

Von Vertrauen und Verantwortung in der Pharmaindustrie

Masterarbeit

Von Vertrauen und Verantwortung in der Pharmaindustrie – ein ethischer Exkurs am Beispiel meet-Pfizer

Von
Anika Zitzmann

Fachbereich Wirtschaftswissenschaften I
Betriebswirtschaftslehre

Erstgutachter
Prof. Wilhelm Schmeisser

Zweitgutachter
Prof. Gerfried Hannemann

Berlin, den 19.02.2014



**Hochschule für Technik
und Wirtschaft Berlin**

University of Applied Sciences

Abstract

Due to a myriad number of scandals that have engulfed the global economy in recent years, morality and ethics in business life are contentious contemporary issues. The pharmaceutical industry in particular, as a highly competitive business, is engulfed in conspiracy theories. Despite its contribution to society and human wellbeing, the sector's public image is tarnished. Aspects of compliance, corporate values and ethical standards are widely criticized, this criticism generally accompanied by the desire for further regulation. This thesis examines serious conflicts facing the pharmaceutical industry in Germany today, and the challenges it faces in attaining ethical standards and participating in economic activities in a free market. In addition, persistent allegations against the pharmaceutical industry will be extensively discussed. Considering the industry's strengths and weaknesses, important background knowledge will add nuance to the reader's understanding of specific characteristics of this industry and recent market developments. Based on the analysis of the relevant factors, this paper will show that political, societal and communication restrictions, a policy of savings associated with demographic change as well as polemical reporting in the media only serve to worsen the current situation. In view of the deterioration of the health sector in Germany and facing serious loss, the pharmaceutical industry has implemented a range of compliance and ethics programs that the general public are still, for the most part, unaware of. This project will contribute to further research in order to expand measures in reaction to negative occurrences or changes in the pharmaceutical industry and to establish trust and consumer confidence.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	IX
Abbildungsverzeichnis	XI
1 Zielsetzung der Arbeit und Masterthesen	3
2 Von der Ethik zur Wirtschaftsethik.....	6
2.1 Moral als Gegenstand der Ethik.....	7
2.2 Wichtige philosophische Ansätze zur Wirtschaftsethik.....	9
2.2.1 Kants Kategorischer Imperativ	9
2.2.2 Klassischer Utilitarismus und die Moral des Glücks.....	12
2.3 Aufgabe der Wirtschaftsethik und Abgrenzung zur Unternehmensethik	14
3 Zum ethischen Ruf der Pharmaindustrie.....	20
3.1 Ethische Problemfelder im gesellschaftlichen und politischen Kontext	22
3.2 Antworten auf anhaltende Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie	31
3.2.1 Gewinnsucht pharmazeutischer Unternehmen zu Lasten der Patienten und des deutschen Gesundheitswesens.....	32
3.2.2 Steigende Arzneimittelausgaben aufgrund immer teurer werdender Medikamente.....	33
3.2.3 Marketing-Budget der Unternehmen übersteigt Ausgaben für Forschung und Entwicklung.....	34
3.2.4 Patentschutz von Medikamenten zu Lasten der Dritten Welt.....	34
3.2.5 Scheininnovationen statt echter Innovationen	37
3.2.6 Absatzsteigerung durch Einflussnahme auf die Ärzteschaft	38
3.2.7 Pharmaindustrie kauft Ärzte und Experten für klinische wissenschaftliche Studien.....	38
3.2.8 Selektion und Manipulation von Studien- ergebnissen	39
3.2.9 Missbrauch von Anwendungsbeobachtungen	39
3.2.10 Erfindung von Krankheiten.....	40
3.2.11 Fehlender ethischer Handlungsrahmen in der Pharmaindustrie.....	41
3.3 Wege aus der Krise	41

4 Ethischer Exkurs am Beispiel der Fortbildungsakademie meet-Pfizer	46
4.1 Unternehmensprofil Pfizer.....	46
4.2 Mit gutem Beispiel voran: meet-Pfizer.....	49
4.2.1 Vision und Ziele	50
4.2.2 Struktur und Stakeholder	50
4.2.3 Vernetzung mit Verbänden und anderen Institutionen	53
4.2.4 Mehrwert und Nutzen.....	55
4.2.5 Ausblick	56
5 Fazit	60
Literaturverzeichnis.....	62

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
allg.	allgemein
AWB	Anwendungsbeobachtungen
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.
BVSD	Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V.
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
Dtl.	Deutschland
DGS	Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.
DGSS	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
DSL	Deutsche Schmerzliga e. V.
DSG	Deutsche Schlaganfallgesellschaft e. V.
d. h.	das heißt
EMA	European Medicines Agency
eudraCT	European Clinical Trials Database
et al	et alii
f.	folgende
ff.	fortfolgende
F & E	Forschung und Entwicklung
FMV	Fair Market Value
FSA	Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEP	Global Established Pharma
GIB	Global Innovative Pharma
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG GKV	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GPIHP	Global Policy on Interaction with Healthcare Professionals
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IFMPA	International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MFA	Medizinische Fachangestellte
Mrd.	Milliarden
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NIS	nichtinterventionelle Studien
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OTC	Over-the-counter
VFA	Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.
VOC	Vaccine, Oncology and Consumer
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kategorischer Imperativ als Filter für gegebene Handlungsmaxime.....	11
Abb. 2: Absinken der Grenzmoral.....	15
Abb. 3: Bevölkerungsaufbau in Dtl. in den Jahren 1950, 2012, 2050 und 2060.....	23
Abb. 4: Gesamte Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV).....	25
Abb. 5: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2012.....	26
Abb. 6: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2012.....	26
Abb. 7: Ausgaben für Arzneimittel (Apotheken, Versandhandel und Sonstige).....	27
Abb. 8: Ausgaben für Ärztliche Behandlung.....	27
Abb. 9: Ausgaben für Krankenhausbehandlungen (insgesamt).....	27
Abb. 10: Ausgaben für Früherkennungsmaßnahmen.....	28
Abb. 11: Ausgaben im Vergleich.....	28
Abb. 12: Unternehmen nach Größenklassen in Dtl.....	33
Abb. 13: Ausgaben der internen F & E-Ausgaben der Wirtschaftszweige in Dtl. am Umsatz aus eigenen Erzeugnissen.....	35
Abb. 14: Charles Pfizer und Charles Erhart.....	47
Abb. 15: Unternehmenswerte von Pfizer.....	48
Abb. 16: Aufeinander bauen – das meet-Haus von Pfizer.....	53

1

Zielsetzung
der Arbeit
und
Masterthesen

1 Zielsetzung der Arbeit und Masterthesen

Durch die kulturellen, sozialen und ökologischen Nebenwirkungen des Wirtschaftens hat die Sensibilität für Ethik und Moral in der Wirtschaft drastisch zugenommen. Verursacht durch eine Divergenz zwischen ethisch-moralischen Wertvorstellungen und tatsächlicher Praxis wächst das Interesse an verbindlichen und glaubwürdigen Antworten auf wirtschafts- und unternehmensethische Fragestellungen (vgl. *Bookhagen, 2001, o. S.*). Im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, welches sich immer schwerwiegenderen Herausforderungen gegenübergestellt sieht, wird vor allem die Pharmaindustrie zum »schwarzen Schaf« (*Vollborn / Georgescu, 2005, S. 8*). Die Vorverurteilung dieser Branche bzw. ganzer Berufsgruppen ist in Deutschland zum Normalzustand geworden und lässt eine objektive Betrachtung immer seltener zu (vgl. *Vollborn / Georgescu, 2005, S. 7*). Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick zu geben, in welchem Konflikt sich die pharmazeutische Industrie in Deutschland gegenwärtig befindet und worin dieser begründet liegt. Dabei werden zwei zentrale Thesen verfolgt und im Verlauf dieser Arbeit diskutiert:

Masterthese 1

Pharmaunternehmen bewegen sich im Gesundheitsbereich zwischen ethischem Anspruch und wirtschaftlicher Notwendigkeit.

Masterthese 2

Pragmatisch bewegen sich Pharmaunternehmen ethisch zwischen Utilitarismus und individuellen sowie gesellschaftsrechtlichen Gerechtigkeitsansprüchen.

Das Werk besteht, abgesehen von einer Einleitung und einem Fazit, aus drei Themenschwerpunkten. Im zweiten Kapitel soll dem Leser ein Grundverständnis für die Begriffe Ethik und Moral vermittelt werden. Im Folgenden werden zwei philosophische Ethiktheorien vorgestellt als wichtige Ansätze zur Wirtschaftsethik. Das dritte Kapitel widmet sich dem Ruf der pharmazeutischen Industrie, zeigt gesellschaftliche sowie politische Problemfelder auf und liefert Antworten auf die anhaltenden Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie. In einem letzten Schritt werden Lösungsansätze vorgebracht, die zu einer Verbesserung der aktuellen Situation in Deutschland beitragen können. Neben anderen, in der Praxis bereits existierenden Initiativen wird im vorletzten Kapitel die produktneutrale Fortbildungsakademie meet-Pfizer vorgestellt. Exemplarisch soll erläutert werden, wie Pfizer als globaler Arzneimittelhersteller die immer wiederkehrenden Vorwürfe aufgenommen, diese reflektiert und welche Maßnahmen das Unternehmen abgeleitet hat, um im Zuge einer ökosozialen und nachhaltigen Erneuerung des Gesundheitswesens proaktiv zu handeln. Insgesamt soll dem Leser aufgezeigt werden, dass gegenseitige Schuldzuweisungen seitens Politik und Industrie keine Lösungsoptionen für die Probleme, die das deutsche Gesundheitswesen unumstritten hat, darstellen. Eine Stabilisierung des Systems ist nur gemeinschaftlich zu realisieren, wobei politisches, unternehmerisches, gesellschaftliches und individuelles Engagement gefordert ist (vgl. *Huber / Langbein, 2004, S. 14*).

2

Von
der Ethik
zur
Wirtschaftsethik

2 Von der Ethik zur Wirtschaftsethik

Die Vereinbarkeit der Ethik mit der Betriebswirtschaftslehre ist ein weites und oft untersuchtes Feld (vgl. *Bookhagen, 2001, S. 21*). Seit je her, von den alten Griechen bis zu den Klassikern der modernen politischen Ökonomie, ist das Wirtschaften unter ethisch-praktischen Gesichtspunkten reflektiert worden (vgl. *Düwell et al., 2002, S. 291*). Vor allem im Verlauf der letzten Jahre und in Anbetracht der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen lässt sich ein zunehmendes Interesse an den Fragen der Wirtschafts- und Unternehmensethik feststellen (vgl. *Aßländer, 2011, S. 107*). Durch die Zunahme von fragwürdigen Folgen und Nebenwirkungen auf die natürliche Umwelt, die soziale Lebenswelt sowie unsere kulturelle Innenwelt häufen sich die Fragen nach dem Sinn und dem Wert einer zunehmend eigensinnig wirkenden Wirtschaftsdynamik (vgl. *Düwell et al. 2002, S. 291*). Vor allem im Zuge der letzten weltweiten Wirtschaftskrise im Jahre 2009, deren Folgen sich heute voll entfalten, gerät das marktwirtschaftliche System unter Beschuss. »Der Zeitgeist ist gegen die Marktwirtschaft.« (*Walter, 2009, S. 7*). Begriffe wie Gier, Bereicherung und soziale Ungerechtigkeit werden mit ihr zunehmend in Verbindung gebracht. Dabei hat die Marktwirtschaft selbst durchaus Gutes geleistet, was ihre drei wichtigsten Eigenschaften verdeutlichen (vgl. *Walter, 2009, S. 11 f.*):

Freiheit der Marktteilnehmer:

Diese können frei agieren und werden nicht gezwungen, eine bestimmte Leistung zu erbringen, eine Leistung in Anspruch zu nehmen oder ein Produkt zu erwerben. Vielmehr können die Menschen frei entscheiden und ihren individuellen Präferenzen nachgehen, was zum Glück des Individuums und somit auch zu einem sozialen Zusammenhalt führt, der durch bestimmte Vorgaben oder Konsumzwang gefährdet werden könnte (vgl. *Walter, 2009, S. 11*).

Bestmögliche Versorgung der Konsumenten:

Der marktwirtschaftliche Wettbewerb fordert unternehmerische Bestleistungen. Im durchaus rauen Geschehen des Wettbewerbs können sich Unternehmen weder die Verschwendung von Ressourcen noch die Missachtung von Kundenwünschen leisten (vgl. *Walter, 2009, S. 12*).

Leistungsgerechtigkeit im Markt:

Produktionsfaktoren erhalten eine Entlohnung, die der Wertschöpfung in der Wirtschaft entspricht und Anreize für alle Akteure im Markt schafft, möglichst viel zur Steigerung des Wohlstandes anderer beizutragen (vgl. *Walter, 2009, S. 12*).

Eine gut funktionierende Marktwirtschaft erfordert jedoch verlässliche Rahmenbedingungen, moralische Selbstverpflichtung und gesellschaftliches Verantwortungsbewusstsein. Diesen Ansprüchen kann die Marktwirtschaft ohne ein entsprechendes Regelwerk kaum gerecht werden. Neben guten Regeln muss auch das Verhalten der Akteure verlässlich, vertrauensvoll und transparent sein. Menschliche Gier zum Beispiel ist nicht dem marktwirtschaftlichen System anzulasten. Sie entwickelt sich vielmehr dann, wenn ein gewisser Ordnungsrahmen fehlt und es versäumt wurde, »Schranken für die Eigenliebe« (*Walter, 2009, S. 11*) des Menschen gesellschaftlich zu etablieren. Hier muss der Staat – der nicht selbst am Wettbewerb teilnimmt – Spielregeln festlegen und deren Einhaltung überwachen. Bei der Aufstellung solcher Regeln nehmen besonders Ethik, Moral und Vertrauen einen immer höheren Stellenwert ein.

Doch was bedeutet Ethik eigentlich und wie kann diese in die Ökonomie integriert werden, um Wirtschaftssysteme menschlicher und effektiver zu gestalten (vgl. Walter, 2009, S. 12 ff.). Diese Fragen sollen im folgenden Kapitel beantwortet werden. Zuerst wird der Begriff der Ethik definiert und ihr Facettenreichtum aufgezeigt. Ebenfalls gibt es eine Vielzahl an ethischen Theorien mit unterschiedlichen Standpunkten, die jedoch im Zuge dieser Arbeit nicht alle ausführlich diskutiert werden können. Der Fokus liegt daher auf zwei philosophischen Theorien, die für die allgemeine ethische Debatte und in Bezug auf wirtschaftliche Fragestellungen unverzichtbar sind. Es handelt sich dabei um den kategorischen Imperativ von Immanuel Kant sowie um den aus England stammenden klassischen Utilitarismus. Am Ende des Kapitels wird die Wirtschaftsethik als eine angewandte Ethiktheorie vorgestellt und von dem Begriff der Unternehmensethik abgegrenzt.

2.1 Moral als Gegenstand der Ethik

Der Begriff der Ethik hat seinen Ursprung in dem griechischen Wort *ethos* und bedeutet so viel wie Weideplatz für Tiere, auf den Menschen bezogen gewohnter Sitz und in seiner späteren Bedeutung dann Gewohnheit, Sitte und Charakter. *Ethos* ins Lateinische übersetzt ergibt das Wort *mos / moris*, dessen Adjektivform zum Begriff *moralisch* führt. Im eigentlichen Sinne meinen *ethisch* und *moralisch* das Gleiche. Im heutigen Gebrauch hat man sich allerdings darauf verständigt, dass *Moral* das ist, was menschliches Handeln bestimmt, und *Ethik* das, was als philosophische Disziplin die *Moral* zum Gegenstand macht. Grundlegend sind dabei die fünf klassischen Begründungsmodelle der Ethik (vgl. Ludwig, 1996, S. 9).

Hedonismus (griech.: Genusslehre)

Gut ist, was einem Lust verschafft.

Eudämonismus (griech.: eudaimonia = Glück)

Gut ist, was einen glücklich macht.

Utilitarismus (lat.: utilis = nützlich)

Gut ist, was einem nützlich ist.

Heteronome Gebotsethik (heteronom = fremdgesetzlich)

Ethisches Handeln wird durch ein Gebot oder Verbot fremdbestimmt.

Pflichtethik

Aus der Vernunft ergibt sich die Pflicht zu handeln.

(vgl. Ludwig, 1996, S. 10 f.)

Die fünf Begründungsmodelle der Ethik sind jedoch von unterschiedlicher Qualität und werfen einige Schwierigkeiten auf. Schon Platon hatte den Hedonismus in Frage gestellt, da die Aussage »Gut sei nur das, was angenehm ist« (Ludwig, 1996, S. 11) die Frage, was richtig und was falsch ist, grundsätzlich nicht ausreichend beantwortet. Eine Medizin ist ja nicht unbedingt unmoralisch, nur weil sie bitter schmeckt. Auch die Grundannahme des klassischen Utilitarismus scheint bei mangelndem Verständnis und falscher Anwendung problematisch. Wenn z. B. der körperlich eingeschränkte oder kranke Mensch dem moralischen Prinzip

der Nützlichkeit unterworfen wird, kann der Utilitarismus sogar gefährlich werden, was der NS-Staat auf eine furchtbare Weise in seinem Euthanasieprogramm demonstrierte. Mit ähnlichen Beispielen lässt sich auch die heteronome Gebotsethik in Frage stellen, da sich der KZ-Soldat zur moralischen Rechtfertigung seiner Taten auf einen direkten Befehl anderer berief und z. B. die Kreuzzüge unter Berufung auf die Bibel ausgerufen wurden. Die beiden wichtigsten und folgenreichsten Ethiktheorien in der Philosophie jedoch sind mit zwei Namen verbunden: Aristoteles und Immanuel Kant. Nachdem auch schon Sokrates und Platon ethische Fragestellungen aufgeworfen hatten, hat der griechische Philosoph Aristoteles der Ethik zu einer eigenen philosophischen Disziplin verholfen. Kant hingegen hat durch die Formulierung seines Kategorischen Imperativs die heute bekannte Pflichtethik begründet (vgl. Ludwig, 1996, S. 11 f.).

Die Ethik als moralphilosophische Grunddisziplin untersucht Kriterien, Normen und Werte für gutes und schlechtes Handeln in einer bestimmten Situation. Kant stellte 1788 in seiner »Kritik der reinen Vernunft« die Frage, was notwendig sei, um in moralischen Angelegenheiten kompetent und verantwortlich zu sein (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 173 ff.). Dieser Fragestellung gehen verschiedene ethische Richtungen nach, so z. B. die normative Ethik, die deskriptive Ethik sowie die Metaethik (vgl. Werner, 2005, S. 13). Daneben gibt es eine Vielzahl anderer Richtungen, die in dieser Arbeit jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

Die normative Ethik, die sich mit verschiedensten Bereichsethiken wie Sozialethik, Medizinethik, Individualethik, Friedensethik und auch der Wirtschaftsethik befasst (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 174), sucht nach Antworten auf moralische Fragen (vgl. Werner, 2005, S. 13) und ist bemüht, selbst moralische Urteile zu formulieren und zu begründen (vgl. Düwell et al., 2002, S. 25). Sie gilt als die Teildisziplin, die nicht sagt, was ist, sondern was sein bzw. getan werden soll. In diesem Sinne hat sie einiges gemein mit den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, die sich zumindest teilweise als normative Wissenschaften verstehen lassen (vgl. Werner, 2005, S. 14).

Im Gegensatz dazu steht die deskriptive Ethik, die keine moralischen Urteile fällt, sondern die Moral in ihren unterschiedlichsten Erscheinungsformen lediglich beschreibt (vgl. Düwell et al., 2002, S. 25) und sich der in einer Gesellschaft gelebten Moral widmet (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 174). Von besonderem Interesse sind dabei universelle Merkmale, die alle Moralsysteme miteinander teilen, aber auch die Unterschiede zwischen den Überzeugungen, Handlungsmustern sowie Institutionen verschiedener Gesellschaften, Kulturen, Subkulturen und Institutionen zu verschiedenen Zeitpunkten. Die deskriptive Ethik gilt daher weniger als eine philosophische, sondern eher als eine sozialwissenschaftlich-historische Disziplin (vgl. Werner, 2005, S. 14).

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich neben diesen beiden Formen ein weiterer Typ herausgebildet – die Metaethik (vgl. Düwell et al., 2002, S. 25). Ihr Ziel ist es, die Sprache zu analysieren, in der moralische Fragen und Argumente zu ihrer Beantwortung formuliert werden (vgl. Werner, 2005, S. 14), um somit begriffliche Grundlagen für den wissenschaftlichen Diskurs mit der Moral bereitzustellen (vgl. Düwell et al., 2002, S. 25). Gerade die Klärung der moralischen Verwendungsweise solcher Begriffe wie sollen und gut ist dabei von zentraler Bedeutung (vgl. Werner, 2005, S. 14).

Insgesamt soll durch die Begründung guten Handelns und ethischen Urteilens dem Menschen Hilfestellung bei der Beantwortung sittlich-moralischer Fragen gegeben werden. Neben ethischen Prinzipien ist dabei im Einzelfall auch die moralische Urteilskraft erforderlich, um moralisch richtige Entscheidungen zu

treffen (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 174). In der Ethikdiskussion ist daher die von Max Weber vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik ein wichtiger, aber auch problematischer Aspekt. Gesinnungsethisch handelt jemand, der seine Handlungen ohne Rücksicht auf ihre Folgen bestimmt. Verantwortungsethisch handelt jemand, der versucht, die Folgen zu berücksichtigen, die sein Handeln auslöst, und die Beurteilung dieser Folgen zum Maßstab seiner Entscheidungen macht. Dabei steht die gute Absicht immer auch dem guten Ergebnis gegenüber.

Dieser Ansatz geht bereits aus zwei früheren philosophischen Theorien hervor, nämlich der deontologischen und teleologischen Moralbegründung. Die Deontologie (griech.: déon = Pflicht), die Lehre von der Pflicht, das Richtige zu tun (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176; Werner, 2005, S. 5), ist ein elementarer Bestandteil der Ethik Kants. Demnach lassen sich Maßstäbe für gutes und schlechtes Handeln durch Regeln oder Gebote ausdrücken und deren Einhaltung von jedem vernünftigen Wesen verlangen. Die Teleologie (griech.: télos = Ziel), anerkannt als die Lehre von der Zielorientierung (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176; Werner, 2005, S. 5), richtet alles an einem positiv zu bewertenden Ziel aus. Sie dient sowohl der ethischen Rechtfertigung und Beurteilung von Handlungen als auch zur Erklärung und zum Verständnis der Welt (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 175 ff.).

Insgesamt versteht sich die Ethik als Teildisziplin der praktischen Philosophie und untersucht, wann und unter welchen Umständen eine Handlung als sittlich gut bezeichnet werden kann. Darüber hinaus ist sie bestrebt, Anweisungen für richtiges Verhalten zu geben, um somit direkten Einfluss auf die Lebenspraxis des Menschen zu nehmen. Um dies entsprechend in den wirtschaftlichen Kontext überführen zu können, ist es wichtig, grundlegende Theorien der philosophischen Ethik zu kennen (vgl. Aßländer, 2011, S. 61 ff.). Im Folgenden werden daher einige wichtige philosophische Ansätze der Ethik, mit Bedeutung für die Wirtschaftsethik, vorgestellt (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 175 ff.).

2.2 Wichtige philosophische Ansätze zur Wirtschaftsethik

2.2.1 Kants Kategorischer Imperativ

In seinem Werk »Kritik an der praktischen Vernunft« formuliert Immanuel Kant (1724 – 1804) seinen kategorischen Imperativ. Er verlässt damit das theoretische Gebiet des Denkens und integriert die Ethik in das praktische Gebiet des menschlichen Handelns, wodurch er die Pflichtethik nachhaltig prägt. Doch für den Philosophen aus Königsberg war die Pflicht, im Gegensatz zum heutigen Verständnis, keineswegs ein Symbol für Einschränkung von Freiheit. Er verstand diese als seine Religion, dem moralischen Gesetz zu gehorchen, dem dabei alles untergeordnet wird, selbst die gängige Theologie (vgl. Ludwig, 1996, S. 12 ff.).

Kant trifft hier eine Unterscheidung zwischen vollkommenen und unvollkommenen Pflichten. Eine vollkommene Pflicht darf niemals eingeschränkt werden und ist unter allen Umständen zu befolgen. Hingegen darf eine unvollkommene Pflicht zurückgestellt werden, wenn sie mit anderen moralischen Pflichten kollidiert und somit nicht beide gleichzeitig zu erfüllen sind (vgl. Werner, 2005, S. 11).

