

## AXEL GRANITZA

### Europäisierung des Arzneimittelmarktes unter Berücksichtigung der nationalen Gesundheits- und Sozialpolitik

1. Bekanntermaßen ist die Europäische Gemeinschaft nicht nur eine Zollunion, in der tarifäre Handelsschranken abgebaut sind, sondern sie ist eine Wirtschaftsgemeinschaft, die keine mengenmäßigen Einfuhrbeschränkungen, keine Maßnahmen gleicher Wirkung, d.h. keine nichttarifären Handelshemmnisse duldet (Art. 30 EG-Vertrag stellt dies klar). Der FWV (freier Warenverkehr), freier Dienstleistungs- und Kapitalverkehr und die Niederlassungsfreiheit, sind wesentliche Vertragsziele.

Nach Art. 8a – eingeführt durch die Europäische Akte von 1986 – trifft die Gemeinschaft die erforderlichen Maßnahmen, um bis zum 31. 12. 1992 den europäischen Binnenmarkt schrittweise zu verwirklichen. Dazu gehört auch, daß nach Art. 100a durch Mehrheitsentscheidung im Ministerrat in Zusammenarbeit mit dem EG-Parlament Maßnahmen ergriffen werden können zur Verwirklichung der Ziele des Art. 8a.

Dies gilt auch für Arzneimittel, gleichwohl gibt es einige Besonderheiten. Der Pharmamarkt, das Inverkehrbringen von Arzneimitteln, ist in fast allen EG-Ländern durch eine Vielzahl von Normen in hohem Maße reguliert – mehr als die meisten anderen Wirtschaftszweige. Das gilt nicht nur für die Entwicklung eines Arzneimittels im Tierversuch und bei der klinischen Prüfung, sondern in besonderem Maße auch für die behördliche Zulassung von Arzneimitteln und die sogenannte Nachmarkt-Kontrolle (Überwachung im Verkehr befindlicher Arzneimittel), aber auch für Produktion und Werbung. Eine große Zahl dieser Vorschriften hat etwas mit dem Schutz der Gesundheit und des Lebens der Menschen zu tun, mit Rechtsgütern also, die nach Art. 36 EG-Vertrag von einzelnen Staaten möglicherweise ins Feld geführt werden könnten, um Schranken für den FWV aufzubauen, etwa dann, wenn Arzneimittel von den einzelnen Staaten auf Grund sehr unterschiedlicher Rechtsnormen behördlich zugelassen werden.

Schon frühzeitig hat sich u.a. deshalb (es gibt auch noch andere Gründe, wie im vorangehenden Vortrag dargestellt) die EG-Kommission bemüht, eine Harmonisierung der arzneimittelrechtlichen Vorschriften in Gang zu setzen. Zu Recht konnte man *nicht* darauf setzen, daß ohne Harmonisierung des Arzneimittelrechts – allein auf Basis einer bestimmten Interpretation der EuGH-Entscheidung „Cassis de Dijon“ (EuGH vom 20. 2. 79/RS 120/78) ein in einem EG-Staat zugelassenes Arzneimittel auch in allen anderen EG-Staaten ohne nochmalige Zulassung verkehrsfähig gewesen wäre.

Die ersten arzneimittelrechtlichen Richtlinien datieren von 1965 (RL 65/65, die im Art. 3 ausspricht, daß ein Arzneimittel einem Mitgliedstaat erst dann in den Verkehr gebracht werden darf, wenn die zuständige Behörde dieses Mitgliedsstaates die Geneh-

migung dafür erteilt hat). Bis heute sind eine Vielzahl weiterer Richtlinien (siehe Fußnote) hinzugekommen, bis Ende 1992 sollen weitere noch vorhandene Lücken geschlossen werden. Es wird europäische GMP (Good Manufacturing Practice), GLP (Good Laboratory Practice) und GCP (Good Clinical Practice) geben. Es wird Richtlinien über Werbung, Packungsbeilage und die Distribution von Arzneimitteln geben. Insbesondere wird aber ein Europäisches Zulassungssystem für Arzneimittel entwickelt, das – wie immer es aussieht – eine einzige Entscheidung mit EG-weiter Geltung zum Angelpunkt macht (egal, ob es eine gegenseitig anerkannte nationale Entscheidung oder eine supranationale Entscheidung ist oder ein System, das beide Wege nebeneinander zulässt),

z. B. RL 75/319 (über Zulassungsfragen)

RL 75/318 (sogenannte Prüfrichtlinie)

RL 75/320 (über die Einsetzung des pharmazeutischen Ausschusses)

RL 87/22 (über Zulassung von technologisch hochwertigen Arzneimitteln)

Ich will hier nicht auf Einzelheiten (die Gegenstand des Vortrages von Herrn Dr. de Munck sind) eingehen. Festzustellen bleibt nur: Neu zugelassene Arzneimittel werden in Zukunft durch eine nationale Behörde oder eine Europäische Institution auf ihre Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität beurteilt und nach dieser Beurteilung in der ganzen EG verkehrsfähig sein (nationale Einspruchsmöglichkeiten werden auf ein Minimum reduziert sein).

Das ist m. E. ein bemerkenswerter und mutiger Schritt, den die Kommission und hoffentlich auch das Parlament und der Ministerrat gehen wollen. Denn Nutzen/Risiko-Entscheidungen über Unbedenklichkeit, Wirksamkeit und Qualität eines Arzneimittels sind weit mehr als die schlichte Anwendung von (harmonisiertem) Recht. Vielmehr haben solche Zulassungsentscheidungen, die ja die Bewertung von wissenschaftlichen Daten (z. B. vorklinische oder klinische) beinhalten, nicht nur einen normanwendenden und auch einen wissenschaftlichen sondern auch einen politischen Charakter.

Der Stand der medizinischen Wissenschaft in Europa ist aber heute noch immer von nationalen Besonderheiten, Traditionen und Kulturen geprägt, ebenso wie die in diese Bewertung eingehenden gesellschaftlichen bzw. politischen Wertvorstellungen. Mit diesen nationalen Differenzierungen ist schwer umzugehen bei europaweit gültigen Zulassungsentscheidungen. Nutzen/Risiko-Entscheidungen (d. h. Zulassungsentscheidungen) beschränken sich nun ja auch nicht nur auf die einfache, unbedingte Bestätigung der Verkehrsfähigkeit eines Arzneimittels durch eine Behörde. Hinzu kommt vielmehr die Fixierung der spezifischen Bedingungen, unter denen ein Arzneimittel in den Verkehr gebracht werden kann. Solche Bedingungen werden konkretisiert, z. B. durch die Informationen für den Patienten (Packungsbeilage), die Kennzeichnung der Arzneimittel, z. B. auf der äußeren Umhüllung, die Fachinformation für den Arzt (d. h. durch Angaben über Zusammensetzung, Nebenwirkungen, Kontraindikationen etc.). – Diese Informationen sollen den richtigen Umgang mit dem Arzneimittel sicherstellen. Eine Richtlinie, die die Bestimmungen über den Inhalt dieser Informationsmittel ebenfalls weitgehend harmonisieren will, ist auf dem Wege.

