schmidt-Zeit" zu bereinigen. Was Herr Lauterbach aber verdrängt, ist, dass er selbst schon seit Jahrzehnten Teil des Systems und als einer der wichtigsten Erfinder für die fehlsteuernden Maßnahmen, die in der „Ulla-Schmidt-Zeit" lagen, verantwortlich ist. Was er heute behauptet „reparieren" zu müssen und seinen Vorgängern anlastet, ist in Wahrheit die Beseitigung von Fakten, die er selbst entwickelt hat. Der SPIEGEL schrieb schon 2004: *„Der Kölner Professor Karl Lauterbach ist der wichtigste Berater von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt"*[2]. Und das blieb er bis zu deren Ausscheiden und hat die wesentlichsten Instrumente, die zur schleichenden Zerstörung des Gesundheitssystems und des Pharmastandortes Deutschland führten, mitentwickelt. Ausgangspunkt Allen ist das, was man „Gesundheitsreform" nannte mit dem Kern des Sparen AN Arzneimitteln und nicht MIT Arzneimitteln. Und das Ganze nach dem volkstümlichen Fehlglauben: „Die Pharmaindustrie und die Apotheker verdienen sich eh dumm und dusselig, da können wir massiv sparen". Aber wer waren die Stichwortgeber für Ulla Schmidt neben Karl Lauterbach? Unter anderem der verstorbene Apotheker Professor Dr. Gerd Glaeske. Er und Lauterbach sahen im Arzneimittelmarkt ein Sparpotenzial von bis zu 7 Milliarden Euro. Um dieses zu erschließen, wollte Gerd Glaeske den gesamten Markt umkrempeln. Die bisherigen Regulierungen im Apothekenbereich seien überkommen, diagnostizierte Glaeske in einem Gutachten mit dem Titel *„Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität"*[3]. Er plädierte für die Zulassung des Versandhandels, Preisverhandlungen und die Herausnahme von OTC-Produkten aus der Erstattungsfähigkeit. Auch die Forderungen, endlich die Positivliste einzuführen und patentgeschützte nicht innovative Arzneimittel direkt unter Festbetrag zu stellen, fehlten nicht. Die Einführung von Apothekenketten und Versandhandel sollte nach Glaeskes Einschätzung die Distributionskosten deutlich senken. *„Überträgt man die Erfahrungen mit der Liberalisierung der Anbieterstrukturen, (zum Beispiel aus Norwegen), und betrachtet man die Unterschiede in der Distributionsspanne zwischen Ländern mit und ohne Apothekenketten, so kann eine Einsparung von 1 bis 2 Milliarden Euro erwartet werden".* Und die Realität: Die Linksfraktion hatte sich in einer Anfrage 2007 unter anderem nach dem Anteil des Versandhandels an den GKV-Arzneimittelausgaben sowie den hieraus resultierenden Einsparungen erkundigt. In der Antwort hieß es, dass 2005 rund 0,6 Prozent der Arzneimittelausgaben auf Versandapotheken entfielen, 2006 waren es rund 0,8 Prozent. Angaben zu etwaigen Einsparungen lägen dem BMG nicht vor. Besonders einsilbig fiel die Antwort auf die Fragen aus, ob die Regierung die Arzneimittelsicherheit durch neue Vertriebsformen gefährdet und deshalb Handlungsbedarf sehe – etwa durch die Einschränkung des Versandhandels auf nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel. Hierzu wollte die Linke wissen, wie die Regierung ihre Einschätzung im Hinblick auf die Erfordernisse der Qualitätssicherung und Arzneimittelsicherheit begründe. Die Staatssekretärin schrieb hierzu lediglich: *"Der Gesetzgeber hat für den Versandhandel Regelungen zur Qualitätssicherung vorgeschrieben, die unabhängig von der Art des Versandes gelten"*[4]. Eine weitere drastische wirtschaftliche Veränderung in der Apothekenlandschaft ergab sich durch die Bevorzugung der legalen Versandapotheken. Insbesondere ersparen sich diese den

[1] https://www.mittelbayerische.de/archiv/1/haltet-den-dieb-11375084 Ein plumper Trick, um vom eigenen (Fehler) Diebstahl abzulenken, ist auf einen anderen zu zeigen und laut zu schreien: Haltet den Dieb!