Die Ethik Kants gehört zu den normativen Ethiktheorien. Das Moralprinzip wird hier für die moralische Beurteilung jeder Handlung herangezogen (vgl. Werner, 2005, S. 9). Kant nahm an, dass Menschen von Natur aus ein moralisches Pflichtbewusstsein haben und moralische Gebote somit ohne Einschränkungen gelten. Sich von seiner praktischen Vernunft leiten lassen (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176), d.h. mittels der Vernunft den Willen zu bestimmen (vgl. Ludwig, 1996, S. 38) und sich dabei von fremden Einflüssen wie Trieben und Neigungen (vgl. Ludwig, 1996, S. 62), gesellschaftlichen Gewohnheiten oder Gottes Geboten zu lösen, wird von ihm als reiner Wille definiert. Die Freiheit des eigenen Willens (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176) bzw. dessen Reinheit (vgl. Ludwig, 1996, S. 38) ist Kants Auffassung nach grundlegend und die entscheidende Voraussetzung für moralisch richtiges Handeln (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176). Demnach steht eine Handlung nur in Beziehung zu sich selbst und unterliegt keinem anderen Zweck (vgl. Ludwig, 1996, S. 63).

Das Kantsche Moralprinzip macht die ethische Bewertung und Rechtfertigung einer Handlung vor allem auch davon abhängig, ob die subjektiven Handlungsprinzipien (vgl. Werner, 2005, S. 9) – Kant nennt sie *Maxime* (lat.: *maximae propositiones*) (vgl. Ludwig, 1996, S. 51) – auch als allgemeine Handlungsgründe anerkannt werden können (vgl. Werner, 2005, S. 9). So lautet der kategorischen Imperativ in seiner ersten Formel:

»Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.« (Kant, siehe Weischedel, 1982, S. 140)

Wichtig ist, dass dabei keine Handlungen oder Handlungsfolgen verallgemeinert werden (vgl. Ludwig, 1996, S. 77 f.), sondern lediglich *Maxime*, die bedingungslos gelten (vgl. Ludwig, 1996, S. 72) sollen. Da die zu erwartenden Folgen nicht entscheidend sind, weist die Ethik Kants einen deontologischen Charakter auf. Viel entscheidender für die moralische Bewertung sind nämlich die von der handelnden Person jeweils befolgten Handlungsprinzipien und ob diese als diejenigen Prinzipien akzeptiert werden könnten, an denen sich alle Vernunftwesen in vergleichbaren Situationen orientieren. Der kategorische Imperativ ist somit eher ein formales Moralprinzip, das Orientierung gibt, aber keine unmittelbaren Handlungsinhalte vorschreibt. Er ist sozusagen ein vorgeschalteter Moralfilter, den unsere *Maxime* durchlaufen müssen. Gleichzeitig ist es ein Test, um subjektive Handlungsprinzipien auf ihre ethische Legitimität hin prüfen zu können. Jenen, die den Test bestehen, dürfen wir folgen, andere, die den Test nicht bestehen, dürfen keine Handlungsgründe sein. Solche Handlungsprinzipien sind unmoralisch, und sich an ihnen zu orientieren ist moralisch verboten. Durch den Test der *Maximen* gelangt man also einerseits zu Erlaubnissen, andererseits zu Verboten. Wenn es zu dem Verbotenen nur eine Alternative gibt, gewinnen wir gleichzeitig neue Gebote, was die folgende Darstellung (Abb. 1) veranschaulicht (vgl. Werner, 2005, S. 9 ff.).

Zusammengefasst fordert Kant, dass jeder Handlungsfähige positiven sowie negativen Pflichten Rechnung tragen soll. Er meint damit zum einen Pflichten, bestimmte Handlungen zu unterlassen, die einem selbst oder einem anderen schaden könnten, und zum anderen, Pflichten zu Handlungen, die einen selbst oder einen anderen fördern (vgl. Düwell et al., 2002, S. 128). Doch wie alle Ethiken, die die moralische Richtigkeit einer Handlung nicht ausschließlich von deren Folgen abhängig machen, sondern von der Übereinstimmung mit allgemeinen Regeln und Prinzipien, stößt auch die regelbezogene Ethik Kants auf Kritik. Aufgrund der Verbindlichkeit der vollkommenen Pflichten kann nämlich nicht ausgeschlossen werden, dass eine konkrete Handlung zwar einer allgemeingültigen moralischen Regel gerecht wird, jedoch moralisch

Kategorischer Imperativ als Filter für gegebene Handlungsmaxime

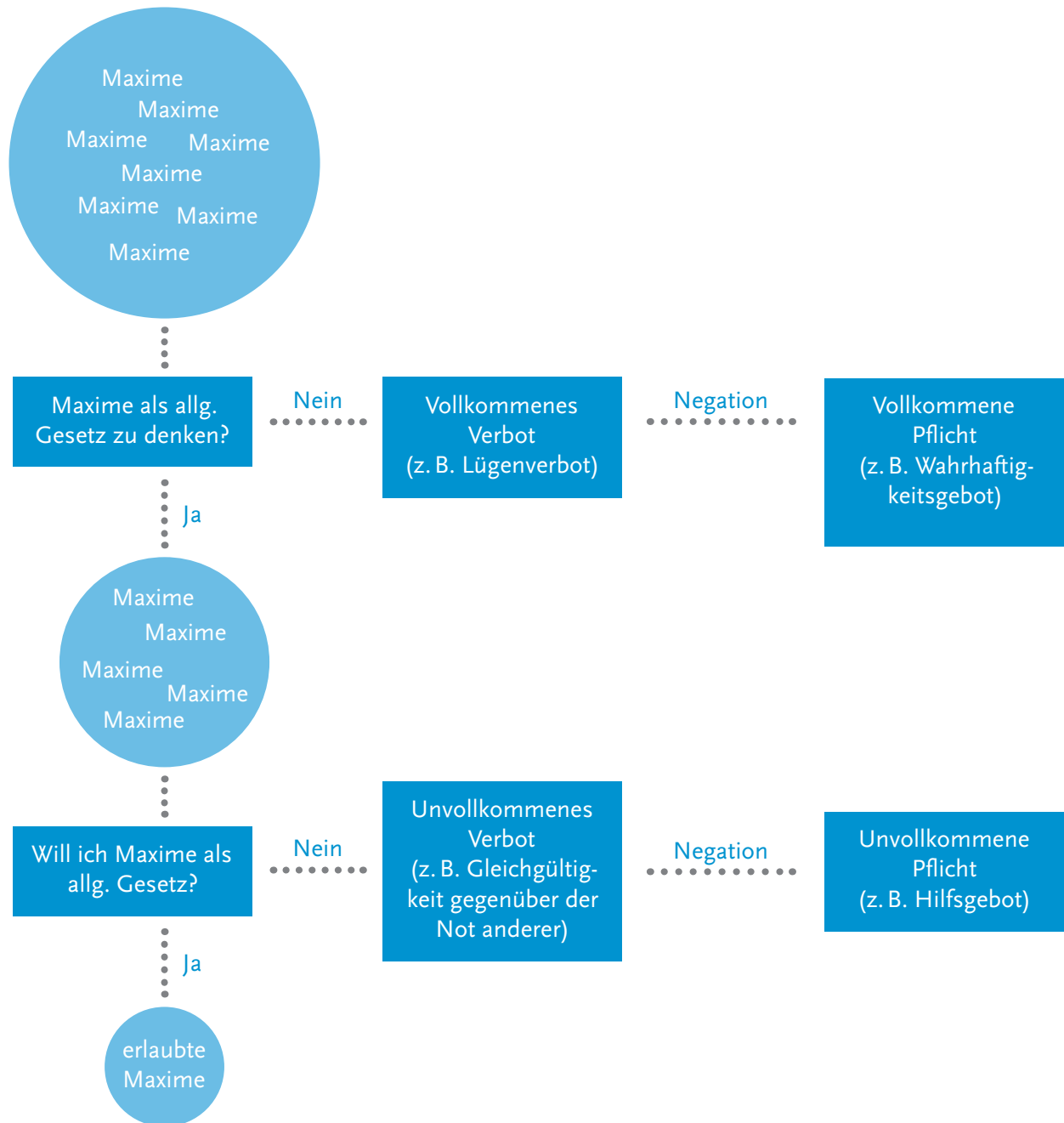


Abbildung 1: eigene Darstellung nach Werner, 2005, S. 11

bedenkliche Konsequenzen haben kann. In seiner Schrift »Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen« führt Kant an, dass man demnach sogar einem Mörder Auskunft über den Aufenthaltsort seines Opfers geben müsste. Nun, für die meisten wäre eine Notlüge wohl durchaus vertretbar, um einen Mord zu verhindern. Folgt man Kant, darf man jedoch unter keinen Umständen lügen oder Verträge brechen, wie fatal die Folgen auch sein mögen. Diese Annahme erscheint sehr rigoros und ist daher für die praktische Anwendung nur wenig attraktiv. In Bezug auf wirtschaftliches Handeln ist der kategorische Imperativ als oberstes Moralprinzip und Sittengesetz zudem nur bedingt praktikabel, da er noch nicht ausreichend mit ökonomischen Motiven, Regeln und Normen in Übereinstimmung gebracht worden ist (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176).

2.2.2 Klassischer Utilitarismus und die Moral des Glücks

Auch der klassische Utilitarismus, als eine teleologische Ethiktheorie, ist für die wirtschafts-ethische und ökonomische Diskussion relevant (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176). Genau wie bei Kant wird im Utilitarismus die Richtigkeit von Handlungen aus Prinzipien abgeleitet, bei der eine Handlungsregel immer dem Zweck entsprechen muss, dem sie dienen soll (vgl. Mill / Birnbacher, 1976, S. 4 ff.). Begründer des Utilitarismus ist Jeremias Bentham (1748–1832), der die Moral als jene Kunst versteht, menschliches Handeln so zu steuern, dass die größtmögliche Summe an Glück erreicht wird. Durch die Maximierung des eigenen Glücks und die Anzahl derjenigen, die ebenfalls von diesem Glück profitieren können, fördert man sich selbst und damit auch das Wohl der Gemeinschaft (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 176 f.). Das Prinzip der Nutzenmaximierung (vgl. Werner, 2005, S. 4) wird jedoch häufig falsch interpretiert, daher ist es wichtig zu verstehen, dass die Norm des Utilitarismus nicht das größte Glück des Handelnden selbst ist, sondern das größte Glück für die Menschen insgesamt. Im Umkehrschluss meint es zudem nicht nur das Streben nach Glück, sondern auch die Verhinderung von Unglück (vgl. Mill / Birnbacher, 1976, S. 20 ff.). Es gibt kein gleichrangiges Prinzip der moralischen Orientierung, alle Handlungen werden direkt (vgl. Werner, 2005, S. 4) an dem Prinzip des größtmöglichen Glücks gemessen (vgl. Mill / Birnbacher, 1976, S. 7). Außerdem wird die Pflicht ausgewiesen, dieses Ziel zu erreichen, da moralische Handlungen niemals »um ihrer selbst willen« (Werner, 2005, S. 5) richtig oder gut sind, sondern lediglich als Mittel zum Zweck dienen. Nach diesem teleologischen Verständnis gibt es auch keine rein guten bzw. schlechten Handlungen, sondern nur ein Gut, dessen Maximierung erstrebenswert ist.

Allgemein erscheint die Grundidee des Utilitarismus plausibel, dennoch hat auch der klassische Utilitarismus heftige Kritik provoziert (vgl. Werner, 2005, S. 5 ff.). Schwierigkeiten ergeben sich aus der Definition des größtmöglichen Glücks für die größtmögliche Anzahl von Menschen, da nicht klar ist, was das höchste Gut genau ist. Ob es Geld oder Reichtum, eine ausführende Tätigkeit oder eher ein körperlicher Zustand im Sinne von Gesundheit und Zufriedenheit ist, kann nicht allgemeingültig festgelegt werden, sondern wird individuell bestimmt (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 177). Die Gegner der utilitaristischen Theorie behaupten, dass Glück in keiner seiner Ausprägungen ein vernünftiger Zweck menschlichen Handelns sein könne, da es unerreichbar sei (vgl. Mill / Birnbacher, 1976, S. 22). Neben der Quantifizierung des zu maximierenden Glücks bzw. Nutzens gelten als weitere Kritikpunkte die Gefahr einer intellektuellen und motivationalen Überforderung der handelnden Person, Defizite in Bezug auf Gerechtigkeit, Minderheitenschutz sowie der Rechtfertigung von Grundrechten und

Pflichten (vgl. Werner, 2005, S. 7). Hier wurde der Nationalsozialismus bereits als Beispiel erwähnt. Um das eigentliche Ziel des Utilitarismus zu erreichen, bedarf es im Grunde der allgemeinen »Ausbildung und Pflege eines edlen Charakters« (Mill / Birnbacher, 1976, S. 21), doch die Vorstellung vom uneigennützigem Charakter sei für die Menschheit zu hoch. Man fordere zu viel, wenn man von den Menschen verlange, dass ihr einzig zu akzeptierendes Handlungsmotiv die Förderung der Menschheit sei (vgl. Mill / Birnbacher, 1976, S. 31 f.). Dadurch wären auch die Realisierung eigener Lebensprojekte und die Herausbildung eigener Ideale kaum möglich, wenn man stets zugleich um das Wohlbefinden derer besorgt sein müsste, deren Lebensprojekte und Ideale mit den eigenen kollidierten. Darüber hinaus wird die Zuordnung moralischer Verantwortlichkeiten erschwert, da nur die durch eine Handlung ausgelösten Folgen von moralischer Bedeutung sind, unabhängig vom Verlauf der Kausalketten. Im Grunde sind somit für alle Handlungen alle Akteure gleich verantwortlich. Sofern die Nutzensumme maximiert wird, können im Rahmen des utilitaristischen Nutzenkalküls auch ungleiche Nutzenverteilungen gerechtfertigt werden, da die Nutzenverteilung keine direkte Rolle spielt. Auch die Aufweichung von Normen erscheint durch das universell gültige Prinzip der Nutzenmaximierung problematisch. Hinzuzufügen ist, dass die Nutzensumme durch die Vermehrung der Individuen gesteigert werden kann, was mit einer Pflicht zur Bevölkerungszunahme einhergeht (vgl. Werner, 2005, S. 7 ff.). Im Folgenden sind die wichtigsten Charakteristika des Utilitarismus noch einmal zusammengefasst.

Prinzipienethik

Es gibt (nur) ein oberstes Moralprinzip.

Prinzip der Nutzenmaximierung

Das Moralprinzip des klassischen Utilitarismus gebietet, den Nutzen zu maximieren.

Das größte Glück für die größtmögliche Zahl

Im klassischen Glücks- und Nutzensummenutilitarismus wird dieser Nutzen als Summe des Glücks aller empfindungsfähigen Wesen verstanden.

Hedonismus

Glück wird dabei mit subjektivem Lustempfinden gleichgesetzt.

Universalismus

Es zählt das Lustempfinden aller empfindungsfähigen Wesen gleichermaßen.

Konsequentialistisch-teleologische Ethik

Der Utilitarismus beurteilt Handlungen nach ihrem Beitrag zur Erreichung eines moralisch definierten Ziels. Handlungen sind niemals per se gut oder schlecht.

(vgl. Werner, 2005, S. 6; Frühbauer, 2007, S. 31 ff.)

Im wirtschaftsethischen Kontext wird der Utilitarismus vor allem bei der moralischen Bewertung der sozialen Verantwortung von Unternehmen, z. B. im Rahmen der Corporate Social Responsibility als verantwortungsethischer Typus, deutlich. Hierbei geht es um verantwortliches, nachhaltiges unternehmerisches Handeln im Markt, der Umwelt sowie den Mitarbeitern und Eigentümern gegenüber (vgl. Niehaus / Wisniewski, 2009, S. 177). Dieser Anspruch ist jedoch noch nicht in vollem Umfang erfüllt, was das nächste Kapitel aufgreift.

2.3 Aufgabe der Wirtschaftsethik und Abgrenzung zur Unternehmensethik

Im Zuge aktueller und immer wiederkehrender Wirtschaftsskandale macht es den Anschein, als hätte innerhalb der westlichen Gesellschaften nicht die Moral das ökonomische Denken, sondern das ökonomische Denken die Moral jener Gesellschaften beeinflusst. Grundlage moralischen Handelns ist offenbar nicht mehr Moralität, also die wie von Kant ausgewiesene Pflicht, einem Sittengesetz Folge zu leisten oder das größtmögliche Glück für die größtmögliche Anzahl an Menschen zu realisieren, wie es der klassische Utilitarismus fordert, sondern dass moralisches Handeln unter keinen Umständen zu ökonomischen Nachteilen führen darf. In der unternehmerischen Entscheidungsfindung scheinen moralische Gebote bzw. Verbote also nur relevant zu sein, wenn ökonomische Interessen davon unberührt bleiben. Es seien in diesem Zusammenhang z. B. die Systemzwänge des Wettbewerbs genannt, die eine gewisse Notwendigkeit bedingen, sich durch Missachtung moralischer Prinzipien einen Wettbewerbsvorteil in einer Konkurrenzsituation zu verschaffen. Halten sich alle Mitbewerber an einen bestimmten Moralstandard, hat derjenige, der diesen Standard marginal unterschreitet, ohne dabei Sanktionen fürchten zu müssen, einen Wettbewerbsvorteil. Die Konkurrenten im Markt werden so gezwungen, sich ebenfalls an diese niedrigeren Moralstandards anzupassen, wenn sie im Wettbewerb bestehen wollen. Die Folge dessen ist ein Absinken der Grenzmoral im wirtschaftlichen Gefüge (vgl. *Aßländer, 2011, S. 102 f.*).

Durch die stetige Verringerung der moralischen Anforderungen innerhalb der Gesellschaft und im Markt entsteht in einer Wettbewerbswirtschaft langfristig die Tendenz, sich den niedrigsten Moralstandards anzupassen. Die Absenkung der moralischen Standards ist dabei unabhängig von der jeweiligen Strategie bzw. Wettbewerbssituation eines Unternehmens, da sie der Marktwirtschaft selbst innewohnt und somit einen Ansatz liefert, warum Unternehmen unethisch handeln. Es scheint also fast so, als gebe es in einer Wettbewerbswirtschaft kaum mehr Platz für ethisches Verhalten, was auch dazu führt, dass Wirtschaft von vielen Menschen als ein nicht mehr von ihnen selbst gestaltbarer Gesellschaftsbereich wahrgenommen wird. Die Regeln des Wirtschaftens sind jedoch sehr wohl gestaltbar, auch wenn Systemzwänge sowie unmoralisches Verhalten anderer Marktteilnehmer die Durchsetzung moralischer Standards erschweren (vgl. *Aßländer, 2011, S. 103 ff.*). Angesichts dessen ist es wichtig, sich grundlagenkritisch mit den Tiefenstrukturen des ökonomischen Denkens auseinanderzusetzen und die Form des ökonomischen Denkens zu reflektieren. »Kantianisch gesprochen« (*Düwell et al., 2002, S. 291*) geht es vor allem darum, eine ethisch-vernünftige Orientierung im politisch-ökonomischen Denken zu geben (vgl. *Düwell et al., 2002, S. 291 ff.*). Anliegen der Wirtschafts- und Unternehmensethik ist es daher, die moralischen Bezüge ökonomischen Handelns aufzuzeigen, diese kritisch zu beleuchten und Verfahren zu entwickeln, die moralischen Fragestellungen an ökonomische Entscheidungsfindungen anbinden (vgl. *Aßländer, 2011, S. 105*). Diese Ziele verfolgt die Wirtschafts- und Unternehmensethik und sieht sich dabei drei wesentlichen Aufgaben gegenübergestellt:

Problemereiche identifizieren und benennen

Wirtschafts- und Unternehmensethik müssen die moralisch relevanten Problemereiche innerhalb der Wirtschaft identifizieren und benennen können. Moralische Fehlverhalten von Wirtschaftsakteuren wird analysiert, mit dem Ziel, die Ursachen zu erforschen und Handlungsempfehlungen zur Vermeidung künftigen Fehlverhaltens zu liefern. Zudem werden aus ethischer Perspektive die theoretischen sowie ökonomisch-praktischen Voraussetzungen wirtschaftlichen

Absinken der Grenzmoral

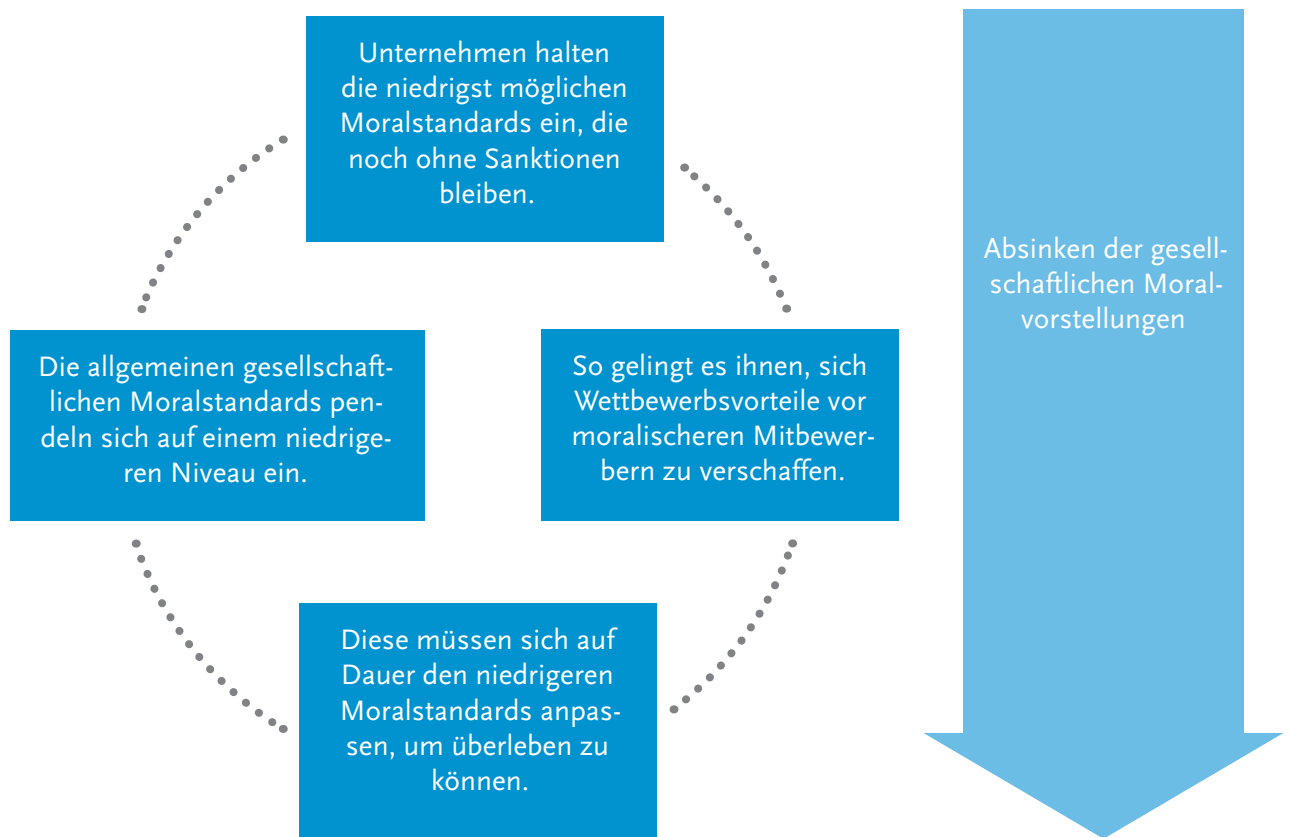


Abbildung 2: eigene Darstellung nach Aßländer, 2011, S. 103

Handelns untersucht. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit eine Wirtschaftsordnung moralisch legitimierbar ist oder ob die geltende Eigentumsordnung einer Gesellschaft mit sozialer Gerechtigkeit übereinkommt (vgl. Aßländer, 2011, S. 101).