Wenn auch sie verabschiedet ist, ist die Zulassungsentscheidung so konkret vorgegeben, daß kaum noch nationale Variationen möglich sind. Ein Arzneimittel – mit den jeweils gleichen Informationen versehen – würde eine europaweite Produktidentität haben und wäre, unter den Aspekten Gesundheitsschutz und Arzneimittelsicherheit für den FWV qualifiziert. Hinzu kommt, daß auch die Warenzeichen gleich sein sollen, wenn es keine guten Gründe für Abweichungen gibt.

Allerdings bleibt noch das Sprachenproblem im Hinblick auf die Produktinformation zu lösen. Wäre es gelöst, dann wäre die europäische Produktidentität vollkommen, die Arzneimittel bräuchten nicht einmal mehr umgepackt oder umbeschriftet zu werden, wenn sie die Grenzen innerhalb der EG überqueren.

Daß diese Produktidentität freilich nicht automatisch für alle Arzneimittel hergestellt wird, versteht sich. Insbesondere die Arzneimittel, die in der Vergangenheit unter noch nicht harmonisierten Bedingungen nur mit nationaler Geltung zugelassen worden sind, haben keine solche Produktidentität. (Diese „Altarzneimittel“ freilich werden über viele Jahre hinaus noch auf dem europäischen Arzneimittelmarkt dominieren.)

2. Ein hoher Grad von Harmonisierung bei der Arzneimittelinformation, ein einheitlicher Zulassungsakt für die gesamte EG – was steht eigentlich noch dem gemeinsamen Markt für dann identische oder nahezu identische Arzneimittel entgegen? Warum löst der FWV bei manchen Repräsentanten unserer Industrie noch Besorgnisse aus? Warum sind diese Vertreter nicht glücklich darüber, daß sie nur noch ein Zulassungsdossier europaweit erstellen müssen, nur noch mit einer Behörde verkehren müssen, wenn sie nach Europa wollen? Sollten sie sich nicht über die damit möglicherweise verbundenen Kosteneinsparungen freuen? Sollten nicht auch gerade die forschenden Arzneimittelhersteller klarer die großen Chancen sehen, die sie in einem Markt mit 320 Mio Menschen für ihre Forschungsergebnisse haben?

Nun: Die Ängste mögen zuweilen übertrieben sein, sie haben aber durchaus ihre Gründe. Besonders dann, wenn ein Teil der Rahmenbedingungen für ein Marktgeschehen harmonisiert werden (hier das Zulassungsverfahren), treten die nicht harmonisierten Bereiche um so deutlicher hervor. Harmonisierung *uno actu*, das wäre ideal. So blicken aber die pharmazeutischen Hersteller mit Sorge gerade auf die Bereiche, in denen der Flickenteppich Europa noch nach 1992 Bestand haben wird. Sie denken vielleicht daran, was in England passieren würde, wenn man, um nur schrittweise zu harmonisieren, den Rechtsverkehr zunächst nur für Autobusse einführen würde.

### 3. Wo liegen die Disharmonien im Einzelnen?

3.1 Zunächst sei hingewiesen auf die ganz generell auch nach 1992 unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die das Funktionieren eines einheitlichen Marktes auch für andere Güter behindern, z. B.:

- Das Steuerrecht in der EG – solange nicht harmonisiert – beläßt unterschiedliche Standortbedingungen.
- Die durchschnittlichen Kosten der Arbeitsstunde werden zunächst weiterhin unter-

schiedlich sein (*Tabelle 1*), ebenso wie Währungspolitik, Industriepolitik und Sozialpolitik der einzelnen EG-Staaten. Die Unterbewertung bzw. Überbewertung von Währungen, die sich aus der Differenz zwischen Devisenkurs und Verbrauchergeldparitäten ergibt, wird zunächst fortbestehen (*Tabelle 2 und 3*).

Sicher läßt sich sagen, daß auch die Hersteller anderer Güter mit solchen Unterschiedlichkeiten leben müssen und sich dem FWV stellen müssen und daß kein Grund besteht, nur die Arzneimittelhersteller mit Rücksicht auf diese Disharmonien von dem Zwang zur Anpassung an den FWV auszunehmen.

M.E. ist jedoch die Grundsituation bei beiden Herstellergruppen – Arzneimittel-Hersteller und Hersteller anderer Güter – in wesentlichen Punkten verschieden.

– Die Hersteller anderer Güter sind in den meisten EG-Ländern in ihrer Preispolitik frei. Sie können ihre Preise in der EG allein an den Gegebenheiten des Wettbewerbs ausrichten, sie können entscheiden, ob sie hohe Preise – vielleicht zu Lasten eines großen Marktanteils – EG-weit durchsetzen wollen oder niedrigere Preise zu Gunsten eines großen Umsatzes. Diese Freiheit der Preispolitik haben die Arzneimittelhersteller nicht (s. u.).

Die Arzneimittelhersteller sind gewissermaßen zweifach von den unterschiedlichen volkswirtschaftlichen Grunddaten der EG-Länder (z.B. Lohnniveau, Kosten je Arbeitsstunde, Steueraufkommen etc.) abhängig, weil diese Daten nicht nur, wie auch bei den anderen Warenherstellern die Produktionskosten bestimmen, sondern ganz entscheidend auch den ökonomischen Spielraum und das Verhalten der Abnehmer des angebotenen Gutes Arzneimittel. Der Abnehmer und Financier des Arzneimittels ist in der Regel ein von der Leistungskraft der einzelnen Volkswirtschaft determinierter Monopolist, nämlich Staat oder Krankenkasse.

3.2 Ich möchte im einzelnen ausführen, wie die besonderen wirtschaftlichen und entsprechend legalen Bedingungen des Vertriebes von Arzneimitteln in den EG-Ländern differieren und wie entsprechend das europäische Preisfeld für Arzneimittel aussieht.

– Schon die Aufschläge auf die Herstellerabgabepreise für Arzneimittel, nämlich Großhandelsspanne, Apothekermarge und Mehrwertsteuer differieren erheblich in den EG-Ländern (Aufschläge sind i. d. R. jeweils gesetzlich festgelegt).

