

Editorial

Über den Jahreswechsel hatten wir Zeit, unser erfolgreiches Berliner Seminar zur Arzneimittelproblematik und unsere wie immer konstruktive MEZIS-Klausurtagung Revue passieren zu lassen.

Die Geschäftspraktiken des Giganten Bayer werden beleuchtet und unser Mitglied Matthias Thöns blickt kritisch auf die Übertherapie

am Lebensende. Doch auch positive Aspekte hat der Jahreswechsel zu bieten. In unserer Reihe „Best Practice“ stellen wir die hausärztliche Informationsdatenbank Deximed vor – kostenpflichtig, pharmafrei und sogar mit Vergabe von CME-Punkten. Schließlich bietet diese Ausgabe der MEZIS-Nachrichten zum ersten Mal eine Theaterkritik – (Vorhang auf und) Bühne frei!



Niklas Schurig und Jan Salzmann

Das Märchen von den Medikamentenpreisen

Anreize für Forschung und Entwicklung (F&E) von Arzneimitteln sind derzeit Patente und Marktexklusivität, welche zu hohen Preisen führen. Daraus resultieren eine finanzielle Überforderung der Gesundheitssysteme, eingeschränkter Zugang und Anreize für eine profit- statt bedarfsorientierte Forschung, die den Erfordernissen der öffentlichen Gesundheit nicht gerecht wird.

Im Dezember 2016 erarbeitete eine Fachtagung mit dem Titel „Leben - eine Kostenfrage?!“ ein Manifest mit konkreten Vorschlägen zu einer umfassenden Neuausrichtung des Systems der F&E. Die Vorschläge umfassen mehr Wettbewerb, Transparenz bei der Preisgestaltung, Stärkung der Position der Abnehmer, Offenlegung der Kosten F&E sowie der Ergebnisse öffentlicher Studien und mehr öffentliche Investitionen.

DAS MÄRCHEN

Es war einmal ein Medikament PiPaPo in einem gar nicht so fernen Königreich. Die Wirkstoffe Pi, Pa und Po gingen aus der Forschung in den Laboren der königlichen Universitäten hervor, wie das so häufig der Fall ist. Die Rechnung beglichen die SteuerzahlerInnen. Das Wissen wurde sodann an ein pharmazeutisches Unternehmen verkauft, das sich um klinische Studien, Zulassung und Patent für PiPaPo kümmerte. Das Unternehmen setzte einen sehr hohen Verkaufspreis an. Der Preis blieb so hoch, denn der König setzte keine Grenze und das Patent führte zu einer Monopolstellung, die Wettbewerb unmöglich machte. Der Preis war nun so hoch, dass nicht alle Menschen im Königreich und in anderen, weniger reichen Königreichen ihn bezahlen konnten. Die Menschen starben an eigentlich behandelbaren Krankheiten. Der König begann sich Sorgen zu machen.

Das Königreich scheint fern zu sein? Auch bei uns sind die Medika-

mentenpreise sehr hoch. Der Preis für eine dreimonatige Behandlung gegen Hepatitis C mit Sofosbuvir, einem neu zugelassenen Medikament, beläuft sich in den USA auf 84.000 US-Dollar und in Deutschland auf 43.500 Euro.¹

In dem Königreich endete die Patentlaufzeit nach 20 Jahren. Der König atmete auf: Andere Unternehmen konnten nun das identische Medikament mit dem gleichen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil, ein sogenanntes Generikum, produzieren. Durch Wettbewerb fiel daraufhin der Preis.

Auch das ist uns nicht fremd: Die Kosten für die antiretrovirale Kombinationstherapie zur Behandlung von HIV/AIDS, die sich auf über 10.000 US-Dollar pro PatientIn beliefen, fielen nach Ablauf des Patentbesitzes auf 100 US-Dollar pro PatientIn pro Jahr.²

Patentlaufzeit vorbei, Ende gut, alles gut? Im Königreich wollte das Pharmazeutische Unternehmen Pi-

PaPo aber gerne weiterhin zu einem hohen Preis verkaufen. Es beantragte für PiPaPo kurzerhand ein neues Patent. Als Begründung führte es entweder eine neue Indikation oder geringfügige chemischen Veränderungen ins Feld. Da diese Veränderungen keinen relevanten therapeutischen Mehrwert mit sich brachten, bezeichneten die Zeitungen des Königreiches PiPaPo Nr. 2 als Scheinnovation oder Me-too-Präparat. So blieb der Preis hoch, Ende gut, nicht alles gut.