Wissenstransfer zwischen ethischen und ökonomischen Disziplinen sichern

Zudem gewährleistet die Wirtschafts- und Unternehmensethik einen Wissenstransfer zwischen ethischer und ökonomischer Wissenschaft und hilft bei der sprachlichen Überführung der einen Wissenschaft in die andere. Interessant ist dabei, welche ethischen Forderungen innerhalb der Wirtschaft tatsächlich umsetzbar sind, ohne die Funktionsbedingungen moderner Marktwirtschaften zu zerstören. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen gilt es eine wirtschaftstaugliche Ethik zu formulieren. Für die Erweiterung ethischer Normen, wie etwa Gerechtigkeit oder Integrität, müssen diese Funktionsbedingungen der Wirtschaft gleichzeitig kritisch hinterfragt, analysiert und gegebenenfalls reformiert werden (vgl. Aßländer, 2011, S. 101 f.).

Orientierung geben und Handlungsregeln aufzeigen

Schließlich muss die Wirtschafts- und Unternehmensethik auch moralisches Orientierungswissen bereitstellen, um somit Entscheidungshilfen für fachspezifische Probleme der Wirtschaft zur Verfügung stellen zu können und konkrete Handlungsregeln auf Basis ethischer Prinzipien zu erarbeiten. Davon sind sowohl gesamtgesellschaftliche Problemstellungen, wie z. B. die Ausgestaltung ei-

ner sozial gerechten Wirtschaftspolitik, als auch einzelwirtschaftliche Probleme, wie der Umgang mit Korruption, betroffen. In den letzten beiden Jahrzehnten hat insbesondere die Unternehmensethik eine Reihe von Instrumenten abgeleitet, die ethische Belange innerhalb von unternehmerischen Entscheidungsprozessen sowie Handlungsroutine ausgestalten sollen. Auch auf gesamtwirtschaftlicher Ebene entstand eine Vielzahl von Initiativen, die auf die Förderung moralisch erwünschter Verhaltensweisen der Unternehmen abzielt. Als Beispiel sind hier die Leitsätze der Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) für multinationale Unternehmen zu nennen. Diese gelten als Empfehlung für verantwortungsvolles unternehmerisches Verhalten im internationalen Kontext (vgl. Aßländer, 2011, S. 102).

So vielfältig wie die Themen, mit denen sich die Wirtschafts- und Unternehmensethik beschäftigt (vgl. Aßländer, 2011, S. 119), so verschieden sind auch die Handlungsebenen des Wirtschaftens. Diese unterscheiden sich in Abhängigkeit von den einzelnen Akteuren (vgl. Aßländer, 2011, S. 100). Es werden drei Ebenen hinsichtlich der Reflexion über die in der Wirtschaftspraxis vorherrschende Moral definiert:

Mikroebene

Auf der Mikroebene ist das individuelle Handeln der im Markt agierenden Wirtschaftssubjekte von Interesse (vgl. Bookhagen, 2001, S. 21) und es wird versucht, Fragen des individuellen richtigen Handelns innerhalb des wirtschaftlich geprägten Lebensbereichs zu beantworten. Die Verantwortung des einzelnen Mitarbeiters sowie die Rolle des einzelnen im Unternehmen oder die Frage des Umgangs mit Rollenkonflikten stehen hier beispielsweise im Fokus (vgl. Aßländer, 2011, S. 119).

Mesoebene

Auf der Mesoebene hingegen werden ganze wirtschaftliche Organisationen betrachtet (vgl. Bookhagen, 2001, S. 21). Hier setzt sich die Wirtschaftsethik mit moralischen Problemen von Unternehmen, Korporationen und organisationalem Handeln auseinander. Es geht um die Moral eines Unternehmens bezüglich seiner internen und externen Stakeholder, um Aspekte der unternehmerischen Verantwortung, ethische Aspekte der Unternehmensführung und die Frage nach der moralischen Dimension unternehmenspolitischer Zielsetzungen. Für diesen Bereich steht der Begriff Unternehmensethik (vgl. Aßländer, 2011, S. 119).

Makroebene

Auf der Makroebene geht es schließlich um die Gestaltung gesamtwirtschaftlicher Rahmenbedingungen, wie der allgemeinen Wirtschaftsordnung, der Wirtschafts-, Finanz- und Sozialpolitik oder der internationalen Wirtschaftsbeziehungen (vgl. Bookhagen, 2001, S. 21). Untersuchungsgegenstand ist also der Staat, das Wirtschaftssystem und die Gesamtgesellschaft. Thematisiert werden gesellschaftspolitische Aspekte, die Konsistenz ökonomischer Theoriebildung und die Auswirkungen wirtschaftspolitischer Aktivitäten. Die Makroebene wird in der Literatur auch als Wirtschaftsethik definiert (vgl. Aßländer, 2011, S. 120).

Als Bindeglied zwischen Ethik und Ökonomie widmet sich die Wirtschafts- und Unternehmensethik den Moralvorstellungen, die dem ökonomischen Handeln zugrunde liegen. Zudem sucht sie nach Möglichkeiten, ethische Normen innerhalb der Wirtschaft sowie auf Unternehmensebene durchzusetzen. Entgegen der Annahme, dass eine Wettbewerbswirtschaft keinen Spielraum für moralisches Handeln gäbe, existieren jedoch auch unter Wettbewerbsbedingungen Freiräume für die Beachtung moralischer Normen. In Abhängigkeit der verschiedenen

Akteure innerhalb der Wirtschaft müssen zudem unterschiedliche Handlungsebenen des Wirtschaftens betrachtet werden. So fragt die Wirtschaftsethik zum einen nach der Moral der einzelnen Wirtschaftsakteure, beschäftigt sich zum anderen aber auch mit ethischen Fragen der Unternehmen selbst oder der Betrachtung sowie Analyse gesamtwirtschaftlicher Zusammenhänge (vgl. *Aßländer, 2011, S. 100*). Wie ethisch ein Unternehmen im wirtschaftlichen Kontext agiert, ist zudem ein wichtiger Indikator bei dessen Bewertung und seiner Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit.

3

Zum ethischen
Ruf der
Pharmaindustrie

3 Zum ethischen Ruf der Pharmaindustrie

Die Reputation eines Unternehmens bzw. das Image einer Branche werden durch die übereinstimmende Wahrnehmung des eigenen Handelns und der öffentlichen Darstellung nachhaltig geprägt (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 9*). Unternehmen selbst sind nicht in der Lage, sich ein bestimmtes Image zuzulegen und dieses darüber hinaus zu multiplizieren. Es geht ihnen darum, eigene Werte sowie die gewünschte Außenwahrnehmung durch Kommunikation und entsprechendes Handeln so zu transportieren, dass diese positiv von der Öffentlichkeit aufgenommen werden. Natürlich tragen auch die Medien zur Bildung eines Images von Unternehmen bzw. ganzer Industrien, dessen Festigung sowie Multiplikation bei. Im medialen Zeitalter kann für diesen Zweck eine Vielzahl von täglich wachsenden Informationskanälen und Plattformen genutzt werden. Alle Maßnahmen zur Imagebildung und -pflege sind jedoch nur dann erfolgsversprechend, wenn sie zwei wichtige Eigenschaften aufweisen: Authentizität und Glaubwürdigkeit. Das Image eines Unternehmens ist in erster Linie von seinen Handlungen geprägt und dieses gilt es kontinuierlich zu reflektieren, zu prüfen und an den Unternehmenszielen auszurichten. Unternehmen müssen sich tagtäglich neu bewähren, um ihrem Image gerecht zu werden. Handelt ein Unternehmen nicht authentisch, riskiert es einen schwer zu korrigierenden Imageschaden. In diesem Kontext spielen die Kommunikations- und die Marketing-Abteilung eines Unternehmens sowie der Bereich Public Affairs eine entscheidende Rolle. Ihre Bemühungen zielen darauf ab, den sozialisierten Normen, Werten und der Political Correctness der breiten Öffentlichkeit zu entsprechen, denn Verstöße gegen die in einer Gesellschaft geachteten Werte werden recht ungern gesehen. Diese werden zudem nur schwer verziehen und vergessen. Ein Image setzt also immer einen gewissen Bekanntheitsgrad voraus und kann durch ein Unternehmen selbst, aber auch durch Außenstehende sowie beteiligte Dritte beeinflusst oder gar verändert werden (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 40 ff.*).

Einen besonders interessanten sowie außergewöhnlichen Fall stellt diesbezüglich die Pharmaindustrie dar. Wie kein anderer Wirtschaftszweig steht sie in einem anhaltenden Spannungsfeld der öffentlichen Wahrnehmung. Hier nehmen vor allem Kritiker sowie die Medien großen Einfluss auf ihr Image, wohingegen die eigene Positionierung allenfalls reaktiv erfolgt und nur schwer glaubwürdig zu leisten ist. Doch gehört die pharmazeutische Industrie eigentlich zu jenen Branchen, die viel Positives über ihre Arbeit sowie ihre Produkte, von denen viele Menschen tagtäglich profitieren, zu berichten hat (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 9*). Vor allem ethische Fragestellungen wurden durch die branchenspezifische Arbeit des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) aufgegriffen und durch den Handlungsrahmen des Kodex zur Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) implementiert. Dieser Verhaltenskodex wurde in den vergangenen Jahren stetig fortentwickelt und inhaltlich ausgeweitet, um dem Anspruch nach hohen ethischen Standards gerecht zu werden. Keine andere Branche unterliegt derart hoch regulierten und umfassenden Qualitätskontrollen wie die Pharmaindustrie. Die forschenden Arzneimittelhersteller sind daran interessiert, Vertrauen zwischen Unternehmen, Medizinern, Apotheken und Patienten zu schaffen und dieses langfristig zu stärken. Sie machen sich zudem für die Einhaltung ethischer Verhaltensweisen ihrer Belegschaften stark und fördern die Transparenz bei der Zusammenarbeit mit allen Partnern im Gesundheitswesen (vgl. *VFA, 2008, S. 4 f.*). Solche Schritte sind im Kontext ethischen Handelns in der Wirtschaft vorbildlich und äußerst wertvoll, jedoch werden diese von den meisten Menschen nicht wahrgenommen. So steht die breite Öffentlichkeit der Pharmaindustrie skeptisch und voller Vorurteile gegenüber. Von der Politik aufgrund unterstellter Gewinnmaximierung als Kostentreiber

öffentlich angeklagt, wird die Pharmaindustrie auch in ihrer Außenwahrnehmung oft auf dieses Kriterium reduziert. Doch wie auch jede andere Branche unterliegt die Pharmabranche ökonomisch marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen, von denen der Unternehmenserfolg, der Erhalt von Arbeitsplätzen, Entlassungen, Investitionen sowie Stagnation abhängen. Das Dilemma, in das Pharmaunternehmen zwangsläufig geraten, liegt darin, dass ihre Produkte und deren Preise das staatlich regulierte Gesundheitssystem tangieren, was dazu führt, dass zwei unterschiedliche Systeme aufeinanderstoßen und die Pharmaindustrie zunehmend politisch motivierten als auch initiierten Regulierungen unterliegt. Dieser Umstand nimmt in erheblichem Maße Einfluss auf die ökonomischen Belange der Unternehmen, was öffentlich kaum bekannt und anderen Branchen völlig fremd ist. Im Bereich verschreibungspflichtiger und erstattungsfähiger Arzneimittel gilt das marktwirtschaftliche Prinzip, wonach die Nachfrage das Angebot bestimmt, also nur eingeschränkt (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 9 ff.*). Von konträren Interessen verschiedener Akteure geprägt, steht die Pharmaindustrie in einem öffentlichen Konfliktfeld, dessen Härte sich weiterhin zuspitzt. Ein häufig vorgebrachter Vorwurf ist, dass die Pharmaindustrie mit der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung von Millionen Menschen immense und stetig steigende Gewinne macht, was unethisch ist und gegen das gesellschaftliche Verständnis der Solidargemeinschaft verstößt. Diese Aussage ist nicht nur plakativ, sondern greift vor allem zu kurz. Die breite Masse der Gesellschaft sollte sich bewusst machen, dass im politischen Handlungsspiel oft nur Teilaspekte der tatsächlichen Lage genannt und für sich genutzt werden. Menschen lassen sich in ihrer Meinungsbildung jedoch oft beeinflussen und glauben öffentlichen Meinungsbildnern, die durch ihren Bekanntheitsgrad Vertrauen implizieren. Ohne sich ein eigenes Urteil zu bilden, wird unter Umständen diese Meinung sogar vorschnell übernommen und kaum auf ihre Richtigkeit hin überprüft. So entstehen in der Öffentlichkeit durchaus Vorbehalte gegenüber ganzen Wirtschaftsbranchen, die ganz unterschiedlich begründet sind. Diese haben nicht immer zwingend etwas mit Ereignissen oder Krisen einzelner Unternehmen zu tun, sondern sind auf gesellschaftliche vorherrschende Werte und Normen zurückzuführen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Pharmaindustrie als Branche nicht zuletzt auch aufgrund ihrer weitestgehend unbekanntesten Unternehmen leicht angreifbar ist. In weiten Teilen der Öffentlichkeit fehlt schon im Vorfeld das notwendige Assoziations- sowie Identifikationspotenzial. Demnach ist für die Pharmaindustrie der Aufbau eines Images sowie die Förderung einer positiven öffentlichen Wahrnehmung angesichts gesetzlicher Vorgaben und einem eingeschränkten Nachfrageverhalten von Konsumenten nur bedingt möglich. Unternehmen können lediglich unter erschwerten Bedingungen ihr Image mit konkreten Nachweisen ihrer Arbeitsleistung und zu ihren Produkten aktiv und nachhaltig prägen. Im folgenden Kapitel dieser Arbeit werden daher gesellschaftliche sowie politische Faktoren genauer beleuchtet, die entscheidend zur Imagebildung und zur Wahrnehmung der pharmazeutischen Industrie in Deutschland beitragen – allen voran der demografische Wandel (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 44 ff.*). Zudem werden Antworten auf die durch die Medien transportierten und in der Öffentlichkeit weit verbreiteten Vorwürfe geliefert, die den Ruf der pharmazeutischen Industrie in den letzten Jahrzehnten schwer beschädigt haben und lediglich auf Teilaspekten basieren. Der vollzogene Wandel hinsichtlich der Wertschöpfung der pharmazeutischen Branche in und für Deutschland zieht auch wirtschaftliche Folgen nach sich. Neben der Darlegung der Zusammenhänge, um die massiven Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie zu relativieren, werden daher auch Lösungsansätze betrachtet, die zur Verbesserung der aktuellen Situation beitragen können.

3.1 Ethische Problemfelder im gesellschaftlichen und politischen Kontext

Der Begriff demografischer Wandel gehört bereits zum Alltagsvokabular (vgl. *Fuleda / Schmidt, 2010, S. 34*), und auch die Tatsache, dass die in Deutschland Ende des Jahres 2012 lebenden rund 80,5 Millionen Menschen (vgl. *DESTATIS, 2013, o. S.*) immer älter werden, ist allgemein bekannt. Der demografische Wandel bezeichnet die Veränderung in der Altersstruktur, wie Bevölkerungszunahme als auch -abnahme, einer Gesellschaft und ist keineswegs ein neuer Begriff. Er vollzieht sich bereits seit über 100 Jahren. Seit 1970 ist die Kindergeneration um ein Drittel kleiner als die Elterngeneration und wird aufgrund der steigenden Lebenserwartung durchschnittlich fünf Jahre älter. Prognosen zufolge werden die Menschen ab dem Jahr 2030 ein Drittel ihres Lebens im Ruhestand verbringen. Das Durchschnittsalter der deutschen Gesellschaft nimmt im Vergleich zu heute von 43 auf 52 Jahre in 2050 zu und die Gesamtbevölkerung wird jedes Jahr um 150 000 Menschen schrumpfen. Die Alterung der Gesellschaft, als ein irreversibler Vorgang, hat seine Ursache im heutigen Altersaufbau der Bevölkerung. Eine steigende Geburtenrate oder Zuwanderungen können die demografische Entwicklung nur abschwächen, aber nicht mehr stoppen. Die aktuelle Bevölkerungspyramide weicht aufgrund dieser Einflussfaktoren schon lange von der Form einer klassischen Pyramide ab, in der die stärksten Jahrgänge die der Kinder sind. Die folgende Abbildung (Abb. 3) zeigt den vergangenen Bevölkerungsaufbau in Deutschland des Jahres 1950 und den momentanen Bevölkerungsaufbau im Jahr 2012 im Vergleich zu den prognostizierten Jahren 2050 sowie 2060. Es wird deutlich, dass der Altersaufbau in Form einer Tanne in den kommenden Jahren eine Urnenform annehmen wird (vgl. *Lehmann, 2011, S. 4 f.*).

Da wir im Durchschnitt länger leben und durch den medizinischen Fortschritt gesünder sind, ist der gesellschaftliche Alterungsprozess durchaus positiv und erfreulich (vgl. *Lehmann, 2011, S. 1*). Der fortdauernde Geburtenrückgang und die Alterung der Gesamtgesellschaft führen jedoch weiterhin zu einer unausgeglichenen Altersstruktur in Deutschland. Daraus ergibt sich sowohl für die Gesundheitspolitik als auch für das gesamte Wirtschafts- und Sozialsystem ein Handlungsbedarf (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 49*). Problematisch ist, dass diese noch nicht entsprechend an die demografischen Entwicklungen angepasst wurden (vgl. *Lehmann, 2011, S. 1*). Berücksichtigt man nun, dass heute die Hälfte aller Medikamente Menschen über 65 Jahren verordnet werden, also einem Sechstel der Gesamtbevölkerung, deutet sich an, welcher Bedarf an Medikamenten sich durch die demografischen Entwicklungen ergibt. Bedenkt man zusätzlich, dass viele der Betroffenen teilweise mehrere Krankheiten gleichzeitig haben, also multimorbide Patienten sind, wird schnell deutlich, welcher Kostenblock zukünftig auf das Gesundheitssystem zukommen wird. Daraus ergeben sich zunehmend mehr Leistungsnehmer für die kostenintensive Behandlung von Krankheiten, wie Alzheimer, Schlaganfall und Herzinfarkt, mit oftmals anschließender Pflegebedürftigkeit. Unter diesen Bedingungen kann das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem nicht weiter funktionieren, denn es basiert auf ganz anderen demografischen und sozialen Faktoren und Daten, die sich seit den letzten drei Jahrzehnten allerdings zunehmend geändert haben. Die pharmazeutische Industrie hat den daraus resultierenden dringenden Handlungsbedarf frühzeitig erkannt, um das System zukunftsfähig und finanzierbar zu machen. Gerade sie zählt zu den Partnern im Gesundheitswesen, die der Politik den Dialog anbieten und immer wieder die hohe Bedeutung des demografischen Wandels unterstreichen (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 48 ff.*).

Bevölkerungsaufbau in Dtl. in den Jahren 1950, 2012, 2050 und 2060

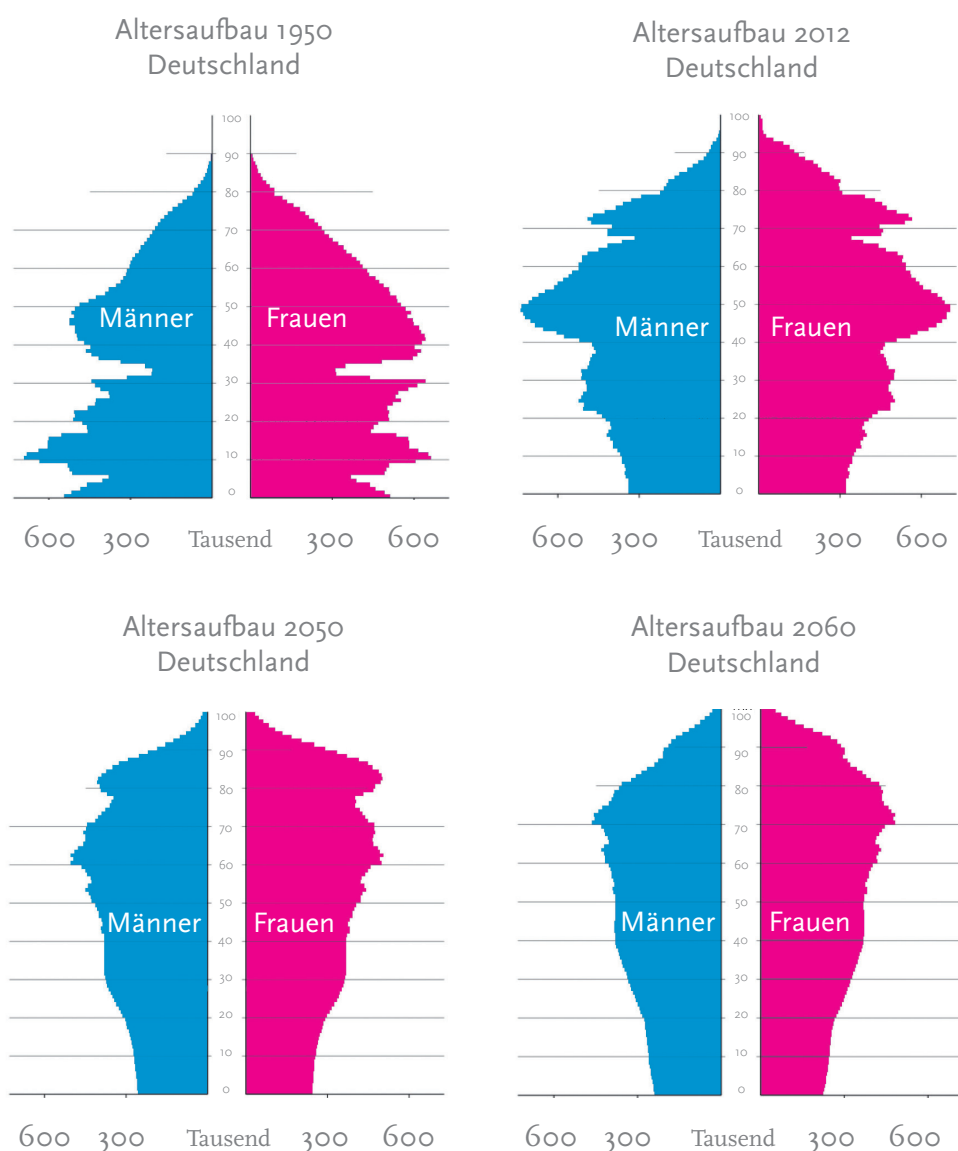


Abbildung 3: eigene Darstellung nach DESTATIS, 2009, 0. S.