*Tabelle 4* zeigt, daß ein Herstellerabgabepreis von DM 10,- in einem Land (Portugal) dort zu einem Apothekenverkaufspreis von rd. DM 14,- führt, in einem anderen Land (Niederlande) hingegen zu einem Endpreis von rd. DM 24,-.

– Ebenso different sind die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsausgaben (d.h. auch für die Arzneimittelausgaben). *Tabelle 5* zeigt die Finanzierungsarten in den verschiedenen Ländern und damit die Abhängigkeit der Gesundheitskosten, sei es vom Staatshaushalt, sei es von der Lohnentwicklung oder der privaten Einkommensentwicklung – je nachdem, ob über Steuern oder/und Kassenbeiträge von Arbeitnehmern (und Arbeitgebern) finanziert wird.

– Die dirigistischen Maßnahmen wiederum – z.B. die Preisfestsetzungen für die Arzneimittel – erfolgen teils direkt durch staatliche Intervention, teils indirekt über

Erstattungssysteme der Krankenkassen. In England, Italien, Frankreich kümmern sich staatliche Stellen um die Preisfestlegung, in der Bundesrepublik beispielsweise die Krankenkassen um die Festlegung der sogenannten Festbeträge nach dem GRG (Gesundheitsreformgesetz). Darüber hinaus versuchen häufig der Staat oder die Kassen auch noch direkt Einfluß auf die Ärzte als Verschreiber der Arzneimittel zu nehmen, um auch den Verordnungsumfang (Menge) zu beeinflussen und auf die Verordnung möglichst billiger Medikamente zu drängen.

– Schließlich sind auch die Maßstäbe und Kriterien, die bei der Festlegung von Arzneimittelpreisen bzw. Erstattungsbeträgen angewandt werden, in den EG-Ländern recht verschieden.

- Entweder erfolgen Einzelpreiskontrollen pro Arzneimittel auf der Basis von z. T. unvollständigen Kostenkalkulationen (mit Limitierung bestimmter Kosten, z. B. der Werbekosten) – z. B. Italien
- oder Einzelpreiskontrollen erfolgen auf der Basis internationaler Preisvergleiche der Preise des Unternehmers
- oder Einzelpreiskontrollen erfolgen auf Basis des Versuches einer Wertung des therapeutischen Nutzens und des Vergleichs mit bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln.
- Preiskontrollen können aber auch indirekt über eine Kontrolle der Unternehmensgewinne erfolgen, sie gelten dann für das Gesamtsortiment und lassen gewisse Freiheiten bei der Bestimmung der Einzelpreise zu (z. B. England), wenn nur die Gesamtrechnung dem Kostenrahmen entspricht.

Mischungen all dieser Systeme sind eigentlich die Regel.

– Mit den meisten Systemen betreiben darüber hinaus die sich dirigistisch verhaltenden Staaten nicht nur Sozialpolitik, sondern auch (nationale) Industriepolitik, wobei häufig – ausgesprochen oder unausgesprochen – protektionistische Ziele verfolgt werden. Je nachdem, ob ein pharmazeutisches Unternehmen in dem betreffenden Lande forscht, Arbeitsplätze bereithält oder exportiert, werden die Preise bzw. Erstattungsbeträge für die Arzneimittel dieses Unternehmens festgelegt.

4. Das Ergebnis dieser völlig disharmonischen Preisbildungsregelungen (und der zuvor genannten unterschiedlichen Handelsspannen) sind sehr differente Arzneimittelpreise in Europa. In *Tabelle 6 und 7* ist der Versuch gemacht, einen Preisvergleich in Devisenkursen und nach Kaufkraft darzustellen.

Im Einzelfall kann es dann natürlich vorkommen, daß ein Arzneimittel in Deutschland oder den Niederlanden das 2- und 3-fache kostet, wie das gleiche Arzneimittel in Portugal oder Griechenland – eine Erfahrung, die jeder bei einer Reise in solche Billigländer macht. In diesen Ländern ist übrigens das Brot oder die öffentlichen Verkehrsmittel im Vergleich gleichermaßen billig.

*Exkurs dazu:*

Wenn die pharmazeutischen Unternehmer in Griechenland ein Arzneimittel zu DM 41,- verkaufen, welches in der Bundesrepublik DM 100,- kostet, läßt dies nicht darauf schließen, daß sie in Griechenland noch immer einen Gewinn machen und

demgemäß in der Bundesrepublik einen Gewinn von mindestens DM 59,- machen. Vielmehr trägt in einem solchen Fall beispielsweise Griechenland lediglich mit DM 1,- zur Deckung der indirekten, d. h. einem einzelnen Produkt nicht zurechenbaren Kosten bei, während in der Bundesrepublik in dem Beispiel ein „Deckungsbeitrag“ von DM 60,- erwirtschaftet würde. Bei dem Beispiel habe ich ein Verhältnis von direkten Kosten zu indirekten Kosten von 40:60 angenommen, was nicht unrealistisch ist und zeigt, wie hoch gerade in der Pharmaindustrie die nicht einem Produkt zuordenbaren Kosten – z. B. Forschungskosten – sind. (Es sei angemerkt, daß ein in den indirekten Kosten enthaltener Gewinn von 2,4% nach Steuern auf den Umsatz dabei ein realistischer Durchschnittswert ist.) Ein Verkauf in Griechenland lohnt sich bei meinem Beispiel erst dann nicht mehr, wenn dort der Preis auf DM 39,- oder darunter festgesetzt würde. Der Verkauf zu DM 41,- ist unbefriedigend, deckt aber etwas mehr als die direkten Kosten.

Angemerkt sei im übrigen auch noch, daß die Unterschiedlichkeit der genannten Systeme einen ganz unterschiedlichen Verbrauch von Arzneimitteln pro Kopf bewirkt (z. B. liegt Frankreich da weit vor Deutschland, wenn man nach Tagesdosen berechnet).

#### *Tabelle 8*

5. Die Chancen zur Angleichung (Harmonisierung) der differenten Preisbildungs- und Erstattungssysteme in Europa sind m. E. gering und damit auch die Chancen zu einer Einebnung der Preisunterschiede.