[2] https://www.spiegel.de/wissenschaft/der-einfluesterer-a-cac9b0b4-0002-0001-0000-000030346862

[3] http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=25499

[4] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2007/az-31-2007/versand-bmg-weiss-keine-antworten

Aufwand und die Kosten der gesetzlich vorgeschriebenen Nacht- und Notfallversorgung. Kosteneinsparung für die GKV - nicht der Rede wert, aber ein Frontalangriff auf die bewährte Versorgungsstruktur „Präsenzapotheke“ mit u.a. der Spätfolge des Apothekensterbens und der Gefährdung der Notfallversorgung im ländlichen Raum.
Lauterbach spricht von „den letzten 10 Jahren“, beschuldigt also primär Gröhe und Spahn, aber in Wirklichkeit geht alles auf die Sozial-Liberale-Koalition und Ulla Schmidt zurück. Und Lauterbach war immer als Berater „mitten drin“ und seit 2005 zusätzlich mit dem Direktmandat des Wahlkreises 101 Leverkusen und Köln Mülheim im Bundestag.

Die Misere der Kliniken

Karl Lauterbachs „Spezialgebiet“ waren anfangs die Kliniken. Er machte sich bereits seit dem Jahr 2000 für die generelle Einführung des Fallpauschalensystems stark. Mithilfe von Diagnosegruppen (Diagnose Related Groups), bekannt als DRG-System, sollten künftig sämtliche Behandlungen zum Festpreis vergütet werden. Dies führte etwa dazu, dass in zahlreichen Kliniken Verträge mit Chefärzten und Oberärzten geschlossen wurden, die eine Erhöhung der Zahl profitabler Operationen bei immer geringerer Verweildauer im Krankenhaus vorsahen. Das Ärzteblatt sprach in diesem Zusammenhang von „organisierter Körperverletzung im großen Stil“, zahlreiche Ärztinnen und Ärzte warnten vor „blutigen Entlassungen“. Die Aussicht auf mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern dürfte in den 2000er Jahren, in denen der Neoliberalismus seinen Siegeszug antrat, gerade private Krankenhauskonzerne elektrisiert haben, die ihre Chancen wachsen sahen. Der Bettenabbau ging schließlich jahrelang mit der Reduzierung des Personals einher. Die Probleme des Fallpauschalen-Systems waren Lauterbach bereits vor dessen Einführung bekannt. So schrieb er bereits im Jahr 2000: *„Eine DRG-basierte Vergütung könnte einen Anreiz bedeuten, den Patienten mit möglichst geringem Aufwand zu behandeln und dann frühzeitig zu entlassen. [...] Die amerikanischen Erfahrungen haben gezeigt, dass ein Anstieg der Mortalität nicht eingetreten ist. Die Verweildauer sank im Rahmen eines langfristigen Trends weiter ab, wobei Entlassungen mit instabilem Zustand des Patienten leicht zunahmen“.* Hier liegt die Basis für die Probleme im deutschen Krankenhauswesen, an denen Herr Lauterbach heute „herumretuschiert“, um seine direkte Mitverantwortung zu verschleiern und auf die daran völlig unschuldigen Herren Gröhe und Spahn mit dem Finger zu zeigen.

Lauterbach und „die Armen“

Auch an der Einführung der Praxisgebühr war Karl Lauterbach beteiligt. Die Ärzteschaft warnte davor, dass insbesondere ärmere Menschen nun seltener zum Arzt gehen würden. Bei Lauterbach stießen diese Warnungen auf taube Ohren. Ein Gesundheitsrisiko konnte er nicht erkennen. Als er in einem Gespräch mit dem Deutschlandfunk gebeten wurde, zu dieser Position Stellung zu beziehen, entgegnete Lauterbach: *„Hätten wir weniger Arztbesuche, könnte jeder einzelne Arztbesuch länger dauern und es zu besserer Qualität bringen. Somit, weniger Arztbesuche bedeutet nicht weniger Qualität.“*