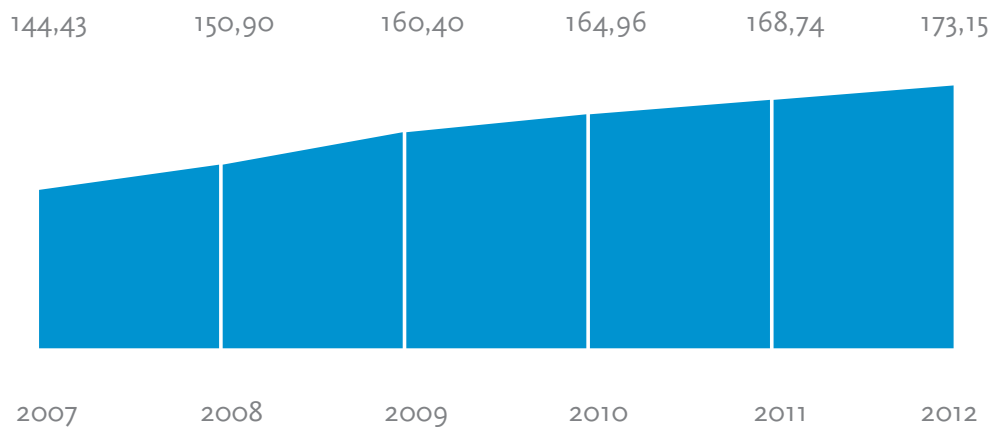
Im Hinblick auf die seit längerer Zeit anhaltenden Diskussion zu einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik und einem entsprechenden Gesundheitssystem in Deutschland ist die Pharmaindustrie einer kritischen öffentlichen Darstellung ausgesetzt. Diverse Reformen, Regulative sowie Restriktionen, haben das deutsche Gesundheitssystem zu einem sehr komplexen Feld gemacht. Dieses lässt sich nur schwer durchschauen, und der fehlende Gesamtblick der Öffentlichkeit für bestehende Zusammenhänge und Abhängigkeiten verschiedener Faktoren erleichtert das Herausgreifen bestimmter Details, um diese zu medienwirksamen Themen zu machen. Über all diesen Überlegungen steht allerdings der Aspekt der Gesundheit, die als Normalzustand gilt und damit allgemeingültig ist. Krankheit dagegen gilt als ein von der Norm abweichender Zustand. Aus diesem Verständnis, der Gesundheit als Gemeingut, resultiert die Annahme, dass (medikamentöse) Therapien oder Gesundheitsprävention nicht auf Kosten der Menschen gehen dürften und schon gar nicht zugunsten der Gewinne von Pharmakonzernen (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 52.*). Durch die Einschätzung, dass

der Erwerb von Medikamenten lediglich einen von der Allgemeinheit empfundenen Normalzustand wieder herstellt, gelten für die Erzeugnisse der pharmazeutischen Industrie andere Regeln als für die Produkte der Konsumgüterindustrie. Daraus resultiert auch die bereits angesprochene geringe Bekanntheit von Pharmaunternehmen. Auch durch das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) wird die Öffentlichkeitsarbeit der Hersteller extrem streng limitiert. Gesundheit rückt erst dann ins Bewusstsein des Einzelnen, wenn Krankheit zum Thema wird. Da Menschen allerdings am liebsten auf derartige Produkte verzichten würden, messen sie diesen keinen grundsätzlichen Wert bei, wodurch eine ambivalente Einstellung in der Bevölkerung entsteht. Ergibt sich aus der Notwendigkeit jedoch eine attestierte Wirksamkeit der Produkte, zeigen sich die Betroffenen durchaus zufrieden. Menschen haben die Erwartung, im Krankheitsfall von der bestmöglichen Therapie zu profitieren. Sie haben zwar den Bedarf, verfügen jedoch nicht über das notwendige Fachwissen über (verschreibungspflichtige) Medikamente (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 53.*). Die konkrete fachliche Nachfrage unterliegt dem Arzt, der ihnen das angemessene Präparat verschreibt, sowie dem Apotheker, von dem sie als Betroffene die Medikamente erhalten. Neben der Verpackung, der Einnahmehäufigkeit und dem Einnahmezeitpunkt nehmen Patienten allenfalls noch die Packungsbeilage wahr – die Kenntnis über die ihnen verabreichte medikamentöse Therapie fehlt ihnen. Das Unwissen bezieht sich auch in hohem Maße auf die Kosten der Arzneimittel. Gesetzlich Versicherte kommen in der Regel nicht selbst für die entstehenden Aufwendungen auf, sondern zahlen lediglich eine Pauschale für das Präparat. Eine solche Transparenz wäre für ein besseres Kostenverständnis jedoch sinnvoll. Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente sowie die Unterscheidung dieser voneinander erfolgt mit zunehmendem Alter fast nur noch nach der visuellen Wahrnehmung der Verpackung, der Pillenform oder -farbe. Gerade dieses Unwissen über Hersteller und Medikamente nutzen Kritiker der pharmazeutischen Industrie oft für sich. In einer schnelllebigen Gesellschaft neigen Menschen aufgrund von Zeitmangel und Gewohnheit dazu, sich öffentlich bekannten Meinungen anzuschließen, was dem Image sowie der Wertschätzung der pharmazeutischen Industrie nicht gerade entgegenkommt. Die Präsenz der Medien erschwert zudem eine objektive Urteilsfindung der Bevölkerung. Ohne das nötige Hintergrundwissen dieser ist eine eigene nachvollziehbare und glaubwürdige Eigenpositionierung für die zumeist unbekanntem Unternehmen schwierig. Dieser Umstand, der sich aus einer Reihe von gesellschaftlichen Einflussfaktoren ergibt, begünstigt das zentrale Dilemma für die Andersartigkeit der Imagebildung pharmazeutisch tätiger Unternehmen und einer ganzen Industrie (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 51 ff.*).

Das Spannungsfeld, in das die Pharmaindustrie öffentlich gerät, ergibt sich aus den Produkten der Unternehmen und deren Preisen. Vor allem die Politik kritisiert immer wieder die Gewinnorientierung und -maximierung der Pharmaunternehmen, was in den Medien und in weiten Teilen der Bevölkerung auf Beifall stößt. In der Praxis kommen zu den marktwirtschaftlichen Faktoren zusätzlich noch staatliche Regulierungen hinzu. Dabei macht es den Anschein, dass diese nicht immer ausschließlich medizinischen und pharmakologischen Entscheidungen für die medikamentöse Bestversorgung der Patienten unterliegen, sondern zunehmend politisch motiviert und initiiert sind. Natürlich wirken sich diese auf die Produkt- und Umsatzentwicklungen der Unternehmen aus. In anderen Branchen hingegen ist die Politik nicht legitimiert, im freien Wettbewerb den Verkaufspreis eines Produkts zu kritisieren oder diesen mittels Festlegung eines Zwangsrabatts zu beeinflussen. Der Markt und die Nachfrage regeln das Angebot, so fällt die Preispolitik unter die Autonomie des Herstellers. In der pharmazeutischen Industrie entfällt jedoch ein Großteil der Ausgaben auf die gesetzlichen Krankenversicherungen, deren Leistungen wiederum staatlich reglementiert werden. Mit dem ansteigenden politischen Druck nimmt auch der

Druck auf die beteiligten Wirtschaftsakteure zu. Durch die aus dem demografischen Wandel resultierenden Herausforderungen und besonders durch die zu erwartende finanzielle Mehrbelastung ist eine mittel- und langfristige Finanzierung des Gesundheitssystems nicht mehr gegeben. Steigende Krankenkassenbeiträge sowie häufige Zuzahlungen für Therapien forcieren eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems. Unter dem steigenden Druck versuchen jedoch die Entscheider der Gesundheitspolitik, die Verantwortung und Ursachen auf die Kostenverursacher abzuwälzen. Dabei steht die pharmazeutische Industrie mit ihren erstattungsfähigen Produkten an erster Stelle der politischen Angriffe (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 57 ff.*). Die nachfolgende Grafik (Abb. 4) zeigt die gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zeitraum 2007 bis 2012. Dabei entfielen im Jahr 2012 von 173,15 Mrd. Euro Gesamtausgaben 29,20 Mrd. Euro auf die erstattungsfähigen Arzneimittel. Dies entspricht 16,86 % der Gesamtkosten im Jahr 2012. Doch täuschen die medial unterstützten Vorwürfe seitens der Politik über die Fakten gern hinweg. Während die Ausgaben für Arzneimittel von 2007 bis 2009 anstiegen und bis 2010 fast gleich blieben, sanken die Leistungsausgaben für Arzneimittel von 2010 bis 2011 von 30,18 % auf 28,9 %. In der Periode 2011 bis 2012 stiegen die gleichen lediglich wieder um 0,22 %. Im Gegensatz zu den gesamten Leistungsausgaben der GKV, den Ausgaben für ärztliche Behandlungen sowie Krankenhausbehandlungen sind die Ausgaben für Arzneimittel also nicht kontinuierlich gestiegen. Daneben sind die Ausgaben für Früherkennungsmaßnahmen seit dem Jahr 2009 fast gleich geblieben (vgl. *GKV Spitzenverband, 2013, S. 4 ff.*).

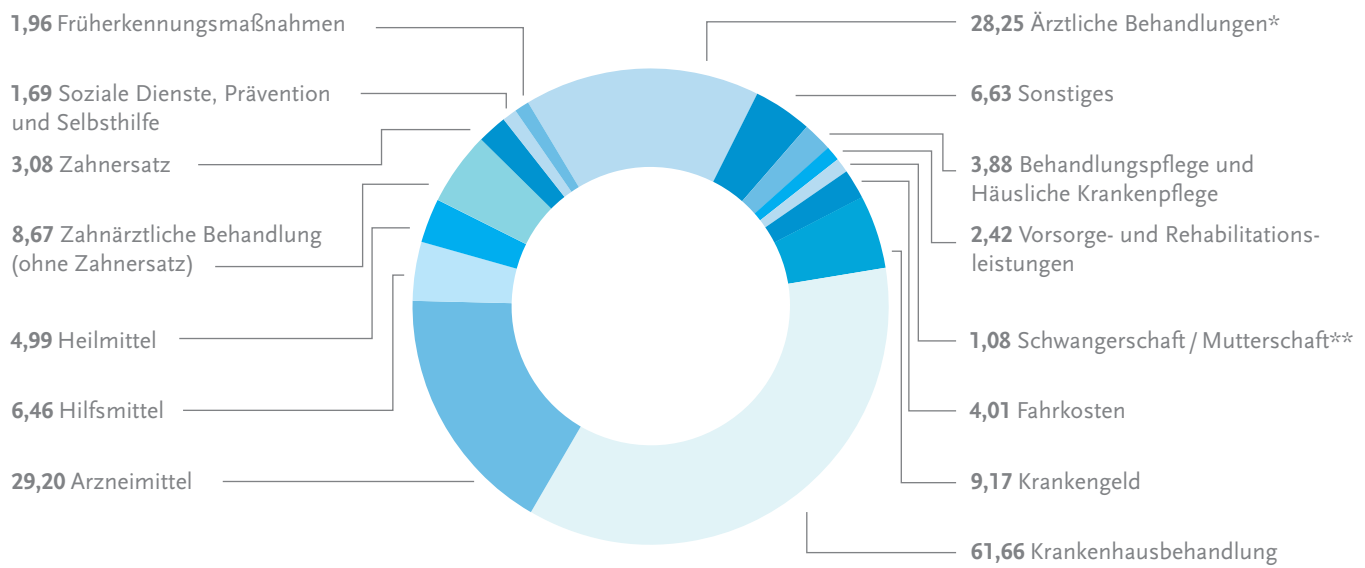
Gesamte Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)



Angaben in Mrd. Euro

Abbildung 4: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 21

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2012



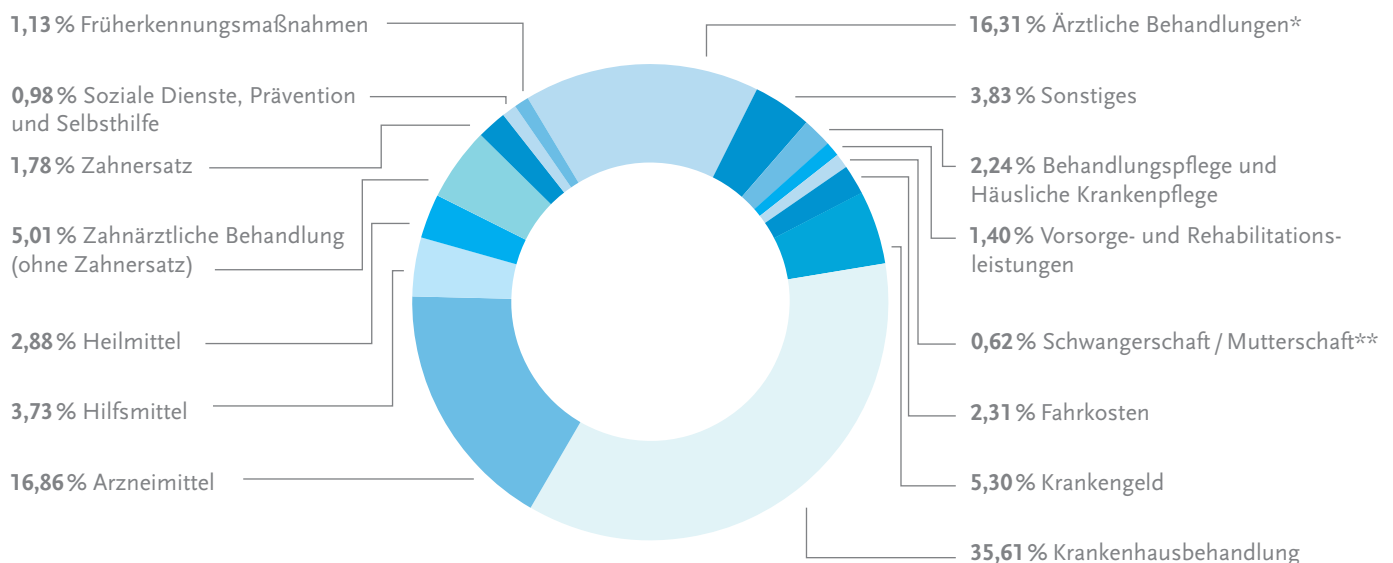
Angaben in Mrd. Euro

* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beiträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten

** ohne stationäre Entbindung

Abbildung 5: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 4

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2012



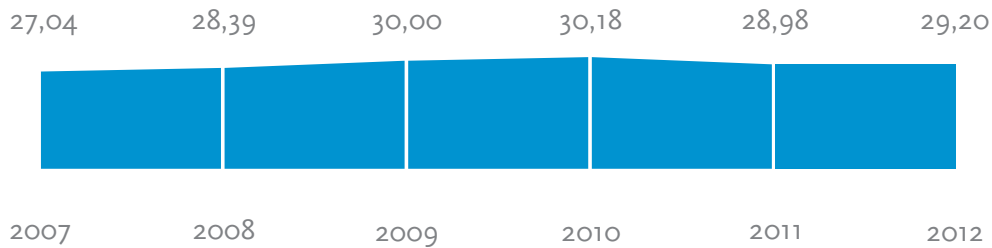
* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beiträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten

** ohne stationäre Entbindung

Summen können rundungsbedingt abweichen

Abbildung 6: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 4

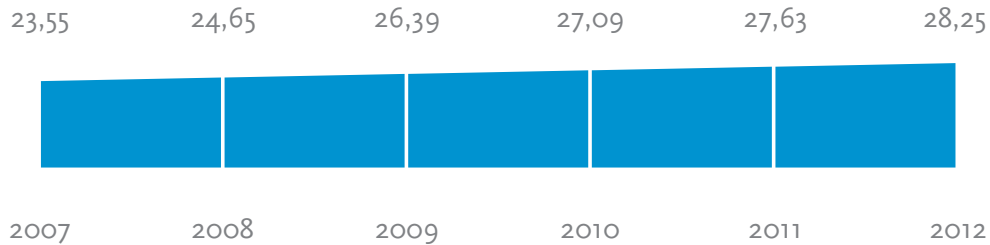
Ausgaben für Arzneimittel (Apotheken, Versandhandel und Sonstige)



Angaben in Mrd. Euro

Abbildung 7: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 6

Ausgaben für Ärztliche Behandlung

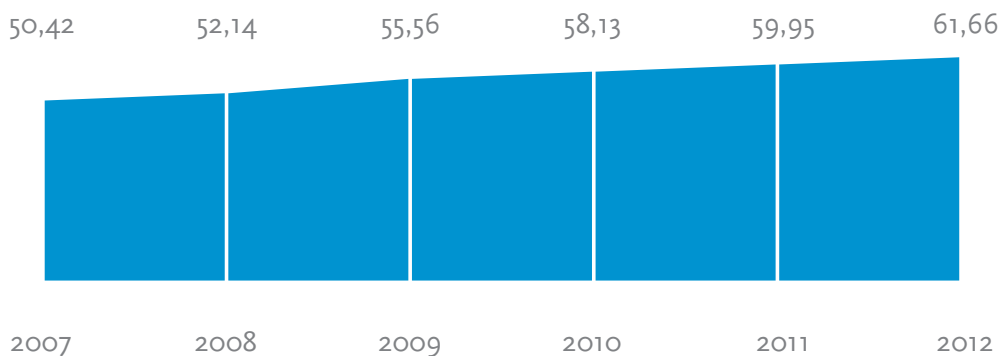


Angaben in Mrd. Euro

Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beiträge für Früherkennung, Impfung, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

Abbildung 8: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 5

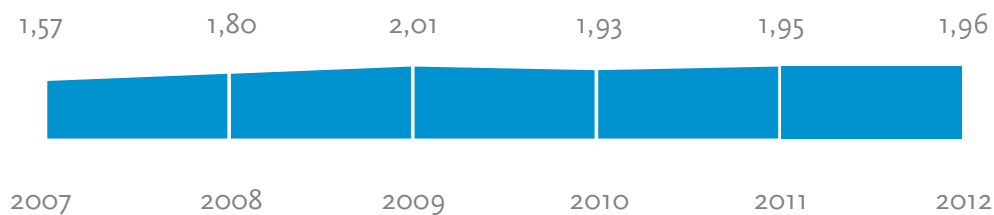
Ausgaben für Krankenhausbehandlungen (insgesamt)



Angaben in Mrd. Euro

Abbildung 9: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 13

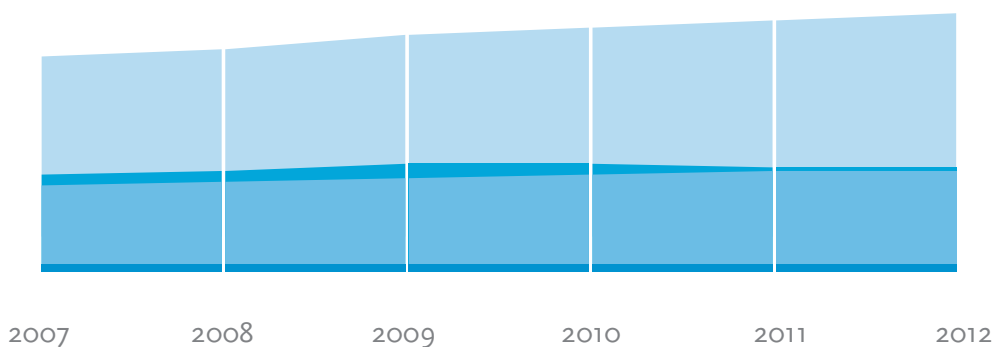
Ausgaben für Früherkennungsmaßnahmen



Angaben in Mrd. Euro

Abbildung 10: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, S. 9

Ausgaben im Vergleich



Angaben in Mrd. Euro

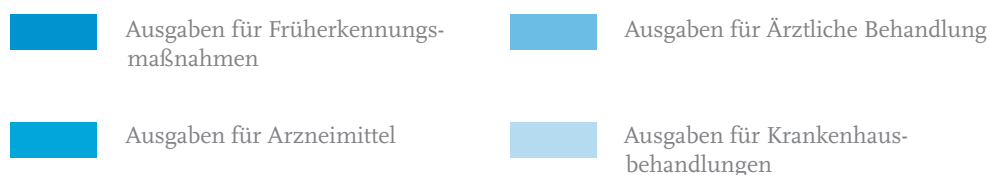


Abbildung 11: eigene Darstellung nach GKV Spitzenverband, 2013, o. S.

Im Januar 2004 wurde im Zuge der Gesundheitsreform das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenkassen (GMG GKV) eingeführt. Daraus sind viele Änderungen abgeleitet worden, die allerdings nicht die gewünschten Ergebnisse erzielten. So wurde Ende 2006 ein neues Reformgesetz in die politischen Gremien implementiert. Nach der Bundestagswahl im Jahr 2005 blieb das Thema Gesundheitspolitik dann aufgrund zu divergenter Vorstellungen im Koalitionsvertrag von SPD und CDU / CSU unberücksichtigt. Um ein Gesundheitssystem jedoch auf der Basis zu knapper Kassen und vor dem Hintergrund eines finanziell höchst problematischen demografischen Wandels zukunftsfähig, gerecht und bezahlbar zu machen, sind Kostenverursacher wie Medikamente, Ärzte sowie Krankenhäuser immer zuerst von Sparüberlegungen betroffen. Allerdings lassen sich zukünftige Ausgaben durch heutige Entscheidungen reduzieren. Im Alter auftretende und nicht selten in Multimorbidität mündende Krankheiten stel-

len einen erheblichen Kostenfaktor für das Gesundheitssystem dar, der sich mit der fortschreitenden Altersstruktur der deutschen Bevölkerung potenziert. Was jedoch heute an Mehrkosten für entsprechende Therapien sowie notwendige Pflege ausgegeben wird, kann vor allem durch Vorbeugung oder Verzögerung solcher Krankheiten ein Vielfaches an Geld einsparen. Trotzdem ist die kurzfristig angedachte Kostenreduktion zu Lasten pharmazeutischer Produkte, Ärzte und Krankenhäuser die präferierte, denn die Politik muss aufgrund der Legislaturperiode kurzfristige Erfolge erzielen, um ihr primäres Ziel von Machterhaltung durch Wiederwahl zu erreichen. Das setzt aber auch voraus, dass vermeintliche Kostentreiber weiterhin sanktioniert werden (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 59 ff.*).

Ob Krankenkassen, Ärzte, Kliniken, Arzneimittelhersteller oder die Politik: Alle beteiligten Parteien im Gesundheitswesen haben die bestmögliche Versorgung des Patienten als gemeinsames Ziel. Es ist die Maxime ihres Handelns, was von allen Seiten immer wieder betont wird. Dennoch beschuldigt man sich gegenseitig, nur die eigenen Interessen und Ziele zu verfolgen, was zu keiner Lösung führt und keinem hilft, schon gar nicht den Patienten. Um Kosten zu senken, muss die Politik Kostenverursacher genauer betrachten, aber anstatt den wahren Ursachen für Mehrausgaben nachzugehen, werden in erster Linie Symptome und Auswirkungen manipuliert, denn es bedarf einer schnellen und sichtbaren Erfolgsstrategie. Der gesellschaftliche Wandel und die Probleme, die daraus resultieren, ergeben sich allerdings nicht aus einer Wahlperiode und lassen sich auch nicht in einer solchen lösen. Gegenseitig spricht man sich lieber die Expertise ab und urteilt über getroffene Entscheidungen und vorgebrachte Argumente als nicht zielführend. Als Verantwortliche des Gesundheitssystems und für die Versorgung der Menschen zuständig, bestreiten die Politik und ihre nach dem Sozialgesetzbuch zuständigen Gremien den Nutzen bestimmter Therapien und sogar wissenschaftliche Erkenntnisse, die diesen belegen. Die Pharmaindustrie versucht als Reaktion darauf, die getroffene Entscheidung als nicht verantwortbar im Sinne des Patientenwohls und als unzureichende Lösung der Versorgungs- und Finanzengpässe publik zu machen. Beide Seiten werfen sich Eigeninteresse und Fehlentscheidungen vor, und die Patienten sowie die Öffentlichkeit schauen als Betrachter über die Medien zu. Auch hier stellt sich die Frage nach Moral, Pflicht und Verantwortung der beteiligten Akteure, denn es handelt sich um eine Debatte, die entscheidend für die medizinische und medikamentöse Versorgung, die Lebensqualität oder gar Lebensverlängerung der Patienten ist (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 60 ff.*). Hinzu kommt, dass hier keine gleichberechtigten Partner über eine geeignete Lösung diskutieren und sich daher eine Scheindebatte entfaltet hat. Die Entscheidungsgewalt im Gesundheitssystem ist das Gesundheitsministerium, und die medizinische sowie pharmazeutische Fachkunde wird durch die im Sozialgesetzbuch definierten Instanzen und Institutionen erbracht. Diese gelten als vermeintlich unabhängige Experten. Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Verbände der Ersatzkassen einen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bilden (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 64*). Dieser ist rechtskräftig, steht unter Aufsicht des Gesundheitsministeriums und stellt sich auf seiner Website wie folgt vor:

»Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.«

(G-BA, 2013, o. S.)

Seine Entscheidungen legt der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verabschiedung vor, denen bis auf sehr wenige Ausnahmen und ohne weitere Anpassung in der Regel zugestimmt wird (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 62 ff.*). Gemäß § 91 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) entscheiden im G-BA über die Erstattung und Nichterstattung von Leistungen in Deutschland 21 stimmberechtigte Mitglieder. Der Bundesausschuss setzt sich zusammen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der GKVen sowie neun Vertretern der Leistungserbringer. Auch Vertreter der Patientenorganisationen sind mit einer Zahl von maximal neun vertreten. Diese müssen den Kriterien der Patientenbeteiligungsverordnung entsprechen, um als Interessenvertretung der gesetzlich Versicherten anerkannt zu sein. Jedoch haben die dem G-BA beiwohnenden Patientenvertreter kein Stimmrecht, sondern nur ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Sie berichten über Nutzen und Erfolge von bislang erstatteten Therapien sowie über zahlreiche Erfahrungen, dürfen allerdings als immer wieder von der Politik aufgeforderte mündige Patienten und eigenverantwortlich handelnde Versicherte nicht mitentscheiden. Der G-BA ist mit zahlreichen Vertretern der GKVen besetzt, die Einsparungen aufgrund von Beitragssenkungen oder politischen Sparvorgaben verfolgen (müssen). Es stellt sich also die Frage, ob seine Vertreter wirklich frei in ihrer Entscheidung zugunsten einer bestmöglichen Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten sind. Die Pharmaindustrie wird in ihrer Rolle als Leistungsbringer für den Patienten im G-BA nicht berücksichtigt, obwohl hier überwiegend über ihre Leistungen und Produkte entschieden wird. Im Gegensatz zu den Patientenvertretern hat sie weder ein Antrags- oder Mitbestimmungsrecht noch ein Stimmrecht. Um Entscheidungen jedoch auf Basis sachkundiger Expertenmeinungen zu treffen, hat der Gesetzgeber im Zuge der Gesundheitsreform (GMG) von 2003 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) etabliert (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 65 ff.*). Auf der Internetseite des IQWiG sind seine Aufgaben und Ziele aufgeführt:

»Qualität und Wirtschaftlichkeit – das sind zwei entscheidende Faktoren für ein gutes und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Um dieses Ziel zu erreichen ist es wichtig, die Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen für Patienten und Patientinnen objektiv zu überprüfen.