Das sogenannte Duphar-Urteil (EuGH vom 7. 2. 84/RS 238/82) hat die grundsätzliche Freiheit der EG-Staaten, Preisfestsetzungen für Arzneimittel vorzunehmen, bestätigt (freilich unter Beachtung von objektiv nachprüfbareren Kriterien). In der sogenannten Preistransparenz-Richtlinie vom 21. 4. 88 heißt es entsprechend in der Präambel ausdrücklich, daß die Richtlinie ebensowenig die nationale Preisfestsetzungspolitik wie die Festlegung der Sozialversicherungssysteme beeinflußt – ausgenommen bestimmte Verfahren, die erforderlich sind, um eine Transparenz i. S. dieser Richtlinie zu erreichen. Entsprechend beschränkt sich diese Richtlinie nur auf Verfahrensregeln (z. B. Begründungspflicht für administrative Preisentscheidungen, Justiziabilität, Offenlegung der Bemessungskriterien, Bindung der Behörden an Fristen etc.). Es wäre aber eine ungerechtfertigte Erwartungshaltung, wenn die Kommission glauben würde, sie hätte mit dieser Richtlinie den pharmazeutischen Unternehmen ein echtes Mittel in die Hand gegeben, um nationale Dirigismen zu beseitigen.

Der Versuch einer vollen Harmonisierung der preis- und/oder erstattungsrechtlichen Rahmenbedingungen in Europa scheint wenig erfolgversprechend – jedenfalls kurz oder mittelfristig.

Die sozialrechtlichen Bestimmungen zur Erstattung der Arzneimittelkosten können ja nur zusammen mit allen anderen sozialrechtlichen zumindest krankenkassenrechtlichen Bestimmungen gesehen werden. Man kann die Krankenkassenaufwendungen für Arzneimittel nicht in isolierter Weise, d. h. losgelöst von den jeweiligen anderen Leistungsaufwendungen, z. B. für Ärzte, Krankenhäuser etc. regeln. Jedes Land hat darüber hinaus seine eigene Historie der Sozialgesetzgebung. Die bis auf Bismarck zurück-

föhrbare RVO läßt sich wohl kaum mit dem anders strukturierten englischen oder französischen System in Einklang bringen.

Auch sind die Preis- und Erstattungssysteme für Arzneimittel sehr stark eingebettet in unterschiedliche ökonomische Rahmenbedingungen (Pro-Kopf-Einkommen, Leistungspflicht der Beitragszahler, Gewöhnung an Eigenbeteiligung, Steueraufkommen etc.) und damit kaum harmonisierbar, ohne Harmonisierung auch dieser Bedingungen.

6. Wozu föhrt nun also voraussichtlich die anfangs erwähnte wachsende Identität des Produktes Arzneimittel (s. o.) einerseits und andererseits das Fortbestehen jener geschilderten Differenzen der Preisfestsetzungs- und/oder Erstattungssysteme nach 1992?

Einerseits ist wegen der Produktidentität mit einer Intensivierung des FWV zu rechnen, insbesondere wenn man davon ausgeht,

- daß eine europaweite Verteilung von einem sich auf Europa einstellenden leistungsfähigen internationalen Großhandel gewährleistet wird,
- daß eines Tages z. B. sogar mehrsprachige Packungen existieren, die ein Umpacken und damit einen Kostenaufwand der Handelsstufe nicht mehr erforderlich machen, um ein Produkt aus dem Land A in Land B zu vertreiben,
- daß über eine Europäische Datenbank – schon im Aufbau befindlich – nicht nur Informationen über Arzneimittel, sondern auch deren Preise in den einzelnen Ländern schnell festgestellt werden können,
- daß durch geschickte Reaktion auf Preisänderungen sogar sehr kurzfristige Umdispositionen des Handels möglich sind (z. B. man läßt sich heute aus Portugal beliefern, morgen aus Griechenland – wo beispielsweise dann gerade ein neues Preisgesetz in Kraft getreten ist).

Die Motivation, Preisgefälle auszunutzen, ist groß. Der sogenannte Parallelimport oder Reimport wird ein beherrschendes Phänomen für den europäischen Pharmamarkt der nächsten Jahre sein. Darunter ist der Rückexport des gleichen Produktes aus einem „Billigland“ in das höherpreisige Ursprungsland zu verstehen oder der Export eines in einem „Billigland“ hergestellten Produktes in ein „Hochpreisland“, in dem das identische Produkt hergestellt wird. Die europaweit tätigen pharmazeutischen Unternehmen müssen damit rechnen, daß Aufträge für Lieferungen ihrer Arzneimittel, die sie in „Billigländern“ (d. h. in Ländern, deren Rahmenbedingungen keine kostendeckenden Preise zulassen) entgegennehmen, vom Handel in höherpreisige Länder umgeleitet werden. Der Absatz der identischen Arzneimittel in diesen höherpreisigen Ländern durch die europaweit tätigen Unternehmen wird entsprechend gemindert. Mittel für die Forschung werden diesen Unternehmen damit entzogen. Dafür wird die Preisdifferenz zumindest teilweise als Gewinn auf der Verteilerstufe realisiert. Hat auf dem Arzneimittelmarkt das Europa des Handels Vorrang vor dem Europa der Forschung? Darf man fragen, ob dies langfristig volkswirtschaftlich sinnvoll ist?

Wenn die forschenden pharmazeutischen Unternehmen solche reimportfördernden Preisdifferenzen vermeiden wollen, können sie sich EG-weit nur auf noch niedrige

Preise einlassen, als sie in den höherpreisigen Ländern erzielen könnten. Auch dann werden die Mittel für die Forschung reduziert.

7. Wenn man es etwas theoretischer betrachtet, passiert ein weiteres:

Mit jeder sich frei in Europa bewegenden Arzneimittel-Packung kursiert ja auch deren Preis in Europa. Anders gesagt: Mit den Arzneimitteln und ihren unterschiedlichen Preisen fluten auch die europäischen Preisfestsetzungssysteme über die Grenzen. Sie bekommen – miteinander konkurrierend – jeweils Gültigkeit für alle EG-Länder, für ganz Europa. Dies ist in einer gewissen Beliebigkeit und vom Zufall der jeweiligen Order des Handels abhängig.

Ein System aber, das z. B. für Portugal gut ist, auf dieses Land zugeschnitten ist, etwa weil es an die wirtschaftlichen Basisdaten dieses Landes, an die Belastbarkeit der Arbeitnehmer dieses Landes angeknüpft ist (wie lange muß der Portugiese und im Vergleich der Deutsche arbeiten, um seine Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen?), ist für die Bundesrepublik mit weit höherem Arbeitnehmereinkommen nicht legitim. Warum soll die deutsche Sozialversicherung in den Genuß des portugiesischen Systems kommen, wenn man unterstellt, daß der Handel einen Teil der Preisdifferenz an die deutschen Abnehmer bzw. die Sozialversicherung überhaupt weitergibt?