Auch Strategien zur Verlängerung der Patentlaufzeit, genannt Evergreening, kennen wir. Bis 2012 wurde das Medikament Alemtuzumab unter dem Namen MacCampath® zur Behandlung von chronisch-lymphatischer B-Zellen-Leukämie (B-CLL) verkauft. Bis heute existiert keine gleichwertige Behandlungsalternative, dennoch nahm Genzyme das Medikament 2012 weltweit vom Markt. 2013 wurde es erneut in Umlauf gebracht, nun für die neue Indikation Multiple Sklerose. Unter dem neuen Namen Lemtrada® wird es nun mit einem neuen Patent 44-mal teurer verkauft. Der Umsatz

des Unternehmens stieg auch durch die größere Absatzzahl, denn es gibt bedeutend mehr PatientInnen mit Multipler Sklerose als mit B-CLL.³

In den Apotheken des Königreichs lag das Medikament Brimborium neben PiPaPo. Brimborium wurde schon seit so vielen Jahren verkauft, dass es kein Patent mehr gab. Dennoch war auch Brimborium so teuer, dass der König betrübt sah, wie manche Menschen den Preis nicht bezahlen konnten. Sein Schatzmeister erklärte ihm: Es gab so wenig Erkrankte, dass Brimborium nur sehr selten angewendet wurde. Daher haben die Anbieter sich nach und nach zurückgezogen, bis nur noch einer übrig geblieben ist. Dieser hatte dann auch ohne Patent eine Monopolstellung inne und konnte den Preis beliebig hoch setzen.

Auch das kommt uns bekannt vor: Pyrimethamin (Daraprim®) ist ein seit 62 Jahren erhältliches ursprünglich tropenmedizinisches Medikament. Heute wird es zur Behandlung von Toxoplasmose bei HIV-PatientInnen angewendet. 2015 erhöhte sich der Preis in den USA von knapp 14 US-Dollar auf 750 US-Dollar pro Tablette.⁴

Wir teilen die Sorge des Königs, denn die Preise für lebensnotwendige Medikamente sind so hoch, dass PatientInnen in einkommensschwächeren Ländern häufig keinen Zugang haben. In einkommensstärkeren Ländern fließen finanzielle Ressourcen der Gesundheitssysteme zu immer größeren Teilen in Arzneimittel und fehlen an anderen Stellen, beispielsweise im Personal- oder Hygienebereich. Auch die Erstattung lebensnotwendiger Arzneimittel ist bedroht. Die hohen Preise sind eine echte Gefahr für solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme.

Wo steckt nun der märchenhafte, nicht ganz der Wahrheit entsprechende Anteil in dem Märchen um das Medikament PiPaPo?

Wir müssen F&E finanzieren!, bemüht sich das pharmazeutische Unternehmen, die hohen Preise zu erklären.

Jedoch investiert das Unternehmen ein Drittel des Gesamtumsatzes in Marketing - etwa das Doppelte des Betrages, der für F&E ausgegeben wird.⁵

Tatsächlich orientieren sich die Preise nicht an den Ausgaben des Unternehmens, sondern ausschließlich daran, wie viel der Abnehmer zu zahlen bereit ist. Wenn es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt, ist das schmerzlich viel. Da Medikamente zunehmend für seltene Erkrankungen im onkologischen oder neurologischen Bereich und nicht für Volkskrankheiten wie Hypertonie entwickelt werden, gibt es häufig tatsächlich keine oder keine gleichwertigen Behandlungsalternativen. In der Onkologie sind Jahrestherapiekosten von über 100 000 Euro pro PatientIn keine Seltenheit.

Aber nur einer von 13 Wirkstoffen aus der vorklinischen Phase erreicht die Zulassung, wirft das pharmazeutische Unternehmen ein. Die anderen erweisen sich als nicht wirksam oder zu nebenwirkungsreich.⁶ Wenn ich ein Medikament verkaufe, muss ich die 12 anderen Wirkstoffe mitfinanzieren, gibt es zu bedenken.

Tatsächlich kauft das Unternehmen jedoch häufig fortgeschrittene, bereits erfolgsversprechende Wirkstoffe aus universitärer Forschung oder direkt Start-ups auf. Dadurch minimiert sich das Risiko für das Unternehmen.

Aber ich trage doch auch Verantwortung gegenüber meinen MitarbeiterInnen, führt das Unternehmen ins Feld.

Doch stehen weltweit steigende Umsätze von 989 Milliarden US-Dollar im Jahr 2013 auf geschätzte 1300 Milliarden US-Dollar im Jahr

Inhalt

INHALT

Das Märchen von den Medikamentenpreisen	1
„Die Leere füllte sich durch die Pillen nicht“	4
Der Kaiser ist nackt - postfaktisch	5
Übertherapie am Lebensende - Folge von Fehlanreizen?	8
Deximed – Unabhängige Online-Information für Hausärzte	10
MEZIS 2016 – Ein Rückblick	11

2018 in der pharmazeutischen Industrie⁷ wirklich im Verhältnis zur Steigerung von Personalkosten?