„Gesundheitsreform“

ist seit Jahrzehnten in Deutschland realiter, vor allem die Eindämmung der Kostenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Während Lauterbach seit Beginn der Corona-Pandemie Dauergast in den Talkshows der Republik ist und dort auch stets vor drohenden Überlastungen des Gesundheitssystems, insbesondere in der Pflege, warnt, hat er seinen eigenen Anteil am Pflegenotstand in den Krankenhäusern allem Anschein nach nie reflektiert. Schlechte Arbeitsbedingungen, miese Bezahlung und eine extrem hohe Arbeitsdichte prägen den Alltag in der Pflege. All dies ist insbesondere auf die Einführung des DRG-Systems zurückzuführen, welche Lauterbach zuvörderst vorangetrieben hatte.
Die meisten Gesundheitsreformen sollen eine kurzfristige Veränderung der Finanzierung medizinischer Leistungen bewirken. Die Förderung präventiver Ansätze zur Verhinderung krankheitsbedingter Kosten spielte bei den bisherigen Gesundheitsreformen dagegen meist eine geringere Rolle. „Qualitätsverbesserung“ war nur ein wohlfeiles Lippenbekenntnis in den Formulierungen. Ulla Schmidt (SPD) versprach sich davon nicht nur eine Senkung der Kosten, sondern auch „mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern“. Lauterbach war in dieser Zeit

einer ihrer engsten Berater, was den Spiegel dazu veranlasste, Lauterbach als den „Einflüsterer“ Ulla Schmidts zu bezeichnen. Unter dem Einfluss von Beratern, zu denen erstrangig Karl Lauterbach zählte, wurden „Instrumente“ entwickelt, so die völlig überflüssige Institution IQWiG: Das Institut für **Qualität** und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde 2004 im Zuge der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes gegründet, um die **Qualität** und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung in Deutschland zu verbessern. Es nahm am 1. Oktober 2004 in Köln mit zwölf Mitarbeitern seine Arbeit auf. Das IQWiG arbeitet im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und wird durch sogenannte Systemzuschläge finanziert. Der Haushalt des Instituts lag für 2021 bei 27,65 Millionen Euro. Geld der Versicherten, das für die originären Aufgaben der Krankenversorgung fehlt. Es führt die Qualität an erster Stelle im Namen, realiter ist es nur eine Geldsparinstitution. Hauptsinn in meiner Wahrnehmung ist die bürokratische Behinderung von Innovationen im Arzneimittelbereich. Den Kern des bürokratischen Systems bildet der G-BA. „Etwa 74 Millionen Menschen sind in Deutschland gesetzlich krankenversichert. Sie haben Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung“ – so formuliert es das Gesetz. Mit Aufgaben, den Leistungsanspruch auf Basis von möglichst guten wissenschaftlichen Erkenntnissen näher auszugestalten, beauftragte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA-Zuschlag wird jährlich vom G-BA neu festgelegt und beträgt im Jahr 2021 für den stationären Sektor 1,89 € pro Fall. In beiden ambulanten Sektoren gilt ein Zuschlag von 5,5875235 Cent pro Fall für das Jahr 2021.
Da haben wir teure Institutionen, die sich frühzeitig den sich abzeichnenden Arzneimittelengpässen hätten annehmen können.

Zu den Arzneimitteln:

Durch das Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) 2002 unter Ulla Schmidt (SPD) eingeführte Steuerungsinstrument Re-Importe waren die Apotheker gezwungen, ab April 2002 jeden Monat 5%, ab 2003 sogar 7,5% Importquote bei ihrem GKV-Umsatz zu erreichen. Es war daher nicht überraschend, dass der Marktanteil der Re-Importe an den Arzneimittelumsätzen von 1,8% im Jahre 1998 auf über 8,0% im Jahre 2002 anstieg. Zwar kann festgestellt werden, dass durch das Steuerungsinstrument Re-Importe im Jahre 2002 ca. 121 Millionen Euro eingespart werden konnten, jedoch stehen diesem Ergebnis Umsatzeinbußen, geminderte Gewinne und folglich eine Verlagerung von Arbeitsplätzen bei vielen Arzneimittelherstellern entgegen, die nicht mehr verhältnismäßig sind. Eine Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen ist mit diesem Steuerungsinstrument nicht erzielt worden. Durch die Mehrwertsteuer, die bei Medikamenten bei 16% lag, sind die Re-Importe überhaupt erst rentabel, da diese im Falle einer Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Importeure finanziell betrachtet völlig uninteressant wären. Für die Pharmaindustrie würde das aber nicht nur eine große Entlastung bedeuten, sondern diese auch darin bestärken, weiterhin in den Standort Deutschland zu investieren. Da aber eine einmal eingeführte Steuer im Allgemeinen nicht zurückgenommen wird, sind diese Gedanken illusorisch. Es bleibt also, dass das Steuerungsinstrument Re-Importe nicht die Wirkung erbracht hat, die sich die Bundesregierung erhofft hatte. An dieser Stelle hätten „Fachleute“, im Ministerium erstmals die Chance gehabt, den Weg in die späterer „Katastrophe“ zu stoppen.
Stattdessen suchte Ulla Schmidt nach einem neuen Steuerungsinstrument und versuchte es mit der Aut-idem-Regelung. Diese war Bestandteil des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes, mit welchem auch der Apothekenrabatt auf 6% erhöht wurde. Ebenfalls vorgesehen war hier eine einmalige Zahlung der forschenden Pharmaindustrie in Höhe von 400 Millionen DM für die Streichung der Preisabschlagsregelung von 4%. Mit diesen Steuerungsinstrumenten versuchte Schmidt noch ein letztes Mal vor den anstehenden Wahlen, den massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben zu stoppen. Mit diesem „Reformpaket“ verkümmerte die Arzneimittelpolitik in Deutschland immer mehr zu einer Kostendämpfungspolitik. Nach den Erfahrungen mit dem Steuerungsinstrument der Aut-idem-Regelung für wirkstoffgleiche Arzneimittel kann festgestellt werden, dass dieses Steuerungsinstrument nicht den Erfolg brachte, den sich die Bundesregierung versprochen hatte. Die erzielten Einsparungen lagen nach Berechnungen der Betriebskrankenkassen für das Jahr 2003 nur bei ca. 170 Millionen Euro, also deutlich unter den 225 Millionen Euro, auf die