Solche mit den Arzneimitteln in Europa frei flukturierenden Preisbildungs- und Erstattungssysteme sind m. E. nicht akzeptabel. Die Flucht vor einer Harmonisierung der ökonomischen Rahmenbedingungen des Arzneimittel-Marktes ist eine Entscheidung für die Gültigkeit *aller* Systeme – nebeneinander und in Beliebigkeit – je nach Lage des Augenblickes. Dies hat einen Zug zum Chaotischen. Eine ähnliche Situation würde übrigens m. E. entstehen, wenn man sich in Europa dadurch vor der Entscheidung für Rechts- oder Linksverkehr drückt – um in dem zuvor gebrauchten Bilde zu bleiben –, daß man erst einmal beide Fahrweisen europaweit zuläßt.

8. Noch bedenklicher ist aber folgendes:

Dirigistische Preisbildungsmodelle in den einzelnen EG-Ländern folgen oft (wie ausgeführt) – ausgesprochen oder unausgesprochen – nationalen protektionistischen Kriterien. Wer im EG-Land X forscht, produziert, Arbeitnehmer beschäftigt, exportiert, erhält einen besseren Preis für dieses Land als der, der das nicht tut. Diese protektionistischen Handhabungen sind EG-vertragswidrig, verstoßen gegen Art. 30 EG-Vertrag. Sie sind häufig nur schwer von den pharmazeutischen Unternehmen angreifbar, besonders wenn solche Kriterien bei der Preisbildung nicht offen angesprochen werden oder wenn Unternehmen, die auf das Wohlwollen der Preisbehörden angewiesen sind, nicht den Mut zur Klage haben.

Es ist nun aber schwer einzusehen, daß der FWV auch für Arzneimittel gelten soll, deren (niedrige) Preise unter Bedingungen zustande kamen, die gegen den Römischen Vertrag verstoßen.

Freier Warenverkehr für vertragswidrige Praktiken, ist das gewollt?

Im Zusammenhang damit ist zu klären, wann bei dirigistischer Preisfestsetzung Vertragsverstöße vorliegen, nicht nur bei erkennbarem, nachweisbarem Protektionismus!

Ich verweise hier auf das Gutachten von Mestmäcker „Vereinbarkeit von Preisregelungen auf dem Arzneimittelmarkt mit dem Recht der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft“, und zitiere:

S. 66, Ziffer 6:

„Da auf das Gebiet eines Mitgliedstaates beschränkte Höchstpreisregelungen für einzelne Sektoren unterschiedliche Preisniveaus für bestimmte Produkte oder Industrien schaffen und dadurch Wirkungen auslösen, die sich von denen wesentlich unterscheiden, die bei binnenmarktähnlichen Verhältnissen zu erwarten wären, liegt eine Kollision mit dem Grundsatz des freien Warenverkehrs nahe.“

S. 66, Ziffer 7:

„Nach der Rechtsprechung des Gerichtshofes der EG verstoßen nationale Höchstpreise nicht als solche gegen Art. 30, sie können jedoch einen Verstoß begründen, wenn sie so niedrig festgesetzt werden, daß Händler, die das fragliche Erzeugnis in den betreffenden Mitgliedstaaten einführen wollen, dies – unter Berücksichtigung der allgemeinen Lage bei Importerzeugnissen verglichen mit der bei einheimischen Produkten – nur mit Verlust tun können (Urteile vom 26. 2. 1976, „Tasca“ – „SADAM“).“

Ohne auf diese Problematik des Verstoßes von Preisfestsetzungssystemen gegen Art. 30 des EG-Vertrages vertieft einzugehen, zeigen schon diese Zitate, daß eine Vertragswidrigkeit von dirigistischen Systemen nicht nur bei protektionistischen Maßnahmen allein zur Debatte steht. Deshalb nochmals die Frage, in welchem Verhältnis stehen FWV und EG-vertragswidrige Preisdirigismen?

Kann man in solchen Fällen der EG-Vertragswidrigkeit von staatlichen Zwangsmaßnahmen an die EUGH-Entscheidung (19/84) zur Zwangslizenz denken? Danach kann der Inhaber eines gewerblichen Schutzrechtes in einem EG-Land dieses ausnahmsweise gegen den Import eines in einem anderen EG-Land zwangslizenzierten Produktes geltend machen.

Könnte ein Hersteller in einem Land A sich nicht gegen den Import eines identischen Produktes aus einem Land B – in dem er z.B. eine Tochtergesellschaft oder einen Lizenznehmer hat – mit dem ähnlichen Argument wenden, daß ihm im Lande B der Preis zwangsverordnet wurde?

9. Die abschließenden Überlegungen gelten der Frage, wie die pharmazeutische Industrie mit den aufgezeigten Problemen des FWV unter nicht harmonisierten Bedingungen für die Preisbildung und -Erstattung fertig werden kann. Ich will dazu ein paar Thesen aufstellen:

a) Es gibt, wie ich versucht habe voranstehend aufzuzeigen, gute Argumente dafür, den FWV für Arzneimittel nicht zuzulassen, bis nicht die Dirigismen aufgehoben sind. An die Chance einer solchen temporären Aussetzung des FWV für Arzneimittel zu glauben, wäre m.E. jedoch illusionär. Eine solche Einstellung würde auch nicht dem Selbstverständnis der pharmazeutischen Industrie in Deutschland entsprechen. Diese Industrie bejaht den Europäischen Binnenmarkt und will sich auf Europa 1992 vorbereiten. – Das schließt freilich nicht aus, daß die voranstehend darge-

stellten Probleme nicht angesprochen werden müssen und der FWV nicht tabuisiert werden darf.

b) Die pharmazeutische Industrie wird alles versuchen, um den Binnenmarkt für Arzneimittel unter den Bedingungen eines freien Wettbewerbs herbeizuführen. Sie wird sich für jeden Abbau von Preisdirigismen einsetzen, ohne der Illusion zu erliegen, daß kurz oder mittelfristig ein vollständiger Abbau dieser Beschränkungen, d.h. volle Preisfreiheit erreicht werden kann. Sie beugt sich in die Einsicht, daß die Forderung nach freier Preisbildung einerseits und die Finanzierung der Arzneimittelausgaben durch den Staat oder die Kassen andererseits kaum vereinbar sind. Sie denkt aber an Mischsysteme: höhere Selbstbeteiligung könnte mit größerer Freiheit bei der Preisbildung verbunden sein.

c) Die soziale Dimension des Binnenmarktes ist in jüngster Zeit häufig diskutiert worden. Es ist trotz der eingangs aufgeführten Problematik nicht auszuschließen, daß es gewisse Harmonisierungen auch auf sozialrechtlichem Gebiet gibt. Das könnte immerhin zu einer Annäherung der Erstattungssysteme führen. Ein harmonisiertes dirigistisches System ist kein freies System, aber vermutlich noch besser als ein Wildwuchs von Dirigismen.

d) Es ist zu hoffen, daß in Europa die Bedeutung der pharmazeutischen Industrie richtig eingeschätzt wird und der Gedanke verfolgt wird, die europäische Pharmaindustrie im Wettbewerb mit der US-Industrie und der japanischen Industrie zu stärken.