Und wenn sie nicht gestorben sind, erzählen die Unternehmen noch heute Märchen über den Preis von Medikamenten.

DAS MANIFEST

Andere Wege zu fairen Arzneimittelpreisen haben ÄrztInnen, GesundheitswissenschaftlerInnen, PolitikerInnen und VertreterInnen der Zivilgesellschaft im Dezember 2016 auf der Fachtagung „Leben - eine Kostenfrage?!“ diskutiert. Diese wurde von MEZIS mit Unterstützung von UAEM (Universities Allied For Essential Medicines) organisiert. „Es bedarf dringend einer Reform des derzeitigen Systems der F&E sowie der Bereitstellung von Medikamenten. Nur dann können wir künftig die Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln zu bezahlbaren Preisen gewährleisten“, erklärt Dr. Christiane Fischer, Ärztliche Geschäftsführerin von MEZIS.

Die TeilnehmerInnen der Tagung erarbeiteten ein „Manifest für bezahlbare Medikamente und eine bedarfsgerechte Arzneimittelforschung“.⁸ Mit konkreten Handlungsvorschlägen appellieren sie an die Politik, für bedarfsgerechte Arzneimittel zu fairen Preisen einzutreten.

Mehr Wettbewerb

Durch das Patent auf das Medikament PiPaPo erlangt das pharmazeutische Unternehmen eine in der Regel 20 Jahre andauernde Monopolstellung. Durch geringfügige Veränderungen der Formulierungen kann der Patentschutz verlängert werden, eine gängige Praktik die sich „Evergreening“ nennt. Der Marktzugang für Generika, also Medikamente mit dem gleichen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil, und damit Preissenkung durch Wettbewerb ist erst nach dieser Laufzeit möglich.



Fachtagung „Leben - eine Kostenfrage?!“ im Dezember 2016 in Berlin. Foto: P. Tinnemann

Das Manifest fordert daher frühere Marktzulassung, öffentliche Patente und die öffentliche Produktion von Generika. Wenn es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt und der Zugang unzureichend ist, soll das Patent staatlich aufgehoben werden können. Internationale Freihandels- und Investorenschutzabkommen dürfen diesbezüglich nicht den Handlungsspielraum nationaler Regierungen einschränken.

Transparente Preisgestaltung und Stärkung der Verhandlungsmacht der AbnehmerInnen

Nach der Zulassung wird der Preis für das Medikament PiPaPo vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem pharmazeutischen Unternehmen diskutiert. Diese Verhandlungen sind intransparent, was die Position der AbnehmerInnen schwächt. Preisunterschiede zwischen einzelnen EU-Ländern betragen bis zu 50 Prozent, unabhängig vom Bruttoinlandsprodukt.

Das Manifest fordert die Offenlegung des Preisfindungsprozesses und Möglichkeit zur Neuverhandlung. Außerdem wird eine Plattform vorgeschlagen, die den Abnehmern gemeinsames Auftreten und dadurch eine stärkere Verhandlungsposition einräumt.

Offenlegung von Kosten für F&E

Der hohe Preis für das Medika-

ment PiPaPo wird mit hohen Kosten für F&E begründet. Diese sind jedoch intransparent. Wie oben gezeigt, steht der Endpreis in keinem Verhältnis zu diesen Ausgaben.

Das Manifest fordert daher vollständige, verpflichtende Offenlegung der Kosten für F&E sowie öffentliche Rückverfolgung und Prüfung.

Offenlegung der Ergebnisse klinischer Studien

Viele der klinischen Studien werden nach wie vor nicht veröffentlicht, insbesondere Ergebnisse, die nicht den Erwartungen des häufig aus der Industrie stammenden Sponsors entsprechen. Daher wird die positive Wirkung von Arzneimitteln oft über- und ihre Nebenwirkungen unterschätzt.

Das Manifest fordert daher die Offenlegung aller Forschungsdaten. Durch eine stärkere Orientierung des Preises am Nutzen des Medikamentes könnten Innovationen gefördert werden.

Öffentliche Investitionen

Das Medikament PiPaPo setzt sich durch höher zu erwartenden Profit gegenüber anderen Medikamenten durch, für die ein größerer Bedarf besteht. Dadurch wird der Bedarf nicht gedeckt und echte Innovationen behindert.

Das Manifest fordert daher, Me-

dikamentenpreise unabhängig vom Marktprofit zu gestalten. Dafür werden öffentliche Mittel für F&E und öffentliche Gremien für eine bedarfsorientierte Prioritätensetzung vorgeschlagen. Zu mehr Innovationen können Ansätze aus dem Bereich Open Science beitragen, also Forschungspraktiken, bei denen beispielsweise Publikationen und Hintergrunddaten für jeden zugänglich und nutzbar gemacht werden.