das Gesundheitsministerium gehofft hatte. Angesichts des ganzen Umstellungsaufwandes und des damit ausgelösten Unmuts bei Ärzteschaft und Pharmaindustrie war dieses Steuerungsinstrument als unverhältnismäßig und damit gescheitert zu betrachten.
Ein schwerer Sündenfall wider den Geist des Arzneimittelgesetzes als Verbraucherschutzgesetz war die Herausnahme der OTC-Arzneimittel aus der Erstattung durch die GKV. Hier wurden Produkte, die erprobt und sicher waren, deswegen waren sie ja verschreibungsfrei, nicht mehr erstattet. Eine völlige Perversion des Schutzgedankens, die Verschreibungspflicht ist eine Patientenschutzmaßnahme, keine ökonomische Leitschnur.
Es hat viele warnende Stimmen zur verfehlten Politik und ihren zukünftigen Auswirkungen gegeben. Von vielen Stellen wurde ein „Herumwerfen des Ruders“ gefordert und die wahrscheinlichen Folgen der falschen Politik dargestellt. Ich möchte hier nur unsere Beiträge erwähnen:
Innovationsfeindliche Auswirkungen des AMNOG[5] (2011), Auszug:
Der kritische Punkt ist die "zweckmäßige Vergleichstherapie". Dazu ein Zitat aus § 6 Abs. 5 der Verfahrensordnung: "Bei mehreren Alternativen ist die wirtschaftlichste Therapie zu wählen, vorzugsweise eine Therapie, für die ein Festbetrag gilt." Wenn der DPP-4-Hemmer Linagliptin somit nicht mit anderen DPP-4-Hemmern, sondern mit einem "Uralt-Antidiabetikum" verglichen wird, dann hat er natürlich keine Chance auf eine dem Forschungsaufwand angemessene Erstattung. Es ist damit zu rechnen, dass weitere Unternehmen sich in vergleichbaren Fällen vergleichbar verhalten werden. Denn Rainer Hess, der Vorsitzende des G-BA, sagte: "Wir sehen überhaupt keinen Anlass dafür, von Einzelheiten der Nutzenbewertung Abstand zu nehmen". Damit droht das AMNOG zum Sicherheitsrisiko für die Versorgung der Bevölkerung mit neuen innovativen Arzneimitteln zu werden.
Zusatznutzen und -kosten neuer Arzneimittel[6] (2011), Auszug:
Prof. Harald G. Schweim, Lehrstuhl Drug Regulatory Affairs der Universität Bonn, stellte in seinem einführenden Vortrag zur Entwicklung der Kosten-Nutzen-Bewertung im Lauf der Jahrzehnte die These in den Raum: Sparen mit Arzneimitteln ist billiger als ohne Arzneimittel. Heutige Reglementierungen zielen, so Schweim, ausschließlich auf Kostenkontrolle. Die in China und Indien produzierten Wirkstoffe seien seiner Meinung nach häufig an der Grenze der Spezifikationsanforderungen. Die Bioäquivalenz von Generika sei so nicht mehr gewährleistet, was gerade den Generikawechsel bei Schmerzmedikamenten oft sehr problematisch mache. Der Apotheker sei verpflichtet, "pharmazeutische Bedenken" zu äußern, wenn er damit Gefährdungen vermeiden kann. Das AMNOG hat neue Methoden der Preisbildung eingeführt. Die frühe Nutzenbewertung durch das IQWiG und Verordnungseinschränkungen des G-BA führen dazu, dass Arzneimittel nicht mehr lange genug patentgeschützt auf dem Markt sind, so Schweim. Manchmal werden (mehr oder weniger) innovative Arzneimittel durch die Notwendigkeit der frühen Nutzenbewertung von der GKV-Erstattung ausgeschlossen. Dies kann zur Folge haben, dass beispielsweise dringend benötigte Antibiotika nicht auf den Markt kommen. Schweim hält das unbegrenzte Leistungsversprechen für überholt. Eine Rationierung sei unumgänglich. In die Forschung müsse mehr Geld fließen, und bei der Zulassung von Arzneimitteln sei der Nachweis des Zusatznutzens und der Wirtschaftlichkeit zeitgemäß.
"Drug Shortage"; Ist Arzneimittelmangel à la USA bald auch ein deutsches Problem?[7] (2012), Auszug:
Das US-amerikanische Gesundheitssystem hat bereits seit einigen Jahren mit dem massiven und stetig wachsenden Problem "Drug Shortage" (= Arzneimittelmangel, -engpass) zu kämpfen. Die Ursachen sind vielfältig: Qualitätsmängel, Herstellungsprobleme, Produktionsverzögerungen, Lieferverzögerungen für Rohstoffe und Ausgangsmaterialien oder schlicht die Produktionseinstellung oder Marktrücknahme von älteren und wirtschaftlich unprofitabel gewordenen Arzneimitteln als unternehmerische Entscheidung der Arzneimittelhersteller. Die Globalisierung trägt ein Übriges zur Arzneimittelknappheit in den USA bei. Früher wurden die meisten dort verbrauchten Arzneimittel

[5] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2011/daz-47-2011/probleme-bei-der-fruehen-nutzenbewertung
[6] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2011/daz-44-2011/arzneimittelversorgung-der-zukunft
[7] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/daz-13-2012/drug-shortage

auch dort hergestellt. Heute verfolgen viele Pharmaunternehmen die Strategie, ihre Produktionsstandorte aufgrund niedrigerer Produktions- und Lohnkosten nach Asien zu verlegen; werden in den USA z. B. keine Antibiotika mehr hergestellt. Auf der anderen Seite erleben Länder wie China, Indien, Russland und Brasilien seit einigen Jahren einen Wirtschaftsboom im Bereich der pharmazeutischen Industrie und verzeichnen hohe zweistellige Zuwachsraten. Durch den Abwanderungstrend der US-Unternehmen ins Ausland bei gleichzeitiger Erstarkung der ausländischen Pharmamärkte haben sich die USA in eine enorme Abhängigkeit begeben.