Das ist seit 2004 die Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG genannt. Das Institut erstellt fachlich unabhängige, evidenzbasierte (beleggestützte) Gutachten beispielsweise zu:

- *Arzneimitteln*
- *nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden (z. B. Operationsmethoden)*
- *Verfahren der Diagnose und Früherkennung (Screening)*
- *Behandlungsleitlinien und Disease-Management-Programmen (DMP)*

Aufträge darf das IQWiG ausschließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) annehmen.«

(IQWiG, 2013, o. S.)

Der von der Politik im Sozialgesetzbuch verankerte G-BA soll den Leistungskatalog der GKVen konkretisieren und Qualitätsanforderungen definieren, wobei er über das System finanziert und vom Gesundheitsministerium beaufsichtigt wird. Das Ministerium für Gesundheit hat zudem das Recht den Vorsitzenden des

G-BA und seine unparteiischen Mitglieder zu berufen. Durch die Möglichkeit zur Mitbestimmung bei der personellen Besetzung durch das Ministerium kann ein solcher Ausschuss nur schwer als gänzlich unabhängig bezeichnet werden. Mit diesem Wissen bedarf es schon einer genaueren Betrachtung solcher Entscheidungen, die durch diese Instanzen getroffen werden und Einfluss auf die Ausgaben der Krankenversicherungen und damit auf das System nehmen. Finanziert durch die gesetzlichen GKVn und somit unter zunehmendem Kostendruck der Politik, ist besonders das wissenschaftliche IQWiG kritisch zu beobachten (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 72*). Auffällig ist, dass in der Vergangenheit im Bereich der medikamentösen Therapien jene auf den Prüfstand durch den G-BA und damit des IQWiG kamen, die als innovativ gelten und somit für die Versicherungen kostenintensiv sind – Therapien, die aber sowohl von Ärzten als auch von Patienten hoch geschätzt werden. Auch die Auswahl der zu berücksichtigten Studien durch das IQWiG wird von den partizipierenden Wissenschaftlern und Studienleitern sowie der Industrie als intransparent und mitunter unverständlich kritisiert. Es ist unumstritten, dass unabhängige Instanzen ausgesprochen wichtig sind, um Effizienz und Nutzen im Gesundheitssystem zu überprüfen. Zudem ist klar, dass eine Bewertung unterschiedlicher Studien und wissenschaftlicher Ergebnisse nicht immer einfach ist. Trotzdem können sich die beiden genannten Instanzen nicht dem Verdacht entziehen, dass sie nicht gänzlich frei von politischen Vorgaben und Interessen sind, nämlich die GKV-Kosten zu senken und umstrittene kostspielige Therapien möglichst aus der Erstattungsfähigkeit der GKV zu nehmen. Daran ändert auch die formale Staatsunabhängigkeit des IQWiG nichts. Dennoch erwecken diese Instanzen durch ihre Institutionalisierung den Eindruck höchster Objektivität und haben eine klare Vormachtstellung in der Öffentlichkeit. Dabei ist ihre wissenschaftliche Fähigkeit und Meinung ebenso individuell und basiert auf eigenen Interpretationen und Auswertungen von Erhebungen wie von all denjenigen, deren Studien oft keine Berücksichtigung finden. Sie trägt auch nicht selten zu einer öffentlichen Infragestellung der pharmazeutischen Produkte, ihrer Mehrwerte sowie zur Anerkennung von Innovationen und deren Hersteller bei. Im Gegensatz zu den politischen Instanzen ist der Pharmaindustrie eine breite Kommunikation über ihre verschreibungspflichtigen Produkte, deren belegten Nutzen und Mehrwert für den Patienten auch nicht in dem gleichen Maße gestattet (vgl. *Hardenbicker, 2006 S. 70 ff.*).

3.2 Antworten auf anhaltende Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie

Den in den letzten Jahren immer wiederkehrenden Vorwürfen gegen die pharmazeutische Industrie kann ohne eine entsprechende Branchenkenntnis und das Verständnis für Zusammenhänge zwangsläufig nur zugestimmt werden. Natürlich gibt es berechtigte Fälle von Fehlverhalten und diese aufdecken zu müssen, steht außer Frage. Dennoch wird in den Medien immer der branchentypische Regelfall deklariert und nie der Eindruck der Ausnahme erweckt. Ohne jedoch die Hintergründe prozessualer Abläufe zu kennen, bleiben die Darstellungen meistens ohne Reflexion. Damit bleiben auch Zweifel aus, die zwangsläufig aus berechtigten Argumenten und vermeintlichen Fakten entstehen. Unter diesem Gliederungspunkt werden die weit verbreiteten Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie aufgeführt und unter Berücksichtigung von Zusammenhängen und Motiven, die die einzelnen Akteure treiben, dargestellt.

3.2.1 Gewinnsucht pharmazeutischer Unternehmen zu Lasten der Patienten und des deutschen Gesundheitswesens

Die Aussage, dass Pharmaunternehmen nur an Gewinnen interessiert seien und eher im Interesse der Aktionäre als im Sinne der Patienten handeln, ist wohl das am häufigsten vorgebrachte Argument seitens der Politik. Nun, um eine entsprechende Zukunft zu haben, muss ein Wirtschaftsunternehmen Umsätze und Gewinne generieren. Diese Tatsache lässt sich nicht leugnen, denn sie ist eine notwendige Bedingung im globalen Wirtschaftssystem. Da jedoch die Produkte pharmazeutischer Unternehmen der Gesundheit des Menschen dienen, weicht der ökonomische Faktor schnell dem allgemeinen Verständnis von einer sozialen und ethischen Verantwortung. Eine angestrebte Gewinnorientierung gilt demnach als Vorwurf und allgemein verwerflich. Dementieren pharmazeutische Unternehmen diesen Vorwurf, machen sie sich gleichzeitig unglaubwürdig, da diese Aussage ja prinzipiell stimmt. Dieser Grundsatz des Wirtschaftens wird demnach auch keiner anderen Branche vorgeworfen, sondern würde dort bei steigenden Gewinnen von der Politik als Wirtschaftsaufschwung bezeichnet werden. Bei der Pharmaindustrie gelten Umsatz- und Gewinnzunahme jedoch als moralisch falsch, da die Gelder für verschreibungspflichtige Medikamente aus den Kassen der GKV stammen und somit auf Kosten der Patienten gehen. Doch die Produkte der Arzneimittelhersteller werden nach marktwirtschaftlichen Gesetzen ausgepreist und angeboten. Zudem wurden in den vergangenen Jahren viele politische Restriktionen eingeführt, um auf die Abverkäufe und Preise von pharmazeutischen Produkten Einfluss zu nehmen (z. B. Festbeträge). An dieser Stelle soll noch einmal erwähnt werden, dass die Einflussnahme auf Produktpreise durch die Politik anderen Branchen völlig fremd ist. Doch im Falle der Pharmabranche werden von der Politik oft die wenigen Beispiele ausgewählt und in die Öffentlichkeit getragen, die das Argument von stark steigenden und ins Unermessliche explodierenden Umsätzen untermauern. Sogenannte Blockbuster (umsatzstarke Arzneimittel) werden angeführt, um die Gewinnsucht und die kontinuierliche Gewinnsteigerung der »Pharmariesen« aufzuzeigen. Über die zeitlich begrenzten Umsätze innovativer Arzneimittel, die die Unternehmen während deren befristeter Patentlaufzeit erzielen können, wird indes gern geschwiegen. Diese Global Player sind aber nicht die Norm, und es existieren in der pharmazeutischen Industrie nur wenige Unternehmen dieser Größenordnung (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 103*). Gerade die an der Zahl überwiegenden Mittelständler und Kleinunternehmen haben oft keine umsatzstarken Blockbuster und eine weniger ausgeprägte Finanzkraft. Dennoch sind auch sie von der Kritik sowie den politischen Regelungen betroffen, woraus nicht selten existenzielle Schwierigkeiten resultieren. In der folgenden Abbildung (Abb. 12) sind die Größenklassen der pharmazeutischen Unternehmen in Prozent dargestellt. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2011, die der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) in seinem Bericht »Pharma-Daten 2013« veröffentlichte. Demnach entfallen gerade einmal 6,5% auf Großunternehmen, 18,7% auf Mittelständler und der überwiegende Anteil von 74,8% auf Kleinunternehmen (vgl. *BPI, 2013, S. 6*).

Die erwirtschafteten Umsätze und Gewinne pharmazeutischer Unternehmen sind an befristete Patente und innovative Produkte gebunden und unterliegen somit möglichen Schwankungen. Auch in Zeiten nach Patentabläufen und damit einhergehenden Umsatz- und Gewinnrückgängen müssen die Unternehmen die Verantwortung für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tragen. Im Jahr 2012 waren 110 006 Menschen im pharmazeutischen Sektor beschäftigt, was einen Beschäftigungszuwachs von 4,3% im Vergleich zum Vorjahr mit 105 435 Beschäftigten ausmacht (vgl. *BPI, 2013, S. 9*). Trotz der wachsenden Beschäf-

Unternehmen nach Größenklassen in Dtl.

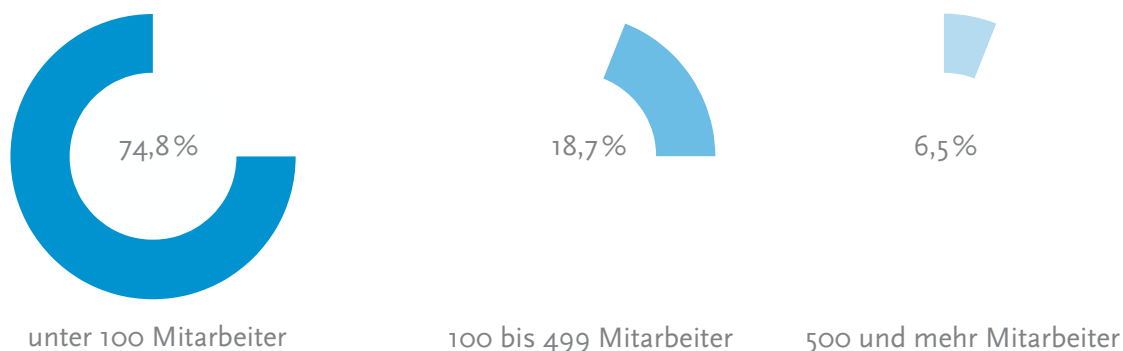


Abbildung 12: eigene Darstellung nach BPI, 2013, S. 6

tigungszahl in der pharmazeutischen Industrie nimmt die Bedeutung der Pharmaindustrie in der Öffentlichkeit kontinuierlich ab. Im Fokus aller Vorwürfe stehen die großen Pharmaunternehmen, da sie den Großteil der Gewinne erwirtschaften. Bei aller sozialen Verantwortung, die diese Unternehmen durch ihre Produkte und Entwicklungen für die Patienten haben, unterliegen aber auch sie wirtschaftlichen Einflüssen. Vor allem die Existenzkämpfe der klein- und mittständischen Hersteller bleiben häufig unberücksichtigt. Gerade sie erwirtschaften keine riesigen Gewinne, sind aber in gleichem Maße von den politischen Entscheidungen und den öffentlichen Vorwürfen betroffen (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 100 ff.*).

3.2.2 Steigende Arzneimittelausgaben aufgrund immer teurer werdender Medikamente

Auch die stetig zunehmende Belastung des deutschen Gesundheitswesens durch zu teure Medikamente und steigende Arzneimittelausgaben ist ein oft gehörter Vorwurf. Allgemein gilt, dass Arzneimittelhersteller völlig ungerechtfertigte Preise für ihre Produkte verlangen würden. Was dabei nicht erkannt wird, ist, dass es auch in der Pharmaindustrie einen Wettbewerb gibt und sich die Preisgestaltung nach den üblichen Markt- und Wettbewerbsbedingungen richtet. Wenn es also günstigere patentgeschützte Medikamente zur Behandlung der gleichen Krankheit gibt, setzen Hersteller in der Regel keinen überhöhten Preis an, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Darüber hinaus existieren weitere staatliche Regularien, die diesem Argument entgegenzusetzen sind. Exemplarisch kann hier die Bonus-Malus-Regelung für Ärzte genannt werden. Um Sanktionen zu vermeiden, müssen Ärzte ihr festgesetztes Jahresbudget einhalten und sind zwangsläufig dazu angehalten, zwischen möglichst günstigen Therapien zu wählen. Wie auch schon zu Beginn des Kapitels beschrieben, sind die Ausgaben für Arzneimittel der gesetzlichen Krankenkassen nicht kontinuierlich angestiegen. Dies ist jedoch aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung zu erwarten, womit der demografische Wandel eine Zunahme der Medikamentenverschreibungen logisch erklärt. Zum Zwecke der Beitragsstabilisierung und zur Entlastung der Krankenkassen könnte der Staat allerdings die Mehrwertsteuer für Arzneimittel senken, wie es auch in anderen Ländern üblich ist. Diese Forderung verschiedenster Interessengruppen ist jedoch auf politischer Ebene bisher nicht verfolgt worden (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 106 ff.*).

3.2.3 Marketing-Budget der Unternehmen übersteigt Ausgaben für Forschung und Entwicklung

Auch die übertriebenen Ausgaben für Marketing-Maßnahmen sind Bestandteil der öffentlichen Anklage. Das große »Heer« an Außendienstmitarbeitern sowie kostspielige Anzeigen in Fachmedien zu neuen und teuren Therapien werden gern kritisiert. Bei diesem Vorwurf bleibt die Tatsache unerkannt, dass die Pharmaindustrie zu den forschungsintensivsten Branchen gehört (*Hardenbicker, 2006, S. 111 f.*), worauf nachfolgende Abbildung (Abb. 13) in Bezug auf die Jahre 2009 bis 2011 verweist.

Ein innovatives Arzneimittel gelangt allerdings nicht von allein von der Produktionsstätte zu seinem Endverbraucher. Schon gar nicht, wenn es sich dabei um ein verschreibungspflichtiges Medikament handelt, das von einer geringen Nachfrage von Seiten seiner Konsumenten geprägt ist. In diesem Fall ist es der Arzt, der neue Therapien kennen muss, um diese seinem Patienten verschreiben zu können. Es ist also wichtig, ihn entsprechend über die Vorteile und die Risiken eines Medikaments zu informieren, was nur durch entsprechende Marketing-Maßnahmen zu leisten ist. Heutzutage haben Ärzte ein hohes Tagespensum abzuarbeiten, welches neben der Behandlung von Patienten und ihrer bürokratischen Verwaltung auch die kontinuierliche Information nach neuen Therapiemöglichkeiten und wissenschaftlichen Studien verlangt. Diese Wissensvermittlung erfolgt mittels der Darlegung von Studien, deren Veröffentlichungen in Fachmedien und Werbeanzeigen sowie durch Besuche von Außendienstmitarbeitern eines pharmazeutischen Unternehmens. Die Kosten für den Informationstransport zu neuen Erkenntnissen, Produkten und Therapieoptionen zu kritisieren, bedeutet gleichzeitig, Ärzten eine – auch aus deren Sicht – wichtige Informationsquelle zu nehmen. Die Konsequenz daraus wäre, dass dem Arzt eine Produktinnovation unbekannt bliebe und dem Patienten somit nicht zugänglich wäre (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 112 f.*). Einen großen Teil ihrer Gelder investieren Pharmaunternehmen auch in Fortbildungen für Ärzte. Diese sind seit dem 1. Januar 2004 gem. § 95 d SGBV gesetzlich vorgeschrieben und werden von den jeweiligen Ärztekammern nach eingehender Prüfung mit Fortbildungspunkten zertifiziert. Die Finanzierung dieser Fortbildungen wäre allein durch den Staat kaum zu leisten. Auch die Politik gibt Millionen von Euro für Öffentlichkeitsmaßnahmen in Form von Kampagnen aus, was für die Aufklärung und Information der Gesellschaft unabdingbar ist. Im Gegensatz jedoch zu den unternehmerisch erwirtschafteten Marketing-Kosten der Pharmaunternehmen werden diese Ausgaben durch Steuergelder finanziert (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 114 ff.*).

3.2.4 Patentschutz von Medikamenten zu Lasten der Dritten Welt

Zum Patentschutz für Medikamente wird von allen Seiten immer wieder heftige Kritik geübt. Dabei wird zum einen die Auffassung vertreten, dass ein staatlich durchgesetztes Patentrecht nicht zwingend notwendig sei, um Innovationen anzuregen, zum anderen würden unter dem dadurch geschaffenen Wirtschaftsmonopol der Pharmakonzerne Bevölkerungen leiden, die dringend auf medikamentöse Hilfe angewiesen seien. Damit sind in erster Linie Menschen aus den Ländern der Dritten Welt gemeint. Der medizinische Fortschritt trägt in hohem Maße zum gesellschaftlichen Wohlstand bei, sodass es im Inte-

Ausgaben der internen F&E-Ausgaben der Wirtschaftszweige in Dtl. am Umsatz aus eigenen Erzeugnissen

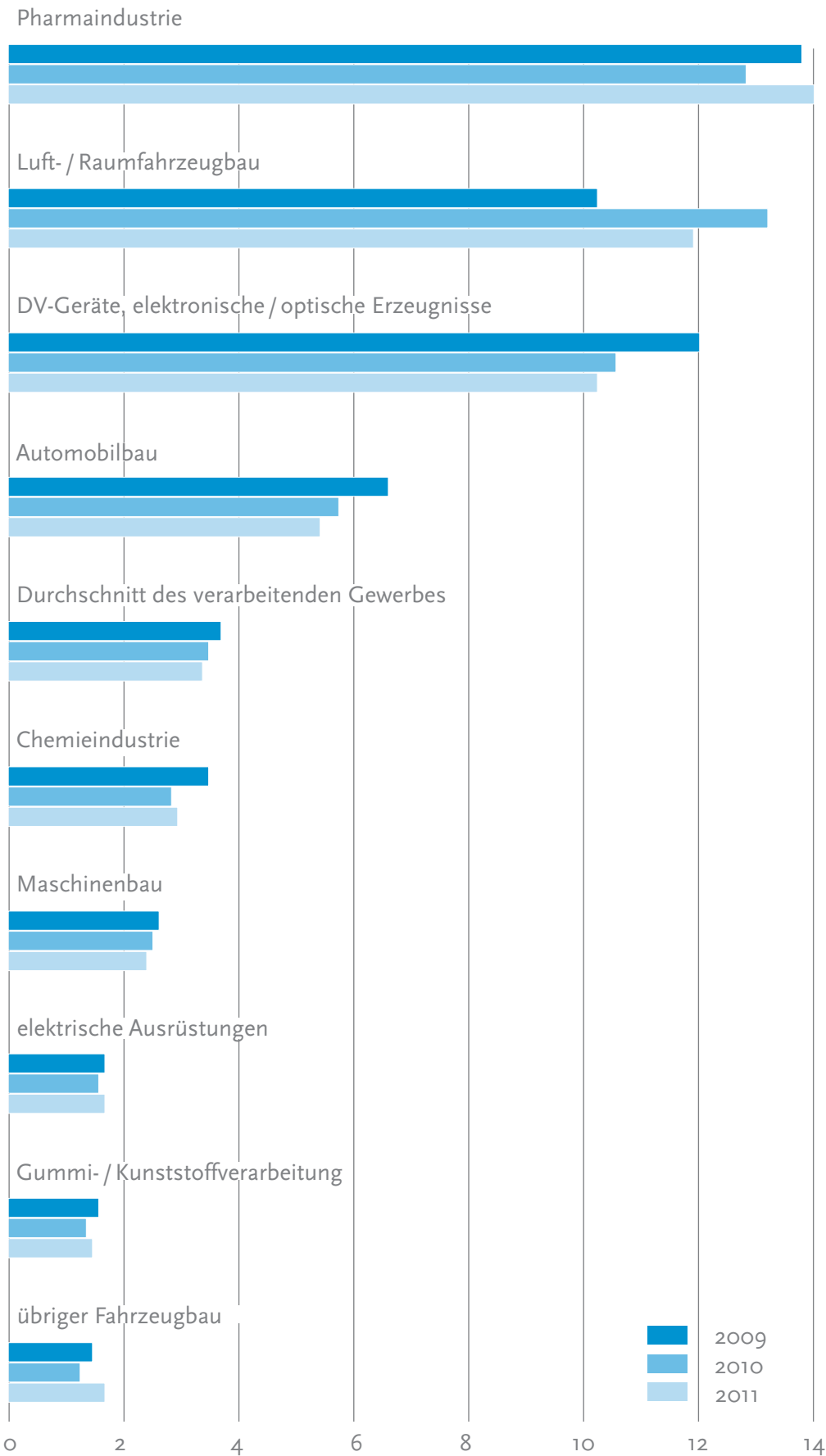


Abbildung 13: eigene Darstellung nach BPI, 2013, S. 13

Angaben in Prozent

resse von fast jedermann ist, dass im Bereich der Arzneimittelforschung intensiv investiert wird. Da sich die Nachfrage nach Arzneimitteln mit steigendem Wohlstand erhöht, ist das Interesse an medizinischen Innovationen besonders in entwickelten Ländern stark ausgeprägt. Forschung wird mit der allgemeinen Praxis des Patentschutzes weit intensiver als ohne diese Regelung durchgeführt, und Innovationen würde es nicht in einem annähernd so großen Umfang geben, wie es gegenwärtig der Fall ist (vgl. *Hahn / Kliemt, 2013, S. 59*). Dies spricht also allgemein dafür, Patentrechte für Arzneimittel auch weiterhin zu schützen. Sobald ein Patent ausläuft und die Entwicklung von Generika erlaubt ist, können zuvor patentierte Informationen zu einem Wirkstoff nun breit genutzt werden. Diese tragen dann, wenn auch mit einer durch das Patent bedingten zeitlichen Verzögerung, zum Wohlstand einer Gesellschaft bei. Davon profitieren auch Länder der Dritten Welt, die Arzneimittel somit preiswerter produzieren bzw. importieren können. Der Patentschutz ist insofern auch im Interesse der Menschen, die in weniger entwickelten Ländern leben, da die Produktion von Generika nur dadurch möglich ist, dass Informationen zum Arzneimittel im Vorfeld erst einmal erzeugt und geschaffen worden sind. Ohne den Verbrauch der eigenen Ressourcen wird auch bei denjenigen ein Nutzen geschaffen, die zur Generierung der Informationen selbst nicht beigetragen haben. Eine Abweichung von den Regelungen des Patentrechts ist jedoch zu überlegen, wenn es um die Bekämpfung kurzfristiger Epidemien geht. Als markantestes Beispiel ist hier wohl die HIV-Epidemie in Afrika zu nennen (vgl. *Hahn / Kliemt, 2013, S. 60*). Da die Pharmaindustrie ihre Gewinne vorrangig durch den Absatz ihrer Produkte in der Ersten Welt erzielt, könnte man ohne finanzielle Gefahren Ausnahmen bzgl. des Patentschutzes in der Dritten Welt zulassen. Pharmaunternehmen haben grundsätzlich ein Interesse daran, dass sich die Länder der Dritten Welt entwickeln und durch die HIV-Epidemie nicht weiter zurückgeworfen werden, denn dies würde den Markt für ihre innovativen Produkte schmälern. Das zentrale Problem der Generikaproduktion vor Ablauf des Patentschutzes liegt vielmehr bei potenziellen Reimporten (vgl. *Hahn / Kliemt, 2013, S. 61*).