Wer mehr wissen möchte, findet das Manifest unter www.mezis.de. Wer selbst aktiv werden möchte, sei herzlich zu den Treffen von UAEM eingeladen (alle zwei Wochen montags, CCM Berlin, Raum und Zeit zu erfragen bei sarah.svenja.dinges@gmail.com). UAEM setzt sich für Änderungen der Rahmenbedingungen

auf Hochschul-, nationaler und internationaler Ebene ein, damit jeder, weltweit, bedingungslos Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten hat.

Sarah Svenja Dinges

Sarah Svenja Dinges studiert im achten Semester Medizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin und setzt sich bei UAEM (Universities Allied for Essential Medicines) und bei MEZIS für weltweiten Zugang zu Medikamenten und bedarfs- statt profit-orientierter Forschung ein. Sie ist MEZIS-Mitglied seit 2015.

Interessenkonflikte: keine

- 1 Hepatitis C Online (2016) Sofosbuvir (Sovaldi). www.hepatitisc.uw.edu/page/treatment/drugs/sofosbuvir-drug [Zugriff 21.12.2016]
- 2 MSF (2014) Untangling the web of antiretroviral price reductions. 17th ed. Geneva. www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_UTW_17th_Edition_4_b.pdf [Zugriff 21.12.2016]

[ault/files/MSF_UTW_17th_Edition_4_b.pdf](http://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_UTW_17th_Edition_4_b.pdf) [Zugriff 21.12.2016]

- 3 Bartens W (2014) Die Mogelpackung. *Süddeutsche Zeitung Magazin*; 13/2014.
- 4 Pollak A (2015) Drug Goes From \$13.50 a Tablet to \$750 Overnight. *New York Times*; 20.9.2015.
- 5 Prescrire Int (2013) New drugs and indications in 2012. Suggestive progress, timid measures to protect patients. *Prescrire Int*; 22(137), p 105-107.
- 6 Die forschenden Pharma-Unternehmen (2016) So entsteht ein Medikament. www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/so-funktioniert-pharmaforschung/so-entsteht-ein-medikament.html [Zugriff 21.12.2016]
- 7 Gagnon MA, Lexchin J (2008) The cost of pushing pills: A new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Med*; 5(1), e1. doi:10.1371/journal.pmed.0050001
- 8 <http://www.mezis.de/manifest-fuer-bezahlbare-medikamente-und-eine-bedarfsgerechte-arzneimittelforschung>

„Die Leere füllte sich durch die Pillen nicht“

DAS THEATERSTÜCK „PILLEN“ DER GRUPPE LUNATIKS IM THEATERDISCOUNTER BERLIN

Sekt wird ausgeschenkt, die ZuschauerInnen sind aufgefordert, sich ein Glas von der Bühne zu holen. Das kommt gut an beim Publikum und verscheucht die aufkommende Müdigkeit. Doch man darf sich zu Recht instrumentalisiert fühlen, denn die ZuschauerInnen werden zu StatistInnen eines üblen Spektakels. Der Sektempfang eröffnet

net die in Szene gesetzte Verleihung des gar nicht mal fiktiven „Pharma Trend Image & Innovation Award“. Im Hintergrund spielt die Liveband „The Pills“. And the winner is – Joseph Biederman, renommierter US-Psychiater und Forscher auf den Gebieten ADHS und Bipolare Störung bei Kindern und Jugendlichen, so die Laudatio. Berichtet wird von seinen geheimen Zuwendungen durch den Pharma-Riesen Johnson & Johnson, deren Produkt Risperdal® von Biederman öffentlich und in Studien für die Verwendung bei Kindern beworben wurde.

Die Nachfrage eines Medikaments wird künstlich in die Höhe getrieben durch die Medikalisierung bislang unpathologischer Zustände. Der gerichtlichen Aufklärung von Biedermans Zusammenarbeit mit dem Hersteller zum Trotz wird Risperidon 2006 für Kinder zugelassen. Wir erfahren: Der Absatz von Risperdal® und anderen Neuroleptika in der Behandlung von Kindern stieg zwischen 2005 und 2012 um 25 Prozent. Dieses skandalöse Beispiel für die Kooperation von Medizin und Industrie ist roter Faden und überzeugendster Erzählstrang des Theaterabends zugleich. Die fiktive Preisverleihung deckt auf sarkastische Weise eine der Haupttriebfedern käuflicher WissenschaftlerInnen auf, Ruhm und Rampenlicht. Man wird Joseph Biederman sagen hören, dass über ihm, dem Harvard-Professor, nur Gott stehe – offensichtlich ein Originalzitat.