Die Europäische Pharmaindustrie ist mit der forschungintensivste Industriezweig. Sie gibt im Durchschnitt 13% ihres Umsatzes (1987) für Forschung aus, beschäftigt über 455 000 Mitarbeiter (meist mit hoher Qualifikation) und erwirtschaftet Exporterträge von über 5,4 Mill ECU (1987).

Es ist zu hoffen, daß die Organe der Europäischen Gemeinschaft erkennen, daß es auch darum geht, eine aktive Industriepolitik und nicht nur ausschließlich Sozialpolitik zu betreiben. Diese Überlegungen müßten der Bildung von solchen Arzneimittelpreisen zugute kommen, die eine Finanzierung der Forschung dieser Industrie zulassen.

e) Entsprechend könnte das europäische Preisgefälle abgebaut werden. Damit sollten Fehlleitungen von Warenströmen von administrierten „Billigländern“ in Hochpreisländer möglichst verhindert werden. Dies würde freilich Preiserhöhungen etwa in Griechenland, Spanien, Portugal bedeuten (andererseits würde das Preisniveau etwa in den Niederlanden und Dänemark und in Deutschland sinken – letzteres ist jetzt schon nach Inkrafttreten des GRG der Fall). Ein solches Annäherungsmodell könnte darin liegen, daß sich die Preisunterschiede nicht mehr zwischen 30 und 100% bewegen, sondern z.B. zwischen 40 und 70%. – Gleichwohl würden dabei die Probleme für die Industrie weitgehend fortbestehen; da das Absenken der Preise in den Hochpreisländern nicht durch Anhebung von Niedrigpreisen kompensiert werden kann.

f) Solange es unterschiedliche Dirigismen in den EG-Ländern für identische Produkte gibt, muß unterstellt werden, daß diese Dirigismen ein Ausfluß der nationalen Besonderheiten und differierenden ökonomischen Bedingungen sind (z.B. Kosten je Arbeitsstunde, Steueraufkommen, Verhältnis von Wechselkursen und Verbrauchergeldparitäten). Insofern müssen sie auf den Bereich beschränkt sein, für den sie Gültigkeit

haben. Sie müssen auf den nationalen Abnehmer von Gesundheitsleistungen (z.B. Krankenkassen, staatlicher Gesundheitsdienst) beschränkt sein, dessen Finanzierungsmöglichkeiten von diesen spezifischen Bedingungen geprägt werden.

Konkret auf die Arzneimittel bezogen: Man könnte daran denken, daß sich die Arzneimittelpreise in Europa vereinheitlichen, sich zu einem Europapreis verdichten – in ECU – und daß die erwähnten unterschiedlichen ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen ihren spezifischen länderweisen Niederschlag finden in speziellen Rabattvereinbarungen mit den Leistungsabnehmern (staatl. Gesundheitsdienste oder Krankenkassen). An einem solchen Rabatt müßten sich dann alle beteiligen, deren Leistung in den Arzneimittelpreis eingeflossen ist, z.B. Hersteller, Großhändler, Apotheker.

Zu durchdenken wäre noch, ob in dieses Rabattsystem einfließen müßte nicht nur die ihre Leistungskraft bestimmenden ökonomischen Besonderheiten der Abnehmer der Leistung „Arzneimittel“, sondern auch die Besonderheiten der Anbieter, also z.B. der pharmazeutischen Unternehmer. Müßten deren Kostenstrukturen (z.B. Forschungsaufwand) bei einer Rabattvereinbarung mit berücksichtigt werden? Wenn man überhaupt auf diesem Wege weiterdenkt, müßte man hier wohl europaweite, ja weltweite Aufwendungen partiell einbeziehen. Vertragswidrige Protektionismen würden perpetuiert, wenn man beispielsweise nur bestimmte, in dem betreffenden Land getätigte Forschungsaufwendungen berücksichtigen würde.

Dies sind – wohlgermerkt – Überlegungen, die man nur anstellen sollte, wenn man sich mit einem zumindest mittelfristigen Fortbestehen von Dirigismen abfindet. Nur unter dirigistischen Modellen können Kosten etwas mit der Preisbildung zu tun haben.

10. Sie sehen, vor welchen Problemen die pharmazeutische Industrie, aber auch die Staaten und die Krankenkassen, in der Zeit des Überganges stehen. Man muß sich wohl auf längere Übergangszeiten einrichten, ehe vielleicht einmal ein einheitlicher Markt für Arzneimittel unter den Bedingungen eines wirklich freien Wettbewerbs realisiert werden kann.

Wenn man daran denkt, daß die heutige EG vielleicht demnächst noch weitere Länder aufnimmt, Länder, die in ihrer Vergangenheit in planwirtschaftlichen Systemen noch mehr gefangen waren, mag diese Übergangszeit sehr lange dauern. In dieser Zeit des Überganges wird man auf mehrere Dinge achten müssen:

- Die Staaten sollten darauf achten, daß sie die Dirigismenschraube nicht anziehen und neue Preisbildungsmodelle oder Kostenerstattungsmodelle einführen, die die in Europa herrschende Vielfalt der Systeme noch vergrößern und eine Harmonisierung erschweren. Das deutsche Gesundheitsreformgesetz, an dessen EG-Vertragskonformität ich erhebliche Zweifel habe, ist ein anschauliches Beispiel für einen solchen Schritt zu weiterer Disharmonisierung in Europa.
- Marktwirtschaftliche Ansätze und Steuerungsmechanismen sollten schon jetzt gefördert werden, wo immer es geht. M.E. würde eine gesteigerte Selbstbeteiligung des Patienten bei den Arzneimittelaufwendungen sowohl auf den Preis als auch auf die verbrauchte Menge der Arzneimittel einen steuernden Einfluß haben, soziale Härten

könnte man durch entsprechende Regelungen abfangen (Beispiele für Ansätze in diese Richtung gibt es in einigen Ländern, z. B. Frankreich).