Sofern es gelingen würde, Reimporte von HIV-Medikamenten in die Erste Welt zu verhindern bzw. zu kontrollieren, wäre ein eingeschränktes Patentrecht in der Dritten Welt unproblematisch. Somit könnten Generikaprodukte produziert und zur HIV-Bekämpfung eingesetzt werden. Es würde die Gewinnerwartung der Unternehmen nur unwesentlich senken und weitgehend folgenlos für die Innovationsfähigkeit der heutigen Pharmaunternehmen sein. Eine Kontrolle von Reimporten ist unter heutigen politischen und rechtlichen Bedingungen vermutlich nicht zu erwarten, es wäre jedoch mit einer wirksamen Einschränkung von Reimporten von Arzneimitteln aus der Dritten in die Erste Welt viel gewonnen. Primär geht es dabei aber um ordnungsethische und ordnungspolitische Fragen, die nicht von der Pharmaindustrie entschieden werden können. Für die entwickelte Welt ergeben sich im Umgang mit den Ländern der Dritten Welt besondere Probleme, wodurch aus ethischer Sicht häufig eine irreführende Rangordnung vorgenommen wird. Vor allem wird das eigentliche Problem gern übersehen, das nämlich nicht in der Armut dieser Länder liegt, sondern mit Defiziten in deren Governance-Strukturen und Rechtsordnungen einhergeht. Diese Fehlinterpretation hat unter anderem zur Folge, dass die übliche Entwicklungshilfe gewöhnlich auf materielle Hilfe und weniger auf institutionelle Entwicklung ausgerichtet ist (vgl. *Hahn / Kliemt, 2013, S. 62 ff.*).

3.2.5 Scheininnovationen statt echter Innovationen

»Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist« – so der Untertitel eines Buches von der Medizinerin und Medizinjournalistin Marcia Angell aus dem Jahr 2005 – hat schon vor langer Zeit Einzug in die deutsche Berichterstattung gehalten. Der Verdacht, der hier gehegt wird, dass die Produkte der Pharmaindustrie keine Neuheiten, sondern im Prinzip nur Neuauflagen bereits bekannter Wirkprinzipien und leicht veränderter Wirkstoffe seien. Hier gilt es erst einmal zwei Formen von Innovationen zu differenzieren. Von einer Sprunginnovation ist die Rede, wenn ein neues Wirkprinzip oder ein neuer Wirkstoff zur Behandlung von Krankheiten entdeckt wurde. Die wohl bekanntesten Beispiele des letzten Jahrhunderts sind Penicillin und Sildenafil (Wirkstoff von Viagra®) (vgl. Hardenbicker, 2006, S. 116 f.). Der Regelfall dagegen sind sogenannte Schrittinnovationen. Letztere sind besonders wichtig für die Patienten, da die kontinuierliche Weiterentwicklung eines Medikaments zur Steigerung des Therapienutzens beiträgt. Obwohl die schrittweise Fortentwicklung in vielen Indikationen zum Behandlungsstandard gehört und wichtig ist, wird dieser Umstand als Eigeninteresse der Pharmaunternehmen ausgelegt, die mit geringem Aufwand bereits Bestehendes lediglich neu anbietet. Unter dem Gesichtspunkt, dass Kritiker der Pharmaindustrie Umsatz- und Gewinnorientierung vorwerfen, ist dieser Vorwurf, an wirklichen Innovationen nicht interessiert zu sein, nicht schlüssig. Gerade Sprunginnovationen, die zur Heilung vieler Menschen beitragen könnten, wären ein finanzieller Glücksfall für pharmazeutische Unternehmen. Zudem wird der bereits angesprochene preisliche Wettbewerb im System durch Schrittinnovationen gefördert. So können Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff, aber mit anderen Zusatz- und Hilfsstoffen auf den Markt gebracht werden, die variieren. Daraus ergibt sich dann eine breite Palette an Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten. Die unterschiedlichen Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, gerade bei multimorbiden Patienten, erlauben so eine gute und auf den einzelnen Patienten abgestimmte Therapie (vgl. Hardenbicker, 2006, S. 117 ff.). Die Problematik von Sprung- und Schrittinnovationen waren auch ein Thema beim Deutschen Schmerzkongress im Oktober 2013 in Hamburg, welches Prof. Gerd Geißlinger, Klinischer Pharmakologe an der Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von meet-Pfizer, in seinem Podiumsvortrag aufgriff.

»Therapeutischer Fortschritt wird in den seltensten Fällen durch große Sprunginnovationen erreicht, sondern meist durch die Addition vieler Schrittinnovationen. So ist es oft so, dass z. B. chemische Strukturen schrittweise optimiert werden, wobei diese Schrittinnovationen, alleine gesehen, oft keinen messbaren zusätzlichen therapeutischen Nutzen haben. Schrittinnovationen sind aber trotzdem unerlässlich, da mehrere Schrittinnovationen über die Zeit gesehen manchmal am Ende in eine Sprunginnovation resultieren können. Ob und wann dabei eine Sprunginnovation entsteht, ist leider nicht kalkulierbar bzw. vorhersehbar.«

(Auszug aus dem Vortrag von Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gerd Geißlinger beim Deutschen Schmerzkongress, 22. – 25. Oktober 2013 in Hamburg)

3.2.6 Absatzsteigerung durch Einflussnahme auf die Ärzteschaft

Die breit diskutierte versuchte Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die Ärzteschaft ist ein weiteres Thema, was als ethisch nicht korrekt dargestellt wird. Resultierend aus dem Prinzip der Gewinnorientierung werden Unternehmen automatisch verdächtigt, ihre Medikamente auf unterschiedlichste Art über den Arzt an den Patienten bringen zu wollen. Natürlich verfügt ein gut funktionierender Außendienst über ein reiches Netzwerk zu medizinischen Fachkreisen, niedergelassenen Ärzten, Klinikärzten und Apothekern. Im Sinne einer gebündelten Informationsvermittlung über die Produkte und deren Vorteile für die Patienten, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, ist das auch ein durchaus legitimer Prozess. Nicht zu vergessen, dass ein Arzt darüber hinaus auch noch über andere Quellen verfügt, um die erhaltenen Produktinformationen zu überprüfen. Nicht selten wird diesem Kontakt zwischen der Industrie, Ärzten und auch Apothekern verschreibungsfördernde Einflussnahme unterstellt. Vor allem monetäre und sachbezogene Anreize sollen dabei das Verschreibungsverhalten des Arztes für ein Produkt positiv beeinflussen. Diese Korruptionsversuche als allgemeine Praxis sind Thema der täglichen Berichterstattung. Gern wird das Bild des Manipulations- und Bestechungsverhaltens der Industrie als Generalverdacht vermittelt (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 121 f.*). Die Realität bleibt dabei außen vor. Nicht erst durch die Auflagen des seit 2004 existierenden FSA-Pharma-Kodex gehören Fernreisen, kostenintensive Bewirtungen oder Einladungen ganzer Arztfamilien längst der Vergangenheit an. Diesem Verhaltenskodex hat sich mittlerweile eine Vielzahl an Arzneimittelherstellern freiwillig angeschlossen. Mit ihm soll das ethische Verhalten zwischen Industrie und medizinischen Fachkreisen geregelt und gefördert werden. In vielen Unternehmen der Branche herrschen heutzutage höchst ethische Ansprüche, die neben entsprechenden Verbänden und Institutionen, wie dem FSA, sogar durch unternehmensinterne Compliance-Beauftragte streng kontrolliert werden. Folgerichtig datieren auch heute veröffentlichte Behauptungen zur unethischen Zusammenarbeit zwischen der Pharmaindustrie häufig 10 Jahre und länger zurück. Darauf sollte man bei der Bewertung derartiger Veröffentlichungen achten. Zudem greift auch hier die Bonus-Malus-Regelung für den Arzt, der bei zu teurem Verschreibungsverhalten finanziell sanktioniert wird. Der Arzt kann durch die Bindung an seine eigenen Restriktionen nur schwer den Anreizen pharmazeutischer Unternehmen stets und ständig Folge leisten (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 123 ff.*).

3.2.7 Pharmaindustrie kauft Ärzte und Experten für klinische wissenschaftliche Studien

Nachdem die Bestechung und Einflussnahme lange Zeit eher einseitig der Pharmaindustrie zugeschrieben wurde, gerät heute auch verstärkt die Ärzteschaft ins »Kreuzfeuer der Kritik« (*Hardenbicker, 2006, S. 126*). Obwohl eine Zusammenarbeit zwischen Wirtschaft und Wissenschaft zwingend notwendig und auch wünschenswert ist, wird diese Verbindung anhaltend kritisiert. Die Zusammenarbeit entsteht vor allem bei der Durchführung klinischer Studien. Diesbezüglich verlangen die Bundesbehörden von den Arzneimittelherstellern die Vorlage und somit auch die Beauftragung klinischer und wissenschaftlicher Studien zu ihren Produkten. Aus diesem Grund existieren nahezu ausschließlich Studien, die alle von Industrieunternehmen in Auftrag gegeben und finanziert wurden.

Im Regelfall beauftragen Unternehmen renommierte und qualifizierte Wissenschaftler unabhängiger Institutionen damit, z. B. Universitäten. Der Staat oder ein von ihm beauftragtes unabhängiges Institut kann dies, in Anbetracht der Masse an benötigten Studien zu vielen verschiedenen Arzneimitteln, gar nicht leisten bzw. finanzieren. Zudem existieren genügend Medikamentenstudien, die wegen unerwarteter und unerwünschter Ergebnisse zum kostspieligen Studienabbruch führten (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 127 f.*). Auch dafür erbringt die Pharmaindustrie die Beauftragung sowie die Kosten. Was im Zuge wissenschaftlicher Studien häufig angemahnt wird, ist, dass Wissenschaftler und Mediziner, die für eine bestimmte Therapie sprechen, dies nicht aufgrund der Sachlage der wissenschaftlichen Ergebnisse tun, sondern aus finanziellen Gründen. Sind es doch aber gerade die Studienleiter, die die Besonderheiten einer Studie, deren Vorbereitung, Durchführung und die erzielten Ergebnisse besonders gut kennen und somit nicht nur das nötige Wissen, sondern auch die Überzeugung mitbringen. Trotzdem wird eine Vielzahl praktizierender und forschender Ärzte, die von einer Therapie- und Behandlungsmethode überzeugt sind, als korrupt und von der Pharmaindustrie gekauft verurteilt. Auch ihre Vergütung erfolgt nicht willkürlich und in exorbitanter Höhe. Der FSA-Ehrenkodex sowie die Berufsordnung für Ärzte regeln umfassend die Entlohnung der Ärzte bei deren Zusammenarbeit mit der Industrie. Es mag auch hier Ausnahmen in Form menschlicher Fehlritte geben mit nicht konformem Verhalten, die das Vertrauen in solche Studien zur Entwicklung neuer Medikamente schwächen. Sie sind jedoch nicht die Regel, wie gern behauptet wird, sondern eher die Ausnahme (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 128 ff.*).

3.2.8 Selektion und Manipulation von Studienergebnissen

Auch der verschleierte Umgang mit Studien und deren Ergebnissen wird medial immer wieder gern thematisiert. Genau genommen ist dies ein eigenverantwortetes Problem der Industrie, die es viele Jahre versäumt hat, Transparenz walten zu lassen. Die Branche hat allerdings aus den Verdächtigungen gelernt und ist gewillt, in Form geforderter und selbst initiiert veröffentlichter flächendeckende Transparenz zu schaffen. Klinische Studien müssen zudem bei unterschiedlichen Stellen gemeldet werden, eine Ethikkommission muss dem detailliert beschriebenen Studiendesign zustimmen, die Studie muss zudem der Bundesbehörde mit Ziel, Teilnehmern und Durchführungsdesign gemeldet werden. Die Ergebnisse werden darüber hinaus in einer Datenbank (eudraCT) der Europäischen Zulassungsbehörde European Medicines Agency (EMA) gespeichert. Von den Behörden der EU-Länder sind diese Daten einsehbar, womit eine größtmögliche Transparenz für behördliche Fachinstanzen gegeben ist (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 131 ff.*).

3.2.9 Missbrauch von Anwendungsbeobachtungen

Auch sogenannte Anwendungsbeobachtungen (AWB) sind neben klinischen Studien eine weitere Form zur Ermittlung neuer Erkenntnisse für ein zugelassenes Medikament. Der Einsatz des Arzneimittels wird dabei unter Routinebedingungen bei ausgewählten Patienten vom Arzt beobachtet und erfasst. Diese Art

der Erkenntnisgewinnung eines Herstellers zu seinen Produkten ist jedoch bei Kritikern der Pharmaindustrie umstritten, obwohl dabei das Ziel verfolgt wird, bisher nicht bekannte Nebenwirkungen und Risiken zu dokumentieren. Die im Gegensatz zu klinischen Studien nicht so strengen Vorgaben und Überwachungen führen allerdings zu einem hohen Spekulationspotenzial. Es wird behauptet, dass der reine Erkenntnisgewinn nicht zur Produktionsoptimierung, sondern lediglich für Marketing-Zwecke genutzt werden würde (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 134 f.*). Diesen Vorwurf hat die Pharmaindustrie aufgegriffen, indem sie für nichtinterventionelle Studien (NIS) strengere Vorgaben und Überwachungsregularien verabschiedet hat. Diese gehen sogar über die gesetzlichen Anforderungen hinaus und sind seit 1. Mai 2007 für alle NIS anzuwenden. Dazu haben sich alle Mitgliedsunternehmen des VFA freiwillig verpflichtet (vgl. *VFA, 2008, S. 10*). Somit sind die AWB durch die NIS abgelöst worden. Auf diese Weise soll das hohe Maß an Kritik- und Verdachtspotenzial minimiert und bedingungslose Transparenz bei der Durchführung und Auswertung solcher Studien gewährleistet werden (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 136*).

3.2.10 Erfindung von Krankheiten

Das Argument, dass die Pharmaindustrie gesunde Menschen zu kranken Patienten macht und somit potenzielle Abnehmer für ihre Produkte generiert, ist omnipräsent (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 136*). Für die Erfindung neuer Symptome oder gar Krankheiten ist die Pharmaindustrie jedoch der falsche Adressat. Sicher haben Unternehmen ein Interesse daran, im Wettbewerb ihre Produkte zu verkaufen, was unter ökonomischen Gesichtspunkten auch notwendig und durchaus legitim ist. Die ausschließliche Bereitstellung eines Medikaments zur Behandlung einer nach festgelegten Kriterien und klassifizierbaren und diagnostizierbaren Krankheit bedeutet jedoch nicht, in die individuelle Therapiefreiheit und Diagnose des Arztes, als medizinische Instanz, eingreifen zu können. Dieser Schritt wäre aber notwendig, um der Industrie eine Einflussnahme zugunsten ihrer Produkte unterstellen zu können. Um Gesunde zu Kranken zu machen, müsste die Pharmaindustrie zudem hohe politische Instanzen und Institutionen umgehen oder manipulieren (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 142 f.*). Es dürfte der Industrie zudem schwer fallen, Krankheiten zu erfinden, da sie selbst keinen unmittelbaren Austausch oder gar eine direkte Verkaufsbindung zum Patienten pflegt. Tatsache ist, dass es Wissenschaft und Forschung in den vergangenen Jahrzehnten gelungen ist, viele bestehende Symptome zu erkennen, ihre Entstehung zu analysieren und, wo möglich, Behandlungsformen zu entwickeln. Auch wenn eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und Marketing-Maßnahmen den Eindruck vermitteln, eine bislang unbekannte Krankheit würde zu einer Volkskrankheit und somit zur Bedrohung für den Menschen führen, so ist auch hier die Ausnahme von der Regel zu trennen. Zudem kann eine Krankheit nur von demjenigen diagnostiziert werden, der sie auch kennt. In diesem Fall ist das immer der Arzt, als alleinige Schnittstelle zum Patienten und eingebettet in ein System vorgegebener und kontrollierender Instanzen. Kaum ein Arzt würde eine Therapie ohne eine zu erwartende spürbare Änderung bzw. ohne Therapieerfolg ein- oder fortsetzen, weil er in solch einem Fall grob fahrlässig handeln, gegen seine Berufsethik verstoßen und sich strafbar machen würde (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 145 ff.*).

3.2.11 Fehlender ethischer Handlungsrahmen in der Pharmaindustrie

Gern wird behauptet, dass in der Pharmaindustrie ein regulierender ethischer Handlungsrahmen gänzlich fehlt. Doch hat sich die Pharmaindustrie als bisher einzige Branche einen Verhaltenskodex – den sogenannten FSA-Pharma-Kodex – auferlegt. Auf über 3600 Seiten in 5 Bänden sind hier wichtige Gesetze, Richtlinien und Verordnungen aus dem gesundheits- und pharmapolitischen Bereich zusammengefasst. Ziel ist es, die korrekte Zusammenarbeit von pharmazeutischen Unternehmen mit Ärzten, Apothekern und weiteren Angehörigen der medizinischen Fachkreise zu überwachen und damit einen fairen Wettbewerb durch gleiche ethische Standards zu sichern. Jede Art von Regelverstößen hat in den jeweiligen Unternehmen Sanktionen zur Folge (vgl. *Pfizer, 2014*).

3.3 Wege aus der Krise

Die öffentliche Wahrnehmung der Pharmaindustrie geht vorrangig einher mit der Diskussion um die Gesundheitspolitik in Deutschland. In Zeiten aufkommender Sparzwänge und durch den steigenden Druck auf die Kostenverursacher im System stellen Politik und Medien oft plakative Thesen auf, die das Image der Pharmabranche entscheidend prägen und nachhaltig abwerten (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 149 f.*). Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass die Arzneimittelhersteller durch ihre Arbeit und Kompetenz entscheidend zum hohen Therapiestandard in Deutschland beitragen und viele Lösungsansätze zum Umgang mit Erregern, neueren Krankheiten und Pandemien liefern. Aus ihren Erfolgen und Erfahrungen lassen sich durchaus prospektive Einschätzungen einer Verbesserung des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung ableiten. Ihre Stimme sollte daher unbedingt gehört werden, um einen zielführenden Dialog zwischen allen Beteiligten gewährleisten zu können. Die Einzelinteressen der Akteure sind dabei dem Gemeinwohl der Gesellschaft unterzuordnen, denn damit wäre dem Patienten wohl am besten geholfen. Vor allem muss es verstärkt Pflicht und Anliegen der Arzneimittelhersteller sein, bisherige Kommunikationswege zu verlassen und alte Argumentationsmuster aufzubrechen. Durch eine gezielte Kommunikation müssen vor allem der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) und der FSA-Pharma-Kodex einem breiten Publikum vorgestellt werden. Diese haben wichtige Grundlagen für die Einhaltung ethischer Richtlinien in der Pharmaindustrie geschaffen. Sinn und Zweck muss zukünftig darin liegen, der Öffentlichkeit und somit dem Patienten eine ausgewogene und objektive Darstellung der durchaus komplexen Strukturen, Prozesse und Sachverhalte zu geben, die eine eigene Reflexion ermöglichen (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 155 ff.*). Ratsam ist auch, dass Pharmaunternehmen ihre Lobbytätigkeit in eine andere Richtung lenken. Anstatt sich darauf zu konzentrieren, für die Pharmaindustrie ungünstige Regelungen zu verhindern, ist es sinnvoll, eine Lobbyarbeit zu betreiben, die auf günstigere Bestimmungen bzw. Regelungen für alle Beteiligten abzielt (vgl. *Hahn / Kliemt, 2013, S. 62*). Es wurde bereits darauf eingegangen, dass die Pharmaunternehmen keinen direkten Kontakt zum Patienten haben, sondern der Arzt als medizinische Instanz zwischengeschaltet ist. Die Industrie findet zudem keine Berücksichtigung im G-BA, wo Politik und Patientenvertreter zusammenkommen, um gesundheitspolitische Entscheidungen zu diskutieren. Aus diesem Grund empfiehlt sich der verstärkte Ausbau von Kooperationen zwischen Industrie, Patientenorganisationen und der Ärzteschaft. Insgesamt sollte

ein vertrauensvolles und effizientes Stakeholder-Management als Branchenziel ausgewiesen werden. So können die Bedürfnisse der Patienten genauer erfasst werden, um eine optimale und nachhaltige Versorgung jener gewährleisten zu können. Um diese Ziele zu realisieren, sind auch die Personalabteilungen – als Business-Partner der pharmazeutischen Unternehmen – gefragt. Um individuelle Fehlschläge und verursachte Schäden durch die eigenen Mitarbeiter zu vermeiden, bedarf es einer strategischen Personalpolitik. Diese baut darauf auf, dass die Angestellten das langfristige Ziel von Vertrauen und Verantwortung in der Pharmaindustrie verinnerlichen und dem Anspruch nach moralisch richtigem Handeln gerecht werden. Die Führungskräfte müssen dabei als gutes Beispiel vorangehen und Werte wie Integrität und Verantwortungsbewusstsein vorleben. Die aktuelle gesundheitspolitische Situation in Deutschland, die sich aus den bereits erläuterten gesellschaftlichen sowie politischen Problemfeldern ergibt, sollte zudem frühzeitig in den akademischen Kontext überführt werden, um ein entsprechendes Bewusstsein bei nachfolgenden Generationen zu schaffen und adäquate Lösungsansätze zu ermöglichen. An Universitäten bietet sich daher die Einbindung der Pharmaökonomie (vgl. *Geißlinger, 2013, Kommentar bei einer Beiratssitzung von meet-Pfizer, 15. – 16.08.2013 in Potsdam*) und der Wirtschaftsethik in akademische Curricula der Politikwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften, der Medizin sowie pharmazeutisch ausgerichteter Studiengänge an. Im Fokus stehen dabei der Patient und dessen Versorgung im Krankheitsfall. Dieser ist, trotz der bestätigten Wirksamkeit seiner Medikamente und deren Vorteile für die Bevölkerung, der Pharmaindustrie gegenüber skeptisch und kritisch eingestellt. Politik und Medien transportieren Informationen oft unzureichend und in sehr verkürzter Form, was zu einer Verzerrung der Tatsachen führt (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 150 f.*). Im Regelfall wird menschliches oder organisationales Fehlverhalten publiziert, was in der öffentlichen Meinung als Generalverdacht greift. In der Tat existieren solche Vorfälle, und es gilt diese selbstverständlich aufzuklären und zu sanktionieren. Es handelt sich dabei allerdings nicht um einen praxisüblichen Allgemeinzustand, sondern um Einzelfälle. Die eigentliche Arbeit der Pharmaindustrie, ihre strukturellen Eigenheiten sowie ihre strenge Regulierung durch die Politik bleiben den meisten Menschen unbekannt (vgl. *Hardenbicker, 2006, S. 152 f.*). Auch die in den vergangenen Jahren positiven Entwicklungen im pharmazeutischen Sektor bleiben häufig unerwähnt, was das Image der Branche sehr einseitig gestaltet. Nur eine ausführliche und ausgewogene Berichterstattung sowie die Reflexion von Informationen kann das Vertrauen der Gesellschaft in die Pharmaindustrie wiederherstellen. Die Intensivierung von Kooperationen zwischen einzelnen pharmazeutischen Unternehmen ist ebenfalls ein lohnender Ansatz. Die Realisierung von gemeinsamen Projekten, bei denen gleiche ethische Standards verfolgt werden, könnte als Ergänzung zum FSA-Pharma-Kodex dem Absinken der Grenz-moral in der Wirtschaft (vgl. *Aßländer, 2011, S. 103*) positiv entgegenwirken. Zur Schaffung eines größtmöglichen Gemeinwohls in Sachen Gesundheit sind neben der Pharmaindustrie auch Politik, Wissenschaft, Medien sowie die Bevölkerung selbst verpflichtet: Sie alle müssen Verantwortung übernehmen. Die am Ende dieses Kapitels vorgebrachten Lösungsvorschläge sind lohnende Ansätze für die Verbesserung der aktuellen Situation im deutschen Gesundheitswesen. Sie fördern nicht nur eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren sowie den Auf- und Ausbau von Vertrauen in der Gesellschaft, sondern sind grundlegend für die Wahrnehmung der Menschen, »wenn es um den Erhalt ihrer Gesundheit geht« (*Hardenbicker, 2006, S. 157*).