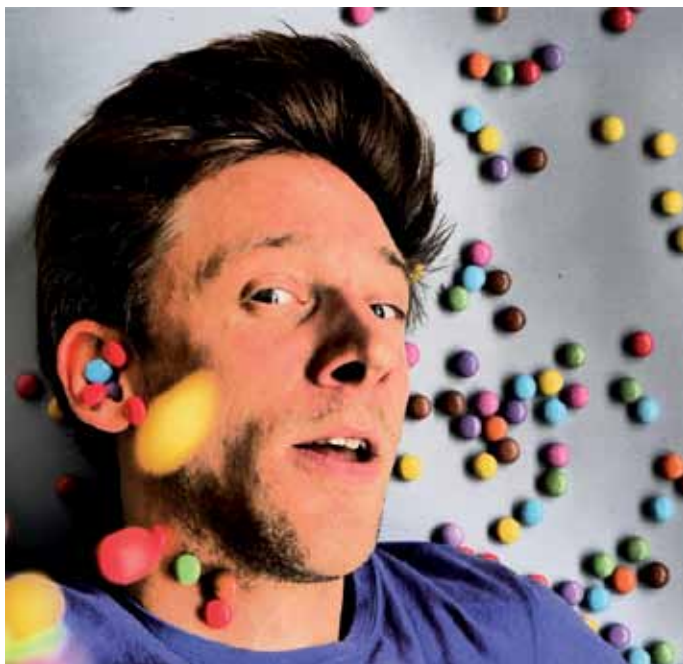


Foto: lunatiks

Das Theaterstück bringt den ZuschauerInnen an diesem Beispiel das Prinzip „disease mongering“ nahe:

Dem narzisstischen Größenwahn des Mediziners stellt die Dramaturgie den tragischen Fallbericht des Jungen Sven gegenüber.

Er ist eines jener Kinder, die, in der Schule unkonzentriert und unangepasst, die Diagnose ADHS angeheftet bekommen und medikamentös eingestellt werden. Das Protokoll seiner Mutter schildert die Motive, Zweifel, aber auch die Hoffnungen, die die Familie mit der kleinen Pille verbinden. Später begegnet man dem nunmehr erwachsenen Studenten Sven, erzählt durch die Brille seines Tagebuchs. Der junge Mann taumelt durch sein Leben, getragen durch die Tabletten, die ihm gleichzeitig verhasst sind, bis seine Depressionen in einen Suizidversuch münden. Die Zeit der stationären Behandlung in der Psychiatrie ist ein Ringen ums Leben. In den kleinen runden Helfern, die er täglich schluckt, verschmelzen Überlebenswille und Hilflosigkeit. Durch das Leben taumeln, Heil und Halt in Tabletten finden, vor allem solchen, die Einfluss nehmen auf Psyche und Geist – das sind wiederkehrende Motive der Inszenierung und eine bittere Diagnose unserer Zeit.

Auf der hinteren Wand der Bühne erscheint immer wieder ein psychedelischer Lichtkreisel, der Psychose, Medikamenten- und Drogenrausch, die hypnotischen Verlockungen der Pharmaindustrie, aber auch das Haltlose der Gegenwart optisch einfängt. Leider verzettelt sich die Inszenierung teilweise und führt zu viele weitere Erzählstränge und Figuren ein, die das Stück nur andeutet und unverbunden bleiben. Verhandelt werden

unter anderem die Geschichte der hormonellen Empfängnisverhütung, der Trend zum Tranquillizer als Stressventil, die Opiumsucht des legendären Theatermachers Antonin Artaud und die durch Psychopharmaka nivellierten Gefühlswelten psychotisch Erkrankter.

Insgesamt überwiegt in der Aufführung das Medium Text.

Lange Absätze aus Svens Tagebuch und andere Erfahrungsberichte sowie Zahlen und Fakten werden ohne großes Bühnengeschehen aus dem Off verlesen. Das stört nicht, wirft aber die Frage auf, ob nicht ein Hörspiel das passendere Format gewesen wäre. Zumindest ließe sich nachträglich die wichtige Botschaft dieses Bühnenabends in Gestalt einer Audioversion weiteren Bevölkerungsschichten zugänglich machen.