- Die Unternehmen müssen in dieser Zeit des Übergangs, des Lebens mit harmonisierten und des Lebens mit disharmonischen, administrativen Rahmenbedingungen hohe Managementfähigkeiten entwickeln. Nur wird dies allein nicht ausreichen. Deshalb müssen schon jetzt in der EG industriepolitische Ansätze entwickelt werden, um
  - einen forschenden, exportintensiven Industriezweig in der EG zu fördern und auszubauen,
  - die gesunde Struktur und Unternehmensvielfalt zu erhalten, d. h. Konzentrationsprozesse und damit eine Existenzgefährdung gerade mittelständischer Unternehmen zu vermeiden,
  - die europäische Pharmaindustrie auch auf dem Weltmarkt, z. B. in USA und Japan, wettbewerbsfähig zu erhalten. – Dazu gehört auch, daß die EG sich nicht gegen andere Märkte abschotten darf. Regelungen in Europa, z. B. arzneimittelrechtliche Regelungen, müssen nicht nur die Vielfalt der einzelnen europäischen Regeln integrieren, sondern auch so beschaffen sein, daß sie mit entsprechenden Regeln in USA und Japan korrespondieren. Nur so ist es z. B. möglich, eine Duplizierung von vorklinischen oder klinischen Untersuchungen zu vermeiden und damit Kosten zu reduzieren.

Durststrecken lassen sich überwinden, können aber auch tödlich sein, wenn sie zu lange andauern. Der Weg zum (europäischen) Paradies führt durch das Feuer. Sehen wir zu, daß nicht zu viele darin verbrennen.

Die Gestaltung des künftigen Europa, auch im Arzneimittelbereich, fordert unsere visionäre Kraft und Phantasie heraus. Wir sollten uns aber dabei nicht nur auf den Endzustand konzentrieren. Wie so oft im Leben sind auch hier die Übergangsregeln entscheidend. Nur mit guten Übergangsregeln können Anpassungsfähigkeiten stimuliert werden.

Wer Europa aufbauen will, muß auch den Mut haben, auf der Strecke Korrekturen am Bauplan vorzunehmen und dabei darauf zu achten, daß gleichwohl die Gesamtstatik immer stimmt.

Tab. 1: *Arbeitskosten 1987*. Männliche und weibliche Arbeiter je geleistete Stunde. Umrechnung zu amtlichen Devisenkursen. Quelle: iw-eil Nr. 10 vom 15. 4. 1988 (Institut der deutschen Wirtschaft):

Durchschnittliche Kosten der Arbeits- stunde insgesamt		davon	
		Direkt- entgelt (DM)	Personal- zusatzkosten (DM)
	%		
BR Deutschland	100	17,70	14,97
Niederlande	84	15,44	12,12
Dänemark	83	21,67	5,53
Belgien	80	14,63	11,63
Italien	74	12,26	12,01
Frankreich	69	12,08	10,33
Irland	54	12,50	5,20
Großbritannien	54	12,41	5,27
Spanien	51	10,68	5,98
Griechenland	25	5,06	3,11
Portugal	16	3,11	2,21

Die Arbeitskosten in Deutschland lagen 1987 sechsmal so hoch wie in Portugal, viermal so hoch wie in Griechenland und etwa doppelt so hoch wie in Spanien und in Großbritannien.

Tab. 2 und 3: Über- oder Unterbewertungen von Währungen. Quelle: Stat. Bundesamt, Wiesbaden, Fachserie 17, Reihe 10, Internationaler Vergleich der Preise für die Lebenshaltung.

Fremdwährung = .... DM VGP (Verbrauchergeldparität) D = Jahresdurchschnitt Tab. 2: Überbewertung:			
Dänemark			
	Dev.K.	VGP	Abweich. Dev. K./VGP
1979 D	34,87	28,16	+ 23,8%
1980 Sept.	32,33	25,73	+ 25,6%
1980 Nov.	27,69	21,66	+ 27,8%
1985 D	27,77	21,49	+ 29,2%
1986 Aug.	26,58	20,40	+ 30,3%
1987 D	26,28	19,87	+ 32,2%
1988 Sept.	26,04	19,09	+ 36,4%

Man mußte 1988 ca. 26,- DM aufwenden, um 100 Dänen-Kronen zu erhalten. Man konnte dafür in Dänemark aber nur Waren und Dienstleistungen im Wert von ca. 19,- DM erwerben.

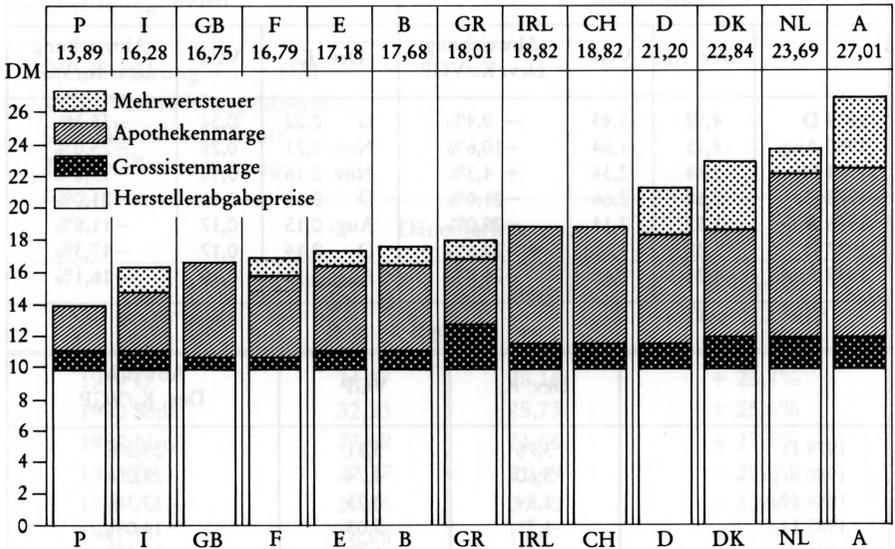
Preisvergleiche auf Basis von Devisenkursen weisen für Dänemark gegenüber der realen Kaufkraft überhöhte Werte aus.

Tab. 3: Unterbewertung:

Griechenland				Italien		
	Dev. K.	VGP	Abweichung Dev. K./VGP	Dev. K.	VGP	Abweichung Dev. K./VGP
1979 D	4,92	5,43	- 9,4%	D 0,22	0,34	-35,3%
1980 Aug.	4,15	4,64	-10,6%	Nov. 0,21	0,28	-25,0%
1984 Nov.	2,44	2,34	+ 4,3%	Nov. 0,16	0,19	-15,8%
1985 D	2,10	2,66	-21,0%	D 0,15	0,19	-21,0%
1986 Aug.	1,52	2,14	-29,0%	Aug. 0,15	0,17	-11,8%
1987 D	1,32	1,85	-28,6%	D 0,14	0,17	-17,3%
1988 Aug.	1,24	1,65	-24,8%	Aug. 0,13	0,16	-16,1%
Portugal						
		Dev. K.	VGP	Abweich. Dev. K./VGP		
1979 D		3,76	5,31	-29,2%		
1980 Sept.		3,60	4,74	-24,0%		
1984 Nov.		1,84	2,23	-17,3%		
1985 D		1,71	2,03	-14,0%		
1986 Aug.		1,41	1,79	-21,0%		
1987 D		1,27	1,65	-22,7%		
1988 Sept.		1,21	1,49	-18,6%		

1988 mußte man etwa 1,24 DM aufwenden, um 100 Griech. Drachmen zu erhalten bzw. 13 Pfennige für 100 italienische Lira oder 1,21 DM für 100 portug. Escudos. Man konnte aber in den jeweiligen Ländern erheblich mehr an Waren und Dienstleistungen kaufen. Preisvergleiche auf Basis der Devisenkurse dieser Länder weisen daher gegenüber der realen Kaufkraft zu niedrige Werte aus.