4

Ethischer Exkurs
am Beispiel
der Fortbildungs-
akademie
meet-Pfizer

4 Ethischer Exkurs am Beispiel der Fortbildungsakademie meet-Pfizer

Im vorangegangenen Kapitel ist ausführlich darauf eingegangen worden, wie es um den Ruf der pharmazeutischen Industrie in Deutschland steht. Es liefert dem Leser wichtiges Hintergrundwissen über grundsätzliche Zusammenhänge zwischen Politik und Industrie. Um jenes Wissen praxisnah zu reflektieren, wird im vierten Kapitel ein Praxisbeispiel gewählt. Die Initiative meet-Pfizer wird dem Leser vorgestellt und soll aufzeigen, wie Pfizer, als ein global forschender Arzneimittelhersteller, die immer wiederkehrenden Vorwürfe aufgenommen, diese reflektiert und welche notwendigen Maßnahmen daraus abgeleitet hat, um zur Verbesserung der aktuellen Situation in Deutschland beizutragen. Um Pfizer etwas besser kennenzulernen, wird zu Beginn des Kapitels das Unternehmensprofil skizziert. Es folgt die Vorstellung der produktneutralen Fortbildungsinitiative meet-Pfizer, auf deren Vision, Ziele, Struktur sowie die wichtigsten Stakeholder eingegangen wird. Ein weiterer Punkt ist die Zusammenarbeit mit Verbänden und anderen Institutionen im Gesundheitswesen. Aufbauend auf den vorangegangenen Ausführungen, wird anschließend der Nutzen von meet-Pfizer, dessen Mehrwert und Nachhaltigkeit dargestellt. Neben der unternehmensinternen Sicht erläutert dieser Abschnitt auch wichtige externe Meinungen. Zum Abschluss dieses Kapitels wird eine prospektive Einschätzung vorgenommen, die Anregungen geben soll, in welchem Bereich der neuen Organisationsstruktur von Pfizer die Fortbildungsinitiative meet-Pfizer implementiert werden könnte. Dabei handelt es sich überwiegend um unternehmensinterne Informationen, wofür im Folgenden Pfizer oder meet-Pfizer als Quellen aufgeführt sind. Aussagen, die sich auf andere Verfasser und Quellen beziehen, sind entsprechend ausgewiesen.

4.1 Unternehmensprofil Pfizer

Als führender forschender Arzneimittelhersteller mit weltweit 90 000 Mitarbeitern in mehr als 80 Ländern und einem Jahresumsatz von 59 Milliarden US-Dollar (vgl. Pfizer, 2014, o. S., Zahlen aus dem Jahr 2012) verfolgt Pfizer ein klar definiertes Ziel: mehr Gesundheit und bessere Lebensqualität für Mensch und Tier. Pfizers innovative Präparate beugen Krankheiten vor, heilen sie und lindern Leiden. Durch individuell abgestimmte, zielgerichtete Therapien lassen sich gleichzeitig auch Kosten im Gesundheitssystem reduzieren. Doch die große Zukunftsaufgabe hinsichtlich der Erhaltung der Gesundheit lässt sich nicht im Alleingang meistern. Pfizer betrachtet sich als einen lebendigen Teil der Gesellschaft und der Gemeinschaften, für die sich das Unternehmen einsetzt, um die bevorstehenden Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

Unternehmensgeschichte

Die Erfolgsgeschichte von Pfizer beginnt in New York, im heutigen Stadtteil Brooklyn. Dorthin zog es zwei junge Auswanderer aus dem schwäbischen Ludwigsburg. Karl Pfizer war Feinchemiker und Apotheker und dessen Cousin, Karl Erhart, Lebensmittelhändler und Konditor. Mit einem geliehenen Startkapital in Höhe von 2500 Dollar mieteten die beiden ein einfaches Backsteinhaus, das Raum genug bot für Büro, Labor sowie für die Fertigung von Rohchemikalien für die pharmazeutische und Lebensmittelindustrie. Die geschäftlichen Erfolge ließen nicht lange auf sich warten und legten das Fundament für das heute weltweit bekannte führende pharmazeutische Unternehmen Pfizer (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

Charles Pfizer und Charles Erhart



Abbildung 14: Unternehmensgrafik, Pfizer, 2014, o. S.

Mission und Werte

Zur Hauptaufgabe von Pfizer zählt die Schaffung einer gesünderen Welt. Um Gesundheit und Lebensqualität in jedem Lebensabschnitt zu verbessern, setzt das Unternehmen Wissenschaft und seine weltweiten Möglichkeiten ein. Pfizer versteht sich als Unternehmensbürger »Corporate Citizen«, der sich mit seinen Ressourcen, Kompetenzen und Anliegen in die Gemeinschaft einbringt und diese fördert. Dieses Selbstverständnis bringt besondere Aufgaben, Rechte und Pflichten mit sich. Die Aufgabe eines Unternehmensbürgers besteht nicht nur darin, innovative Arzneimittel zu entwickeln, sondern diese auch allen Menschen zugänglich zu machen. Dafür stellt Pfizer der Gemeinschaft und seiner Umgebung sein gewonnenes Wissen und seine Ressourcen zur Verfügung. Damit das Unternehmen im Kampf gegen Krankheiten weiterhin in den medizinischen Fortschritt investieren kann, ist das geistige Eigentum patentrechtlich geschützt. Auch soziales Engagement ist ein fester Bestandteil der Unternehmensphilosophie von Pfizer (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

Geschäftsfelder und Organisationsstruktur

Pfizers Kerngeschäft liegt auf der Erforschung, Entwicklung und dem Vertrieb von innovativen Medikamenten, die das Unternehmen in über 150 Ländern anbietet. Die breiteste Säule des Geschäfts bilden dabei die rezeptpflichtigen Medikamente für den Einsatz in Klinik und Praxis. Schwerpunkte sind die Bereiche Herz-Kreislauf- und Infektionskrankheiten, Schmerz, Rheuma, Diabetes, Erkrankungen des Nervensystems und Krebs. Zu den Forschungsgebieten mit großem Zukunftspotenzial zählen vor allem Impfstoffe und Biopharmazeutika. Einen eigenen, erfolgreichen Geschäftsbereich bilden Produkte, die nicht vom Arzt verschrieben werden müssen, sondern ohne ärztliches Rezept gekauft werden können. Pfizer ist einer der weltweit führenden Anbieter von rezeptfreien sogenannten Over-the-counter (OTC)-Produkten. Seit Februar 2013 agiert die Tiergesundheit als eigenständiges Unternehmen unter dem Namen Zoetis und bietet mit seiner 60-jährigen Erfahrung hochwertige Arzneimittel, Impfstoffe, Diagnostika und Dienstleistungen in mehr als 120 Ländern an. Die kontinuierlichen Veränderungen des Marktgeschehens und des Produkt-Portfolios von Pfizer wirken sich unmittelbar auf den Konzern aus. Dies erfordert unter Umständen sowohl eine entsprechende Anpassung von Strukturen und Konzepten als auch von Gestaltungsspielräumen. Im Zuge dessen verfolgt Pfizer seine Geschäfte seit dem 1. Februar 2014 in einer neuen Organisationsstruktur. Die ehemals fünf Geschäftseinheiten (Business Units) Primary Care, Established Products, Spe-

cialty Care, Oncology sowie Consumer Healthcare werden zukünftig in den drei Bereichen Global Innovative Pharma (GIP), Global Established Pharma (GEP) sowie Vaccine, Oncology and Consumer (VOC) zusammengeführt (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

Unternehmenswerte von Pfizer



Abbildung 15: Unternehmensgrafik, Pfizer, 2014, o. S.

Forschung für den medizinischen Fortschritt

Um innovative Arzneimittel zu entwickeln, die den medizinischen Fortschritt weiter voranbringen, setzt Pfizer auf Forschung. Etwa 20% des Umsatzes sind bereits in den 1970er Jahren in die Entwicklung neuer Präparate geflossen. Mehr als 10 000 Wissenschaftler forschen rund um den Globus in einem internationalen Netzwerk an modernen Arzneimitteln, wofür das Unternehmen jährlich über 7 Mrd. US-Dollar investiert. Doch bei Pfizer wird Fortschritt nicht allein durch Sprunginnovationen erzielt, sondern vor allem durch kontinuierliche Weiterentwicklung des bisher Erreichten. Für viele Patienten bedeutet die Weiterentwicklung der vorhandenen Wirkstoffe durch schrittweise Innovationen einen großen Gewinn an Lebensqualität, daher ist es wichtig, deren Wirksamkeit zu erhöhen, Nebenwirkungen zu verringern oder die Dosierbarkeit zu verbessern. Aktuell sind bei Pfizer rund 90 Wirkstoffkombinationen in der Entwicklung, also 90 potenziell neue Medikamente (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

Integrität

Für Pfizer ist der Weg zur Gesundheit eine Gemeinschaftsaufgabe, die über die Unternehmensgrenzen hinausgeht. Aus diesem Grund arbeitet Pfizer eng mit allen Beteiligten des Gesundheitswesens zusammen. Neben Wissen und Kompetenz ist dabei Verlässlichkeit im täglichen Miteinander unerlässlich, was den

Grundsatz sämtlicher Geschäftsaktivitäten darstellt. Die hohen Standards, nach denen Pfizer sein Handeln ausrichtet, setzt die Organisation auch bei seinen Partnern voraus. Ein Verhaltenskodex, das sogenannte Blue Book, definiert die hohen Standards, die bei Pfizer für die Beziehungen nach innen wie nach außen maßgeblich sind. Diese Standards verpflichten zu einem verantwortungsvollen Miteinander und zu einem nachhaltigen Engagement für die Unternehmensziele. Für Pfizer steht fest, dass sich Leistung und Integrität nicht trennen lassen. Das Unternehmen stellt daher hohe Ansprüche an sich selbst, aber auch an die Menschen und Organisationen, mit denen es zusammenarbeitet (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

Compliance

Für die einheitliche Interpretation und Einhaltung dieser Standards innerhalb der Organisation sorgt das betriebliche Compliance-Programm. Die Hauptverantwortung trägt hier der Chief Compliance Officer, das Compliance-Komitee, die Compliance-Gruppe sowie das lokale Compliance-Liaisons. Der Verhaltenskodex setzt einen Rahmen für das Verhalten, was von allen Mitarbeitern gegenüber dem Unternehmen, den Kollegen und Dritten weltweit erwartet wird. Verstöße gegen die Bestimmungen des Kodex oder eine Unternehmensrichtlinie kann zu einer Disziplinarmaßnahme bis hin zum Ausschluss eines Mitarbeiters aus der Organisation durch Kündigung führen. Zudem werden unfaire Wettbewerbsmethoden, täuschende Handlungen oder Praktiken im Sinne von falschen oder irreführenden Werbeversprechen, jede Form von ungenauer Darstellung hinsichtlich der Leistungen von Pfizer, die Bestechung von Mitarbeitern, des Mitbewerbers oder des Kunden sowie unfaire Kommentare über Produkte der Mitbewerber von Pfizer strikt abgelehnt und geahndet. Pfizer hat sich als Mitglied des VFA dem FSA-Verhaltenskodex unterworfen, dessen Richtlinien das Unternehmen bei der täglichen Arbeit streng befolgt. Durch Pfizers Global Policy on Interactions with Healthcare Professionals (GPIHP), den Code of Pharmaceutical Marketing Practices des internationalen Dachverbandes International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association (IFPMA) gelten für alle Mitarbeiter bei Pfizer zusätzliche strenge Regeln bei der Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenschwestern, Pharmazeuten und anderen Personen, die verschreibungspflichtige Medikamente verabreichen, verschreiben, kaufen oder empfehlen (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

4.2 Mit gutem Beispiel voran: meet-Pfizer

Im dritten Kapitel hat sich gezeigt, dass das Verhältnis der Pharmaindustrie zu anderen Vertretern aus dem Gesundheitswesen sowie die gemeinsame Zusammenarbeit als problematisch eingeschätzt werden. In der Öffentlichkeit gelten vor allem medizinische Fortbildungen als kritisch, da auf diesem Weg das Verschreibungsverhalten des Arztes für ein Produkt besonders beeinflusst werden kann (vgl. Hardenbicker, 2006, S. 122). Es steht außer Frage, dass die Weiterbildung eines Arztes nicht nur wichtig für die optimale Versorgung des Patienten ist, sondern auch grundsätzlich von der Öffentlichkeit gefordert wird. Der Patient erwartet, dass sein Arzt über die notwendige Fachkompetenz verfügt und sein Wissen kontinuierlich aktualisiert und erweitert. Um dem Verdacht der Manipulation und Einflussnahme entgegenzuwirken, hat Pfizer im Oktober 2009 eine produktneutrale Fortbildungsakademie für Ärzte und medizinisches Fachpersonal ins Leben gerufen. Diese existiert derzeit nur in Deutschland und ist von besonderem Charakter. Unter dem Logo meet – medical education transfer bietet Pfizer eine Vielzahl von fachgruppenspezifischen und fachgruppenübergreifenden Fortbildungen an, die einheitliche Qualitätskriterien erfüllen:

- produktneutral, unabhängig, transparent
- aktuell, auf hohem wissenschaftlichen Niveau
- zertifiziert durch die Ärztekammern
- hoher Anteil an interaktiven Elementen
- standardisierte, vergleichbare Evaluation

(vgl. *meet-Pfizer*, 2014, o. S.)

4.2.1 Vision und Ziele

Die hinter diesem Konzept stehende Vision ist die Etablierung eines Fortbildungsangebots für Ärzte, medizinisches Fachpersonal, Versorgungsnetze sowie Kunden und Partner, das unter Wahrung von Neutralität, Unabhängigkeit und Transparenz auf Basis hochwertiger fachlicher Qualifikation durch abgestimmte Behandlungsstrategien einen Beitrag zur qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten in Deutschland leistet. Die Einhaltung ethischer Standards hat dabei oberste Priorität. Ziel ist es, neueste medizinische Erkenntnisse schnell, produktneutral und anwendbar in die tägliche Praxis zu bringen. Neben der Vermittlung aktuellen medizinischen Fachwissens soll im Rahmen verschiedener Veranstaltungskonzepte auch bei der Vernetzung zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik unterstützt werden, um schnelle Diagnosen und wirkungsvolle Therapien der Patienten zu erzielen (vgl. *meet-Pfizer*, 2014, o. S.).

4.2.2 Struktur und Stakeholder

Um diese Ziele zu erreichen, bedarf es neben transparenten und effizienten Prozessen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit allen Akteuren des Gesundheitswesens. Dies ist ein integraler Bestandteil von *meet-Pfizer*. Nur gemeinsam können nachhaltige Erfolge erzielt werden, die eine auf ethischen Grundlagen ausgerichtete Patientenversorgung sichern und somit das Vertrauen in das deutsche Gesundheitswesen und die Industrie nachhaltig fördern und stabilisieren (vgl. *meet-Pfizer*, 2014, o. S.). Um eine größtmögliche Kontrolle und Transparenz zu gewährleisten, werden die Veranstaltungskonzepte bei *meet-Pfizer* abteilungsübergreifend und mit der Unterstützung externer Partner erstellt. Neben den hauptverantwortlichen Customer Education Managern schließen sich hier Außendienstmitarbeiter, Produktmanager, Mitarbeiter aus der Compliance- und Rechtsabteilung sowie interne oder externe Fachexperten zu einer Arbeitsgruppe zusammen. Diese erarbeitet in Zusammenarbeit mit dem externen wissenschaftlichen Beirat als höchstem Gremium bei *meet-Pfizer* das Veranstaltungskonzept und legt neben den Rahmenbedingungen die wissenschaftlichen Inhalte fest. Beides wird anschließend von den zuständigen Landesärztekammern als politische Instanz geprüft. Die administrative Bearbeitung einer Veranstaltung, Budgetfreigaben sowie Genehmigungsprozesse durchlaufen bei Pfizer mehrere Stufen, bevor es zur finalen Freigabe und tatsächlichen Durchführung einer Veranstaltung kommt. Zudem unterstützt eine Software bei der Abwicklung von Veranstaltungen und begleitet diese über den gesamten Lebenszyklus hinweg.

Zur besseren Strukturierung sind hier die einzelnen Prozessschritte in verschiedene Status unterteilt. In diesem Tool wird auch das Referentenhonorar hinterlegt. Dieses richtet sich nach einem Fair Market Value (FMV), der allgemeine und objektive Kriterien (Fachexpertise, Arbeitsaufwand) zur Ermittlung des Betrags aufschlüsselt und dokumentiert. Alle angelegten Veranstaltungen sowie die ihnen zugrunde liegenden Arbeitsschritte werden nach erfolgreichem Abschluss in einem Archiv abgelegt, wo alle notwendigen Informationen nachvollziehbar hinterlegt sind und von Compliance-Beauftragten oder externen Wirtschaftsprüfern zehn Jahre lang eingesehen werden können. Neben den internen Prozessen bei Pfizer und dessen Mitarbeitern spielen auch externe Partner eine bedeutende Rolle, wenn es um qualitativ hochwertige Fortbildungen geht. Für die stringente Einhaltung von Produktneutralität sowie ethischen Standards wurden bei meet-Pfizer zusätzlich zu den internen Abläufen mehrere externe Instanzen geschaffen, auf die nun kurz eingegangen werden soll (vgl. *Pfizer, 2014, o. S.*).

Wissenschaftlicher Beirat

Die Durchsetzung der Qualitätskriterien wird durch einen wissenschaftlichen Beirat gewährleistet. Dieser tagt mindestens zweimal jährlich und setzt sich aus drei festen Mitgliedern zusammen, die an deutschen Universitäten und transnational lehren und forschen. Der wissenschaftliche Beirat ist die höchste Kontrollinstanz bei meet-Pfizer, welcher in enger Abstimmung mit den Customer Education Managern die Veranstaltungskonzepte festlegt und deren wissenschaftlichen Inhalte prüft (vgl. *meet-Pfizer, 2014, o. S.*).

- **Prof. Dr. med. Ralf Baron – Neurologe**
Leiter der Sektion für Neurologische Schmerzforschung und -therapie
Klinik für Neurologie, Campus Kiel
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- **Prof. Dr. med. Frank Buttgereit – Internist / Rheumatologe**
Leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Immunologie, Campus Charité Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin
- **Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gerd Geißlinger – Klinischer Pharmakologe**
Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Fachexperten

Zur Entwicklung indikationsspezifischer Veranstaltungsformate werden zudem Fachexperten hinzugezogen. Der wissenschaftliche Beirat ist eine feste Instanz, wohingegen die Fachexperten bedarfsorientiert in Projekte eingebunden sind. Sie werden für die Bedürfniseruierung, Ideenfindung, Konzeption und auch inhaltliche Gestaltung von meet-Veranstaltungen zu den einzelnen Indikationen zum wissenschaftlichen Beirat hinzugezogen. Ihre Aufgabe ist es, für die Indikationen Pain, Herzkreislauf, Urologie, ZNS, Atemwege und Diabetes Ihre konzeptionelle und fachliche Expertise einzubringen. Zu Ihren weiteren Aufgaben zählen auf Produktneutralität und Aktualität der wissenschaftlichen Inhalte zu achten und Ideen für die Vernetzung zwischen Hausarzt und Klinik zu geben. Aktuell sind für meet-Pfizer als Fachexperten tätig:

- Dr. med. Peter Baron von Bilderling
- Prof. Dr. med. Yvonne Dörffel

- Dr. med. Gabriel Eckermann
- Prof. Dr. med. Thomas Forst
- Prof. Dr. Markus Gaubitz
- Dr. Dr. med. Erwin Häringer
- Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Heppner
- Dr. med. Andreas Kopf
- Prof. Dr. Heyo Kroemer
- Prof. Dr. med. Christoph Maier
- Dr. phil. nat. Eric Martin
- Prof. Dr. med. Kurt Miller
- Prof. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink
- Dr. med. Jens Plag
- Dr. med. Roman Rolke
- Dr. med. Michael Schenk
- Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavec
- Prof. Dr. med. Carsten Tschöpe
- Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz
- Prof. Dr. med. Heinz Völler
- Dr. med. Andreas Wiedemann
- Prof. Dr. med. Dan Ziegler

(vgl. *meet-Pfizer*, 2014, o. S.)

Referenten

Die entwickelten Fortbildungsinhalte werden von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats, den Fachexperten selbst oder regionalen Experten in Form von Vorträgen und Workshops deutschlandweit transportiert. Neben der fachlichen Expertise wird großer Wert auf die rhetorischen Fähigkeiten des Referenten gelegt, um den teilnehmenden Ärzten das medizinische Wissen qualitativ hochwertig zu vermitteln. Die folgende Abbildung (Abb. 16) stellt das meet-Haus dar und zeigt, wie die genannten Instanzen unter dem Dach meet-Pfizer aufeinander aufbauen und welche Indikationen im Zuge dieses Konzepts abgedeckt werden.

Aufeinander bauen – das meet-Haus von Pfizer

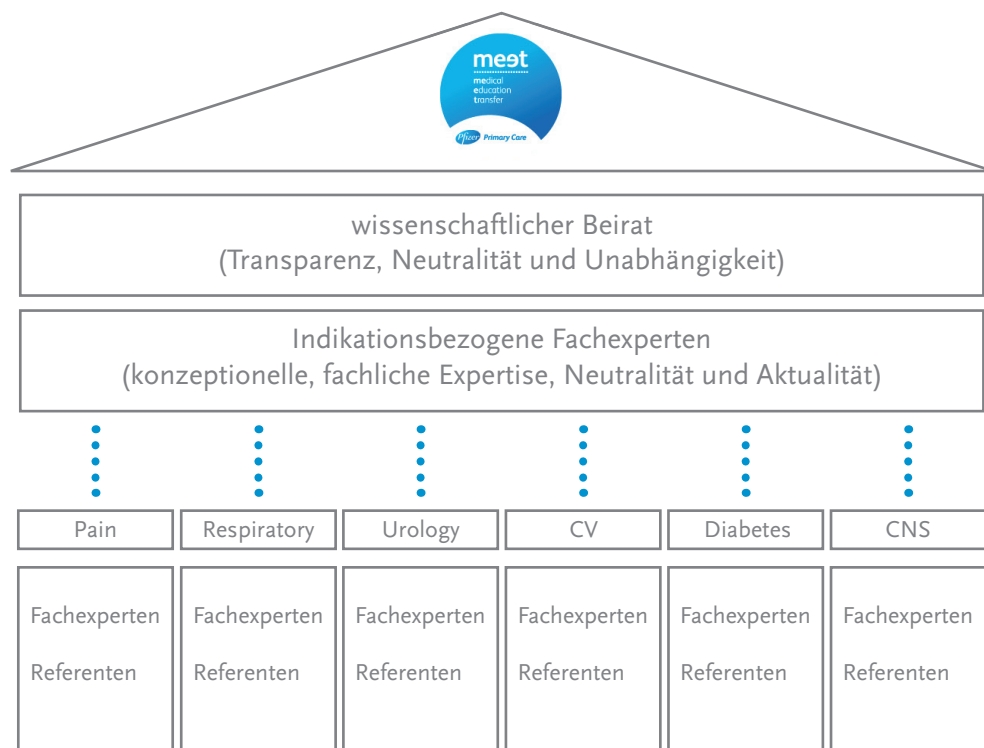


Abbildung 16: Unternehmensgrafik, meet-Pfizer, 2014, o. S.

Teilnehmer

Die Zielgruppen und potenziellen Teilnehmer von meet-Pfizer reichen von der Hausarztpraxis über Fachärzte und Apotheken bis hin zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Darüber hinaus werden spezielle Fortbildungen für medizinische Fachangestellte (MFA) im Bereich Schmerz und Urologie sowie für Assistenzärzte in Vorbereitung auf ihre Facharztprüfung angeboten. Insgesamt sind die Veranstaltungen von meet-Pfizer aufgrund der selbstgestellten Qualitätskriterien, der Überprüfung durch einen wissenschaftlichen Beirat oder durch die Fachexperten und einer Zertifizierung durch die Ärztekammern deutschlandweit sehr beliebt. Die Teilnehmer haben zudem die Möglichkeit, meet-Pfizer kontinuierlich an seinen Qualitätskriterien zu messen und wertvolles Feedback in Form einer standardisierten, vergleichbaren Evaluation zu geben. Diese wird zweimal jährlich ausgewertet und das Gesamtergebnis sowohl mit dem wissenschaftlichen Beirat als auch mit den Fachexperten diskutiert. Diese Vorgehensweise sichert das hohe Qualitätsniveau der Fortbildungsakademie meet-Pfizer (vgl. Pfizer, 2014, o. S.).