Es ist richtig und wichtig, die Öffentlichkeit für die Missstände, Skandale und persönlichen Tragödien zu sensibilisieren, die mit der Herstellung und dem Konsum von Medikamenten verbunden sind. Die Mittel des Theaters erlauben einen

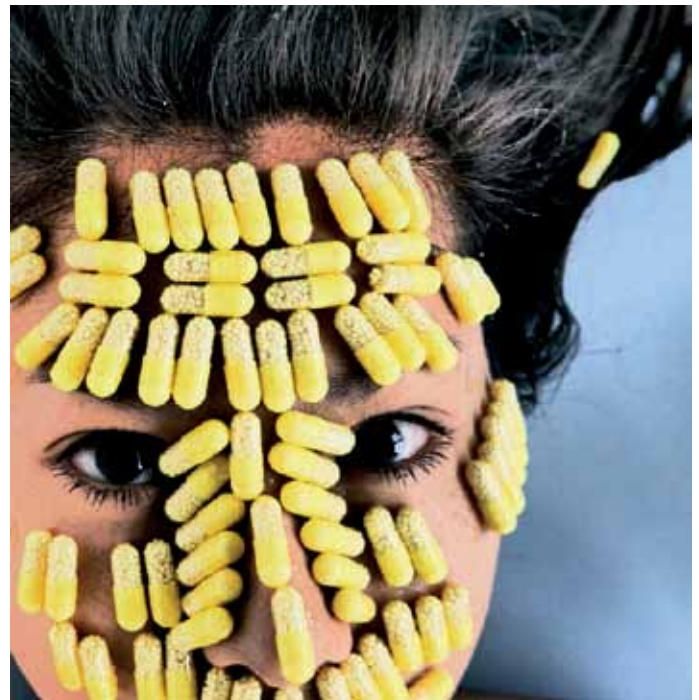


Foto: lunatiks

anderen, vielleicht unmittelbaren Zugang als sonst der Journalismus oder politische Aktionen. Diesen ungewohnten Kanal für MEZIS-nahe Botschaften begrüßt auch Christiane Fischer. Das Theaterstück „Pillen“ macht Lust auf mehr.

Dorit Abiry

Dorit Abiry ist Medizinstudentin im PJ und Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die Doktorarbeit begleitet den Entwicklungsprozess der DEGAM-S3-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“. Vor dem Medizinstudium Magisterstudium der Germanistik und Philosophie und Mitarbeit an mehreren Theatern in Freiburg i.Br. und Berlin.

Interessenkonflikte: keine

Der Kaiser ist nackt - postfaktisch

Ich gehe den Gang des Kongresszentrums entlang. Zu beiden Seiten große Plakatwände. Afrikanische Kinder springen freudig in einen malerischen Fluss, darüber steht in großen Lettern: „Jeder Siebte muss mit einer Tropenkrankheit leben: Unsere Wissenschaftler wollen das nicht akzeptieren“. Ein paar Schritte weiter ernten asiatische Reisbau-

ern im Regen, verbunden mit der Botschaft; „Wetterextreme lassen Millionen hungern: Unsere Wissenschaftler wollen das nicht akzeptieren“. Ich besuche keinen Stand von Brot für die Welt, bin auf keiner Konferenz von MISEREOR und auch nicht auf einer Veranstaltung von „Ärzte ohne Grenzen“, sondern auf der Hauptversammlung 2016 von

Bayer.

Die grüne Gentechnik ermögliche eine Verdopplung der Ernteträge, verspricht Hugh Grant, Konzernchef von Monsanto. Auf der Homepage des Unternehmens steht: „Eine nachhaltige Landwirtschaft ist das Kernanliegen Monsantos. Wir entwickeln Technologien, durch die

die Landwirte höhere Ernteerträge erzielen können, durch die gleichzeitig aber auch die natürlichen Ressourcen, die ihren Erfolg bestimmen, mehr als bisher geschont werden. Mehr produzieren. Ressourcen schonen. Lebensstandards verbessern. Das ist nachhaltige Landwirtschaft. Und dafür steht Monsanto.“

Bayer als Entwicklungshelfer und Vorreiter für das Recht auf Gesundheit? Monsanto als Waffe gegen den Hunger in der Welt? In mir macht sich das Gefühl breit, das hier etwas nicht stimmt. Es erinnert an das Märchen „Des Kaisers neue Kleider“, ein nackter Mann wandelt durch die Straßen, um sein feinstes Gewand zu zeigen und niemand sagt etwas. Ein Vorläufer des „Postfaktischen“. Die Wirkung einer Botschaft zählt, nicht der Wahrheitsgehalt.