Tab. 4: Was in Europa ein Arzneimittel kostet, das der Hersteller für zehn Mark verkauft in Prozent



Health EconAG, Basel, Stand Juni 1989

Tab. 5: Die Finanzierungsstruktur der Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Land	Finanzierungsart	Steuern	Sozialbeiträge	Privatversicherungsbeiträge	Selbstbeteiligung
Belgien		27,0	50,0	2,0	21,0
Bundesrepublik Deutschland		14,2	72,5	6,4	6,9
Frankreich		1,8	73,0	3,7	21,5
Großbritannien		78,0	10,0	3,8	8,2
Italien		36,2	45,5	3,3	15,0
Schweden		71,0	18,4	2,0	8,6
Schweiz		34,7	28,7	16,6	20,0
USA		41,8	1,2	30,8	26,2

Quelle: Sonderdruck Pharmazeutische Zeitung EG 1993, 15. Juni 1989, ISSN 0031-7136

Tab. 6: Preisvergleich in Devisenkursen 1979–1988 – Preisvergleich Arzneimittel/EG-Ausland und Deutschland.<sup>1</sup> Index: Grosso gewogen.

Jahr	Däne- mark	Deutsch- land	Nieder- lande	Groß- brit.	Italien	Portugal	Frank- reich	Belgien	Spanien	Griechen- land
1979	106	100	97	76	52	57	61	72	54	87
1980	107	100	105	130	64	60	68	72	59	88
1984	101	100	96	106	65	46	55	55	57	64
1985	106	100	95	100	66	57	54	51	46	56
1986	109	100	94	79	66	54	51	51	43	49
1987	114	100	97	82	69	53	50	51	47	42
1988 Sept.	117	100	98	87	68	54	54	52	51	46

Wesentliche Verschlechterung des Preisniveaus 1979/88: Griechenland, Belgien, Frankreich.

Wesentliche Verbesserung des Preisniveaus 1979/88: Dänemark, Großbritannien, Italien.

<sup>1</sup> Div. Firmen (nicht publiziert).

Tab. 7: Preisvergleich nach Kaufkraft (Verbrauchergeldparitäten) 1979–1988. Index: Grosso gewogen, berichtigt um Abweichungen VGP/Devisenkurs. Quelle: Internationaler Vergleich der Preise für die Lebenshaltung, Reihe 10. Fachserie 17, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Jahr	Nieder- lande	Deutsch- land	Groß- brit.	Däne- mark	Italien	Griechen- land	Portugal	Frank- reich	Belgien	Spanien
1979	105	100	95	86	81	96	81	68	71	56
1980	109	100	120	85	86	98	79	68	69	62
1984	103	100	109	79	79	61	56	59	59	59
1985	103	100	99	82	80	71	67	55	53	47
1986	103	100	92	84	80	69	68	54	53	44
1987	105	100	95	86	84	59	69	53	53	49
1988 Sept.	107	100	89	86	81	71	66	57	55	49

Auch nach Kaufkraft liegen Dänemark, Deutschland, Großbritannien, Niederlande in der Spitzengruppe.

Nach Kaufkraft stark gesunken: Griechenland, Portugal, Frankreich, Belgien, Spanien. Preisreglementierung für Arzneimittel diskriminierend. Frankreich, Belgien und Spanien: Preise nach Kaufkraft am niedrigsten.

Tab. 8: Arzneimittelverbrauch im internationalen Vergleich

Pro-Kopf-Verbrauch für das Jahr 1988 in Einzeldosen*	
Bundesrepublik Deutschland	1137
Belgien	1264
Frankreich	1687
Großbritannien**	1737
Italien	1598
Österreich	1043

\* (Institut für Medizinische Statistik, Basis: Arzneimittelabgabe durch öffentliche Apotheken)

\*\* „In Großbritannien werden nur die Arzneiverordnungen der niedergelassenen Allgemeinärzte durch öffentliche Apotheken beliefert; Internisten und sonstige Spezialisten praktizieren in Krankenhäusern, die auch die Arzneimittelversorgung der ambulanten Patienten wahrnehmen: Deshalb wurde der Apothekenwert für Großbritannien um 35% korrigiert.“

Jahr	BRD	Belgien	Frankreich	Italien	Österreich	Großbritannien
1988	1137	1264	1687	1598	1043	1737
1987	1095	1220	1640	1550	1000	1690
1986	1050	1180	1600	1500	960	1640
1985	1000	1140	1560	1450	920	1600
1984	950	1100	1520	1400	880	1560
1983	900	1060	1480	1350	840	1520
1982	850	1020	1440	1300	800	1480
1981	800	980	1400	1250	760	1440
1980	750	940	1360	1200	720	1400
1979	700	900	1320	1150	680	1360
1978	650	860	1280	1100	640	1320
1977	600	820	1240	1050	600	1280
1976	550	780	1200	1000	560	1240
1975	500	740	1160	950	520	1200
1974	450	700	1120	900	480	1160
1973	400	660	1080	850	440	1120
1972	350	620	1040	800	400	1080
1971	300	580	1000	750	360	1040
1970	250	540	960	700	320	1000
1969	200	500	920	650	280	960
1968	150	460	880	600	240	920
1967	100	420	840	550	200	880
1966	50	380	800	500	160	840
1965	0	340	760	450	120	800
1964	0	300	720	400	80	760
1963	0	260	680	350	40	720
1962	0	220	640	300	0	680
1961	0	180	600	250	0	640
1960	0	140	560	200	0	600
1959	0	100	520	150	0	560
1958	0	60	480	100	0	520
1957	0	20	440	50	0	480
1956	0	0	400	0	0	440
1955	0	0	360	0	0	400
1954	0	0	320	0	0	360
1953	0	0	280	0	0	320
1952	0	0	240	0	0	280
1951	0	0	200	0	0	240
1950	0	0	160	0	0	200
1949	0	0	120	0	0	160
1948	0	0	80	0	0	120
1947	0	0	40	0	0	80
1946	0	0	0	0	0	40
1945	0	0	0	0	0	0