4.2.3 Vernetzung mit Verbänden und anderen Institutionen

Die Schaffung eines stabilen und effizienten Gesundheitssystems in Deutschland ist nicht allein Aufgabe der Pharmaindustrie, sondern ein Gemeinschaftsprojekt von Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. Langfristige Erfolge kön-

nen nur erzielt werden, wenn alle Akteure konstruktiv zusammenarbeiten und Lösungen für eine optimale Patientenversorgung anbieten. Auch Pfizer setzt auf Zusammenarbeit und Austausch mit seinen Stakeholdern und Partnern im Gesundheitswesen. So wurde ein Netzwerk geschaffen, das auf zahlreiche Kooperationen mit Verbänden und anderen Institutionen zurückgreifen kann. In der Indikation Schmerz ist die Zusammenarbeit mit der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS), dem Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) und der Deutschen Schmerzliga (DSL) als Patientenvertretung hervorzuheben. In Zusammenarbeit mit konkurrierenden Unternehmen der Branche wie Grünenthal oder Mundipharma veranstaltet Pfizer u. a. große Fachsymposien. Gemeinsam werden Fortbildungskonzepte erstellt oder bereits bestehende Fortbildungsangebote erweitert. Dabei stehen der Patient und seine optimale Versorgung im Mittelpunkt und vor den Einzelinteressen des jeweiligen Unternehmens. Als Beispiel für die gute Zusammenarbeit mit der Deutschen Schmerzliga ist die Fortbildungsreihe »Der Schmerzpatient als Partner« zu nennen. An dieser Stelle darf die Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga nicht fehlen, bei deren Fortbildungsprogramm in erster Linie Patienten ausgebildet werden, die anschließend Ärzte im Umgang mit ihren Patienten schulen. Die Einbeziehung der Patienten hat bei Pfizer lange Tradition und findet sich folgerichtig auch in der Fortbildungsakademie meet-Pfizer wieder. Auch im kardiovaskulären sowie neurologischen Bereich bestehen ähnliche Verbindungen und Kontakte. Ein wichtiger Bestandteil ist hier die Begleitung von Assistenzärzten, die sich in ihrer Fachausbildung befinden. In einem einwöchigen Seminar erhalten sie Unterstützung bei der Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Eine solche Veranstaltung ist z. B. das »Repetitorium Neurologie« sowie der »Starterkurs Schlaganfall«, bei denen Pfizer mit der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) kooperiert. meet-Pfizer hat zudem Weiterbildungen für medizinisches Fachpersonal in seinen Fortbildungskatalog aufgenommen. In vier Modulen werden bei dem Seminar »Die Schmerzassistenz« medizinische Fachkräfte in die Schmerzthematik und dessen Therapiemöglichkeiten eingeführt. Damit wendet sich Pfizer direkt an nichtärztliches Personal als wichtige Schnittstelle in der Versorgung der Schmerzpatienten in Deutschland. Darin involviert sind die Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie Certkom und der Verband medizinischer Fachberufe. Nach diesen Vorbildern könnte die Zusammenarbeit mit Verbänden, Patientenvertretungen und anderen Partnern des Gesundheitswesens langfristig auf weitere Indikationen ausgeweitet und in medizinische Fortbildungen eingebunden werden (vgl. Pfizer, 2014, o. S.). Die Förderung eines konstruktiven und nachhaltigen Austauschs zwischen allen Beteiligten des Gesundheitswesens hat sich auch die junge unabhängige Initiative House of Pharma zum Ziel gemacht, dessen Fördermitglied Pfizer ist. Es folgt ein Auszug aus den Seminarunterlagen zur 2. Jahrestagung vom House of Pharma im September 2013 in Frankfurt am Main, in der die Initiative kurz ihre Arbeit und Ziele vorstellt.

»Für die Lösung der heutigen Probleme im Gesundheitssystem bedarf es einer übergreifenden und interdisziplinären Strategie, die die zahlreichen Initiativen aus Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Gesellschaft einbindet. [...] Dafür bindet das House of Pharma Interessenvertreter aller Stufen der pharmazeutischen Wertschöpfungskette wie Universitäten, Hochschulen, außeruniversitäre Forschungsinstitute, die pharmazeutische Industrie, KMUs, Politik, Krankenkassen, Patientenorganisationen, Ärzte, Apotheker, Verbände, Gesundheitsinitiativen, universitäre Zentren und regulatorische Behörden ein, mit dem Ziel, signifikante Synergiepotenziale zu erzielen. Diese Synergien sollen genutzt werden, um einen Beitrag zur internationalen Sichtbarkeit Deutschlands in der translationalen Forschung sowie zur Schließung der Innovationslücke in der Arzneimittelentwicklung zu leisten. [...] Handlungsfelder des House of Pharma sind:

- die Förderung von vernetzter, zukunftsorientierter Forschung im präkompetitiven Bereich,
- die Ausbildung hoch qualifizierter Mitarbeiter (z. B. Promotionskollegs und die Ausbildung zum »Physician Scientist«) sowie
- die Etablierung einer unabhängigen und neutralen Diskussionsplattform für eine interdisziplinäre Lösung der Probleme im Gesundheitssystem (z. B. die Jahrestagung House of Pharma).«

(Hrsg. Convent GmbH, 2013, S. 4, Auszug aus den Seminarunterlagen zur 2. Jahrestagung zum House of Pharma, 2. – 3. September 2013 in Frankfurt am Main).

4.2.4 Mehrwert und Nutzen

Im Sinne einer optimalen Patientenversorgung und effizienten Versorgungsstruktur in Deutschland bietet meet-Pfizer qualitativ hochwertige medizinische Fortbildungen an und fördert den Austausch zwischen Ärzten aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Unter der Prämisse der Produktneutralität werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse aufbereitet und zügig in die Praxis transportiert, wovon vor allem Hausärzte profitieren (vgl. meet-Pfizer, 2014, o. S.). Im Zuge einer zunehmenden Ökonomisierung und Bürokratisierung der Medizin (vgl. Marckmann, 2013, S. 1) hat diese Fachgruppe im Praxisalltag in der Regel wenig Zeit für intensive Literaturrecherchen. Eine gebündelte Wissensvermittlung durch kompetente Fachreferenten und interaktive Fortbildungsveranstaltungen wird daher von der Ärzteschaft nachdrücklich gefordert und ist unabdingbar. Neben der Verfolgung ethischer Richtlinien bei meet-Pfizer ergibt sich das Prädikat »qualitativ hochwertig« auch daraus, dass es sich um Face-to-face-Veranstaltungen handelt, die einen gezielten sowie nachhaltigen Dialog zwischen Ärzten, Fachexperten und den Arzneimittelherstellern ermöglichen. Im digitalen Zeitalter kommen Präsenzveranstaltungen jedoch zunehmend aus der Mode. Begründet durch einen Kostenvorteil, der sich überwiegend aus der Nutzung digitaler Kanäle ergibt, wird jene Art der Wissensvermittlung zunehmend geringer. Dieses betriebswirtschaftliche Vorgehen ist jedoch von kurzfristigen Erfolgen gekennzeichnet. Auf lange Sicht und im Hinblick auf die bereits diskutierten gesellschaftlichen sowie politischen Problemfelder können die vom deutschen Gesundheitssystem getragenen finanziellen Belastungen nur durch Früherkennung, effiziente Strukturen und innovative Therapien reduziert werden. Entscheidend dafür ist auch die Fachexpertise des Arztes, die sich aus der Art und Qualität der Wissensvermittlung ergibt. Digitale Kanäle sind daher lediglich als Ergänzung zu Präsenzveranstaltungen anzusehen und weniger als Substitutionsgut, da sie die Bedürfnisse der Ärzte nicht mit dem gleichen Anspruch erfüllen können. Durch die bisher erzielten Erfolge im Markt trägt meet-Pfizer einen Anteil daran, dass die Patienten in Deutschland die für sie richtige und geeignete Therapie erhalten. Um neben der unternehmensinternen Perspektive auch die externe Sicht zu beleuchten, folgen die Meinungen des wissenschaftlichen Beirats in Bezug auf den Mehrwert und Nutzen der Fortbildungsakademie meet-Pfizer (vgl. meet-Pfizer, 2014, o. S.).

»Eine stetige Fortbildung ist elementarer Bestandteil des ärztlichen Wirkens. Dies liegt besonders darin begründet, dass in der heutigen Zeit ein rasanter Fortschritt auf dem Gebiet der medizinischen Forschung zu verzeichnen ist. Ein entscheidendes Ziel ist es, diese neuen Erkenntnisse den Kolleginnen und Kollegen auf hohem Niveau mit exzellenten didaktischen Fähigkeiten und unabhängig von wirtschaftlichen Interessen zu präsentieren. Das Fortbildungskonzept meet hat diese Ziele hervorragend umgesetzt. Durch eine ständige Anpassung der Fortbildungsformate an neue didaktische Konzepte

und durch eine fortlaufende Prüfung der Inhalte der Fortbildungen auf Qualität und Unabhängigkeit wird dieses Konzept zukunftsweisend sein.«

(Prof. Dr. med. Ralf Baron, Kiel, 2014)

»Ich denke, eine produktneutrale Fortbildung auf hohem Niveau ist einer der wichtigsten Pfeiler in der Zukunft, wenn es um die ärztliche Fortbildung geht. Hier erscheint mir das meet-Konzept mit seinen Strukturen und Formaten beispielgebend zu sein. Das Konzept muss natürlich ständig weiter entwickelt und an die sich ständig mehr oder weniger stark verändernden Bedingungen angepasst werden. Aber in einer derartigen Herausforderung liegt auch gleichzeitig die Chance, das Herangehen wie mit meet-Pfizer aktuell propagiert auf hohem Niveau weiterzuentwickeln. Wichtig ist, dass Strukturen existieren, mit bzw. in denen in diesem Sinne gearbeitet werden kann.«

(Prof. Dr. med. Frank Buttgerit, Berlin, 2013)

»Aufgrund des teilweise rasanten medizinisch therapeutischen Fortschritts sind Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte wichtiger denn je. Der Großteil dieser Veranstaltungen wird durch die pharmazeutische Industrie finanziert, eine Tatsache, die nur recht und billig erscheint, bedenkt man, dass die Pharmaindustrie auch Gewinne mit ihren Pharmaka erwirtschaftet. Allerdings muss gewährleistet sein, dass jede Art von ärztlicher Fortbildungsveranstaltung evidenzbasiert, auf dem neuesten Stand und produktneutral sein muss, damit unabhängig davon, welche Firma die Veranstaltung finanziert, jeder Patient die für ihn optimale Medikation erhalten kann. Die meet-Plattform hat sich diese Qualitätskriterien zu eigen gemacht und auf diesem Gebiet Transparenz geschaffen, um für meet-Fortbildungen Unabhängigkeit und Produktneutralität zu garantieren.«

(Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gerd Geißlinger, Frankfurt am Main, 2014)

4.2.5 Ausblick

Im Zuge des globalen Change-Prozesses bei Pfizer und der Ausgestaltung einer neuen Organisationsstruktur stellt sich die Frage, wo die Fortbildungsakademie meet-Pfizer zukünftig ihren Platz findet. In Kooperation mit dessen Stakeholdern, verfolgt meet-Pfizer neue Konzepte, die auf ethischen Ansprüchen basieren. In den zukünftigen Strukturen ist daher primär eine Ansiedlung im innovativen Bereich GIP zu empfehlen. meet-Pfizer konnte sich als eine von den Ärzten gern genutzte und bedeutende Fortbildungsplattform etablieren, was die gesammelten Erfahrungen und Erfolge der letzten Jahre bestätigen. Damit zukünftig auch andere Indikationen und Geschäftsfelder wie GEP und VOC davon profitieren können, gilt es in einem ersten Schritt, meet-Pfizer bereichsübergreifend in Deutschland auszubauen. Ebenfalls bietet sich die Ausweitung in andere Länder an. Schließlich stellen die vorgebrachten Vorwürfe gegen die Pharmaindustrie bzgl. der von ihr angebotenen Fortbildungen kein landestypisches, sondern ein weltweites Problem dar. Hierbei ist vor allem die Einbindung internationaler Fachexperten sinnvoll, die global miteinander vernetzt sind und sich in regelmäßigen Abständen mit den verantwortlichen Pfizer-Mitarbeitern austauschen, was eine Rückkopplung in die einzelnen Landes- bzw. Berichtsstrukturen ermöglicht. Zu-

dem ist eine Kooperation mit anderen Firmen förderlich, die sich auf die gemeinsame Fort- und Weiterbildung von Ärzten konzentriert und dabei gleiche ethische Standards verfolgt, bei denen die bestmögliche Versorgung des Patienten im Vordergrund steht. Weiterhin müssen alle Beteiligten kompetent, pflichtbewusst und verantwortungsvoll den Bedarf sowie die Prozesse bei meet-Pfizer gestalten und steuern, was existenziell für die Weiterentwicklung dieser wertvollen Fortbildungsinitiative ist.

5

Fazit

5 Fazit

Das Thema Ethik und Moral ist so alt wie die Menschheit selbst. Von der Antike bis in die Gegenwart haben ethische Theorien die Grundwerte menschlichen Handelns analysiert. Vor allem im Zuge immer wiederkehrender Wirtschaftskrisen wird die Verknüpfung von Ethik und Ökonomie bedingungslos gefordert (vgl. Düwell et al., 2002, S. 291). Davon besonders betroffen ist die pharmazeutische Industrie. Mit einer einfachen und sehr verkürzten Argumentation gegenüber der Öffentlichkeit hat ein Prozess eingesetzt, der zunehmend zu einer wissenschaftlich und gesundheitsökonomisch umstrittenen Reduktion der Versorgungsleistung gesetzlich Versicherter führt. Zu Lasten der Therapieviefalt und -optimierung wird vor allem das politische Ziel der Kostensenkung erfüllt und die Arbeit der Pharmaindustrie öffentlich degradiert. Dabei profitieren die Menschen in hohem Maße von ihren Produkten und attestieren deren Wirksamkeit. Es ist allerdings absehbar, dass der demografische Wandel, als eine Ursache für die schlechte finanzielle Lage des deutschen Gesundheitswesens, zwangsläufig zur Steigerung der Ausgaben führen wird. Die Pharmaindustrie als alleinigen Kostentreiber zu beschuldigen, entspricht dabei allerdings keinesfalls der Realität (vgl. Hardenbicker, 2006, S. 151 f.). Den durch die Medien transportierten und verankerten Vorwürfen kann die Branche jedoch nicht mit gleicher Prägnanz entgegenwirken, was sich vor allem aus einer Vielzahl kommunikativer Restriktionen ergibt. Darüber hinaus fehlt der Öffentlichkeit wichtiges Hintergrundwissen zum Gesundheitswesen, zu den spezifischen Eigenschaften der pharmazeutischen Wirtschaftsbranche, zu deren Arbeit sowie zu verschiedenen gesundheitspolitisch gebundenen Prozessen. Eine zum Teil selbstverschuldet, zum anderen der öffentlichen Unkenntnis über die Branche geschuldete Intransparenz sowie existierende Einzelfälle menschlichen und unternehmerischen Fehlverhaltens geben Anlass zu verallgemeinernden Verdächtigungen. Die Pharmaunternehmen sind intensiv damit beschäftigt, auf diese Anschuldigungen zu reagieren. Doch ihre Gegenpositionierung kann nur sehr schwer das Image der Pharmaindustrie aufwerten oder zu einer verbesserten Glaubwürdigkeit beitragen. Oft erwecken die Unternehmen durch gleichsam plakative Gegenwürfe den Eindruck der Selbstgerechtigkeit und -gefälligkeit. Die Auseinandersetzung in den Medien trägt daher nicht wirklich zu einer Versachlichung des Konflikts bei (vgl. Hardenbicker, 2006, S. 153 f.). Ein stabiles Gesundheitssystem, das den zukünftigen Herausforderungen in Deutschland gewachsen ist, kann jedoch nur gemeinschaftlich durch Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft aufgebaut werden. Die Pharmaindustrie sollte neben anderen Vertretern des Gesundheitswesens vor allem vermehrt Berücksichtigung in politischen Gremien und Institutionen finden (vgl. Hardenbicker, 2006, S. 69). Sie gehört mit an den Entscheidungstisch, wenn es um effiziente Versorgungsstrukturen, innovative Therapien und das Wohl des Patienten geht. Dabei ist auf allen Seiten ethisches und moralisches Handeln gefordert, was in weiten Teilen der Pharmaindustrie bereits von der Theorie in die Praxis umgesetzt wurde. Neben Ethikkommissionen sowie dem VFA mit seinem FSA-Pharma-Kodex sind es auch Initiativen wie meet-Pfizer, die eine »gesunde« Zukunft unter ethischen und moralischen Gesichtspunkten aktiv gestalten.

Literaturverzeichnis

Angell M. (2005). *Der Pharma Bluff; Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist.* Bonn/Bad Homburg: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Aßländer MS. (2011). *Grundlagen der Wirtschafts- und Unternehmensethik.* Marburg: Metropolis-Verlag

Baron R. (2014). *Nutzen und Mehrwert von meet-Pfizer.* Kiel: unveröffentlicht

BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung.*

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG_GKV_Ratgeber_screen_Juni2013.pdf (abgerufen am 26.12.2013)

Bookhagen A. (2001). *Ethische Positionierung; Verbindung von Unternehmensethik und strategischem Marketing.* 1. Auflage, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag/Gabler Verlag

BPI – Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (2013). *Pharma-Daten 2013.*

http://www.bpi.de/fileadmin/media/bpi/Downloads/Internet/Publikationen/Pharma-Daten/Pharmadaten_2013_DE.pdf (abgerufen am 27.12. 2013)

Buttgereit F. (2013). *Nutzen und Mehrwert von meet-Pfizer.* Berlin: unveröffentlicht

Carsten J. (2008). *Gerecht ist... Die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls – eine kritische Würdigung.* Bd. 7. Marburg: Tectum Verlag

Convent (Hrsg.). (2013). *Pharmastandort Deutschland im internationalen Wettbewerb.* Seminarunterlagen zur 2. Jahrestagung House of Pharma, 2. – 3. September 2013. Frankfurt am Main

http://www.convent.de/uploads/tx_cagevents/130903_JtgPharma_02.pdf (abgerufen am 04.01.2014)

Desjardins J. (2009). *An Introduction to Business Ethics.* New York City: McGraw-Hill Companies

DESTATIS – Statistisches Bundesamt. (2009).

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html;jsessionid=22A6ED8C87E9DFE95908454192047A1A.cae4> (abgerufen am 21.12.2013)

Dreier HD. (2011). *Vorlesung Rechtsphilosophie: Systematische Darstellung.*

http://www.jura.uni-wuerzburg.de/fileadmin/02160100/Lehrveranstaltungen/Materialien_vergangener_Semester/Rechtsphilosophie_II/Autoren/John_Rawls-klein_SoSe_2011_ku.pdf (abgerufen am 26.12.2013)

Düwell M. (Hrsg.), Hübenthal C., Werner MH. (2002). *Handbuch Ethik.* Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler Verlag

Frühbauer JJ. (2007). *John Rawls ›Theorie der Gerechtigkeit‹*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Fuleda S., Schmidt A. (2010). *Im Trend bleiben*. In: *Weiterbildung – Zeitschrift für Grundlagen, Praxis und Trends*, S. 34-36

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss. (2013).
<http://www.g-ba.de> (abgerufen am 22.12.2013)

Geißlinger G. (2013). *Pharmaökonomie im akademischen Kontext*. Kommentar bei einer meet-Beiratssitzung, 15. – 16. August 2013. Potsdam: unveröffentlicht

Geißlinger G. (2013). *Schritt- und Sprunginnovationen*. Auszug aus dem Vortrag beim Deutschen Schmerzkongress, 22. – 25. Oktober 2013. Hamburg

Geißlinger G. (2014). *Nutzen und Mehrwert von meet-Pfizer*. Frankfurt am Main: unveröffentlicht

GKV Spitzenverband. (2013). *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*.
http://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2013_q3/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q3-2013_16odpi_2013-12-13.pdf
(abgerufen am 26.12.2013)

Hahn S., Kliemt H. (2013). *Wirtschaftsethik*. Frankfurt am Main: Frankfurt School-Verlag

Hardenbicker M. (2006). *Bittersüße Medikamente; Das Image der Pharmaindustrie im Spannungsfeld der Politik*. Berlin: viademica Verlag

Huber E., Langbein K. (2004). *Die Gesundheits Revolution; Radikale Wege aus der Krise – was Patienten wissen müssen*. 1. Auflage, Berlin: Aufbau-Verlag

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2013).
<https://www.iqwig.de> (abgerufen am 26.12.2013)

Kant I., Weischedel W. (Hrsg.). (1982). Werkausgabe: *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlagen zur Metaphysik der Sitten*. Bd. 7. 6. Auflage, Stuttgart: Suhrkamp Verlag

Kant I., Weischedel W. (Hrsg.) (1977). Werkausgabe: *Über ein vermeintliches Recht aus Menschenliebe zu lügen*. Bd. 8. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Kersting W. (2001). *John Rawls zur Einführung*. 1. Auflage, Hamburg: Junius Verlag

Lehmann MC., Kraußlach H. (Hrsg.), Watzka W. (Hrsg.). (2011). *Demografischer Wandel – Identifikation von personalwirtschaftlichen Handlungsfeldern auf Basis einer Altersstrukturanalyse am Praxisbeispiel Commerz Real AG*. Jena: Fachhochschule Jena
[http://www.bw.fh-jena.de/www/cms.nsf/5a419d474f3279b3c1256c09002f3b2a/e366be758ffa735fc1257823004c7f42/\\$FILE/Heft_01-11.pdf](http://www.bw.fh-jena.de/www/cms.nsf/5a419d474f3279b3c1256c09002f3b2a/e366be758ffa735fc1257823004c7f42/$FILE/Heft_01-11.pdf) (abgerufen am 16.02.2014)

- Ludwig R.** (1996). *Kant für Anfänger; Der Kategorische Imperativ*. 3. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Marckmann G.** (2013). *Ökonomisierung der Medizin – Gesundheit ist keine Ware!* Ludwig-Maximilians-Universität München. Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin.
http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/marckmann/materialien/vortragsfolien/dresden-26_04_13.pdf (abgerufen am 24.01.2014)
- meet-Pfizer.** (2014). *meet-pfizer.de*
<http://www.meet-pfizer.de> (abgerufen am 20.01.2014)
- Mill JS., Birnbacher D.** (1976). *Der Utilitarismus*. Stuttgart: Reclam Verlag
- Neukirchen H.** (2009). *Das Patienten-Dilemma; Warum wir nicht die Medikamente bekommen, die wir brauchen*. München: Wilhelm Heyne Verlag
- Niehaus M., Wisniewski R.** (2009). *Management by Sokrates [Was die Philosophie der Wirtschaft zu bieten hat]*. 1. Auflage, Berlin: Cornelsen Verlag
- Pfizer.** (2014). *Pfizer.de*.
<http://www.pfizer.de> (abgerufen am 07.01.2014)
- Sieber U.** (2010). *Gesunder Zweifel; Einsichten eines Pharmakritikers – Peter Sawicki und sein Kampf für eine unabhängige Medizin*. Berlin: Berlin Verlag
- VFA – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.** (2008). *Ethik-Handbuch*. 2. Auflage, Berlin
- Vollborn M., Georgescu V.** (2005). *Die Gesundheits Mafia; Wie wir als Patienten betrogen werden*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag
- Walter C., Kobylinski A.** (2011). *Patient im Visier; Die neue Strategie der Pharmakonzerne*. Hamburg: Suhrkamp Taschenbuch Verlag/Hoffmann und Campe Verlag
- Walter N.** (2009). *Marktwirtschaft, Ethik und Moral; Wie Werte das Vertrauen und die Ökonomie stärken*. 1. Auflage, Berlin: Berlin University Press Verlag
- Weiss H.** (2008). *Korrupte Medizin; Ärzte als Komplizen der Konzerne*. 3. Auflage, Köln: Kiepenheuer & Witsch Verlag
- Werner MH.** (2005). *Einführung in die philosophische Ethik I: Gegenstand und Aufgabe der Ethik. Erstes Lehrmodul im Fernlehrgang »Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen«*.
<http://www.micha-h-werner.de/modulo1.pdf> (abgerufen am 16.11.2013)
- Werner MH.** (2005). *Einführung in die philosophische Ethik II: Methoden und Theorien der Ethik. Zweites Lehrmodul im Fernlehrgang »Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen«*.
<http://www.micha-h-werner.de/modulo2.pdf> (abgerufen am 19.11.2013)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt noch veröffentlicht.

Anika Zitzmann

Berlin, 19.02.2014