Auf der Homepage von Bayer wird das Firmenprofil vorgestellt: „Bayer bekennt sich zu den Grundsätzen nachhaltiger Entwicklung. Mit unseren Produkten wollen wir die Lebensqualität der Menschen verbessern. So suchen wir immer nach Möglichkeiten, Menschen an den Ergebnissen von Innovation teilhaben zu lassen – unabhängig von ihrer Herkunft oder ihrem Einkommen.“ „Science for a better life“ lautet der Firmenslogan. Das bessere Leben ist jedoch tatsächlich

vor allem für eine zahlungskräftige Kundschaft gedacht. Bayer hat nicht nur in Deutschland ein hochpreisiges Portefeuille, auch in armen Ländern wie Indien besteht der Leverkusener Arzneimittelhersteller auf hohen Preise und verweist auf das Patentrecht, klagte beispielsweise gegen eine Zwangslizenz für das Krebsmedikament Nexavar, das monatlich 4.400 € kosten sollte. Obwohl die Lizenz nach den Regeln der Welthandelsorganisation (WTO) zulässig ist, bezeichnete der damalige Bayer-Chef Marjin Dekkers das als „Diebstahl“. Dieses Produkt sei für PatientInnen aus dem Westen entwickelt worden, die sich das leisten könnten.¹

Während nur ein Bruchteil der Forschungsgelder für „vernachlässigte Tropenkrankheiten“ eingesetzt wird, die 1,9 Milliarden Menschen bedrohen, wird ein Großteil der Forschungsgelder für Krankheiten eingesetzt, die eher wenig PatientInnen betreffen und für die es bereits gute Medikamente gibt. Sogenannte Pseudoinnovationen, die keinen wesentlichen Zusatznutzen bieten, sollen über Patentierungen hohe Gewinne in die Kassen spülen.² Von 1032 neuen Medikamenten wurden zwischen 2005 bis 2014 von der unabhängigen französischen Arzneimittelzeitschrift Prescrire nur 1,1 Prozent als therapeutischer Durch-

bruch oder bedeutender Fortschritt gewertet.³

Zudem werden durch die Schaffung neuer oft erfundener Krankheitsbilder (disease mongering) weitere Absatzmärkte geschaffen. Die Bayer-Tochter Jenapharm beauftragte eine Marketingfirma für ihr Testosteronpräparat das Krankheitsbild der „Wechseljahre des Mannes“ bei ÄrztInnen und PatientInnen mittels einer PR-Kampagne einzuführen. Nach einhelliger Meinung der entsprechenden Fachgesellschaften existiert dieses jedoch nicht und kostet die Betroffenen nicht nur Geld, sondern auch manchmal ihre Gesundheit, da Testosteron im Verdacht steht, das Herzinfarkttrisiko zu steigern und das Wachstum von Prostatakarzinomen zu fördern.

Wie andere forschende Arzneimittelhersteller verlagert Bayer einen Teil der klinischen Forschung in arme Länder mit geringen oder gar keinen ethischen und sozialen Standards. Reporter des WDR stießen bei einer Recherche in Indien auf PatientInnen, die im Rahmen einer Studie Bayer-Medikamente einnahmen – ohne selbst davon zu wissen.

„Growing better together“ betitelt Monsanto⁴ den eigenen Nachhaltigkeitsbericht. Doch was wächst, sind die Konzernumsätze und nicht der Lebensstandard der Bauern in den Ländern des Südens. Laut der Studie „The GMO emperor has no clothes“, die von Nichtregierungsorganisationen aus aller Welt – darunter dem Naturschutzbund Deutschland (Nabu) – gemeinsam zusammengetragen wurde, befinden sich zwei Drittel des Weltsaatgutmarktes mittlerweile in den Händen von Monsanto.

Die Auswirkungen dieser praktischen Monopolstellung zeigten sich unter anderem im Baumwollanbau in Indien, berichtete Vandana Shiva. Dort kontrollierte Monsanto 95 Prozent des Saatgutmarktes mit dem Ergebnis, dass sich der Preis für Saatgut in den vergangenen zehn



Jahren um über 8000 Prozent verteuert hat.

Viele Kleinbauern müssten deshalb Kredite aufnehmen, die sie nicht bedienen können, weil die versprochenen Erträge des gentechnisch veränderten Saatguts nicht erreicht werden. Wegen dieser ausgewegenen Schuldenspirale hätten sich in den vergangenen zwölf Jahren nach offiziellen Statistiken allein 250.000 indische BäuerInnen umgebracht.

Weltweit sind mittlerweile 62 Prozent der Baumwolle gentechnisch verändert. In Indien hat sich der Einsatz von Pestiziden gegen Pflanzenschädlinge seit dem Anbau gentechnisch veränderter Baumwolle um das 30-fache, in China um das 12-fache erhöht. Aber auch in den USA richteten die Gen-Pflanzen großen ökonomischen Schaden an. Die Flächen, die von pestizid- und herbizidresistenten „Superunkräutern“ befallen seien, die durch Auskreuzungen entstanden sind, hätten sich in den vergangenen vier Jahren verfünffacht. Weltweit sollen bereits 20 Millionen Hektar Ackerland von den Kräutern verseucht sein. Zur Bekämpfung habe Monsanto jetzt ein Mittel auf den Markt gebracht, das dem verpönten Entlaubungsgift „Agent Orange“ gleicht, sagt Shiva.⁵

Scharfe Kritik wird in der Studie auch an der Verknüpfung der US-Hilfsprogramme mit grüner Gentechnik geübt. Jedes Getreide oder Saatgut, das aus den USA in Entwicklungsländer geliefert wird, sei automatisch gentechnisch verändert. An die Europäer appellierte Vandana Shiva deshalb, standhaft zu bleiben und in dieses Räderwerk einzugreifen, berichtet 2015 welt.de.