Eine Folge von Sparpolitik und Preiswettbewerb bei Arzneimitteln?[8] (2013), Auszug:

Bereits vor knapp einem Jahr hatten wir uns in einem Beitrag in der DAZ mit dem Problem "Drug Shortage" in den USA auseinandergesetzt und davor gewarnt, dass ähnliche Zustände bald auch in Deutschland eintreten könnten. Die Berichterstattung der Massenmedien in den letzten Monaten erweckt den Anschein, dass ein ähnlich kritischer Versorgungszustand mit Arzneimitteln in Deutschland bereits jetzt besteht. Zahlreiche Krankenhäuser und Kliniken beklagen öffentlich, dass sie nicht mehr ausreichend und rechtzeitig mit dringend benötigten Medikamenten beliefert werden.

Arzneimittelembargo als Waffe? - Schweim fordert sichere Arzneimittelversorgung[9] (2015) Auszug:

Offene Worte, viel - Unangenehmes und harte Kost servierte Prof. Dr. Harald Schweim, Universität Bonn, in seinem Festvortrag auf dem Thüringer Apothekertag. Er kritisierte die Gesundheitsreformen, die nur zur Kostenkontrolle und nicht zur Systemverbesserung dienen. Die großen Probleme einer sicheren Arzneimittelversorgung seien ungelöst. Kritik übte Schweim am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der frühen Nutzenbewertung. Die Nutzenbewertung habe keine wissenschaftliche Bedeutung, das IQWiG sei „überflüssig wie ein Kropf“. In Europa werden, so Schweim, die Risiken der Arzneimittel zu stark betont und nicht mehr ihr Nutzen, wie das Beispiel Metoclopramid gezeigt habe. „Uns fehlen neue Arzneimittel“, mahnte Schweim, „vor allem neue Antibiotika“ – eine Ursache: Sie können nicht mehr wirtschaftlich entwickelt werden. Probleme bereiteten auch die negativen Auswirkungen der Globalisierung wie Lieferengpässe, Fälschungen, der Versandhandel und die Produktion wichtiger Arzneistoffe in Drittstaaten: „Wir liefern zuerst das Know-how, dann lassen wir dort produzieren und bekommen die Fälschungen zurück“, brachte es Schweim auf den Punkt. Antibiotika beispielsweise würden nur noch im Ausland hergestellt. „Als Kriegserklärung könnte China die Antibiotikaproduktion stoppen“, so Schweim, „und schon nach drei Wochen würden bei uns täglich 300.000 Menschen sterben.“

Glücklicherweise ist ein solches Szenario bis heute nicht eingetreten. Eingetreten sind aber katastrophale Zustände bei den Arzneimittelengpässen, die die deutschen Apotheken – heroisch – zu managen versuchen. Aber Hoffnung bleibt laut Deutschlandfunk ja doch: „Dank einem neuen Gesetz der Bundesregierung wird laut Lauterbach nun für viele Medikamente, die derzeit überwiegend in Asien hergestellt werden, eine Produktion in Europa aufgebaut. Es dauere aber etwa zwei Jahre, bis die neu entstehenden Anlagen liefern könnten“. Das ist dann 2025, das Jahr, in dem der 21. Bundestag gewählt wird. Ich bin sicher, dass es dann eine/en neue/n Gesundheitminister/in gibt, der /die die Fehler seines/ihres Vorgängers endlich beseitigt.

[8] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/daz-9-2013/eine-folge-von-sparpolitik-und-preiswettbewerb-bei-arzneimitteln

[9] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2015/daz-25-2015/arzneimittelembargo-als-waffe