Die Traumhochzeit 2017 soll die Vereinigung von Bayer und Monsanto sein. Am 14.09.2016 haben Bayer und Monsanto eine bindende Fusionsvereinbarung unterzeichnet. Das in NRW ansässige Chemie-Unternehmen Bayer übernimmt dabei den US-Saatgutkonzern mit



Eigenwerbung Bayer-Monsanto.

Foto: J. Salzmann

128 US-Dollar je Aktie, was einem Gesamtaufpreis von rund 66 Milliarden US-Dollar entspricht. Der neue Konzern würde zur weltweiten Nummer eins im Saatgut- und Agrarchemiegeschäft aufsteigen. Das Monsanto-Geschäft soll dabei in das Crop-Science-Geschäft (die Saatgut- und Pflanzenschutz-Sparte) von Bayer integriert werden.

Mit der Fusion von Bayer und Monsanto werden nach Angaben entwicklungspolitischer Nichtregierungsorganisationen wie Brot für die Welt oder Erklärung von Bern eine Reihe problematischer Folgen in Verbindung gebracht.⁶

1. Die wettbewerbshemmende Wirkung und die Refinanzierung der Fusion können zu einem starken Anstieg der Saatgutpreise führen, der Landwirte weltweit belastet.

2. Die Wahlfreiheit bei Saatgut und Pestiziden würde noch stärker eingeschränkt. Welche Produkte auf dem Markt sind, würde maßgeblich von den neu entstandenen Giganten bestimmt. Insbesondere KleinbäuerInnen in armen Regionen der Welt wären davon betroffen. Es wird befürchtet, dass sich aus Mangel an Saatgutalternativen die Abhängigkeit von gekoppelten und teuren

Saatgut- und Pestizidprodukten erhöht.

3. Der Strukturwandel in der Landwirtschaft hin zu größeren Betrieben, die in Monokulturen gentechnisch verändertes Saatgut anbauen, würde weiter vorangetrieben. Bestehende, durch den Einsatz von Pestiziden hervorgerufene Gesundheits- und Umweltprobleme können sich verschärfen. Kleinbäuerliche Strukturen, die nachhaltig und artenreich wirtschaften und die Fruchtbarkeit der Böden erhalten, würden weiter verdrängt. Im Weltagrarbericht von 2008 hingegen sehen 400 WissenschaftlerInnen gerade in der Stärkung der landwirtschaftlichen KleinproduzentInnen und einer Abkehr von Monokulturen, Pestizideinsatz und Grüner Gentechnik den Schlüssel zur Minderung von Hunger, Armut und für eine nachhaltige Entwicklung (Zukunftsstiftung Landwirtschaft 2013).

4. Die Forschung würde sich auf ein noch engeres Spektrum von Kulturpflanzen fokussieren. Anreize für die Entwicklung ökologischer Lösungen (z.B. an lokale Standorte angepasste Sorten, die den Pestizideinsatz reduzieren) drohen wegzufallen, wenn dasselbe Unter-

nehmen, das das Saatgut verkauft, ebenfalls Weltmarktführer bei Pestiziden ist.

5. Mit der Marktmacht von Bayer und Monsanto werden auch ihre politischen Einflussmöglichkeiten - etwa mit Blick auf die Zulassung von Chemikalien - steigen.⁷

Bayer-Monsanto wird ein wahrhaft mächtiger Konzern, mächtig wie im Märchen der Kaiser. Im Mantel der Güte und Menschenliebe wird eine Konzernpolitik verwirklicht, die in erster Linie am Shareholder Value orientiert ist und nicht an der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Es wird Zeit, dass immer mehr Menschen laut aussprechen „Der Kaiser ist nackt! Diese Firmenpolitik ist tödlich für kranke Menschen, die sich teure Arzneien nicht leisten können, für arme Bauern, die in Abhängigkeit von Hybridsaatgut und Gentechnik geraten und für die Natur, die durch die industrielle Landwirtschaft zerstört wird, Äcker

werden vergiftet, viele Tier- und Pflanzenarten sterben aus“. Erst wenn diese Wahrheiten ausgesprochen werden, zieht sich der Kaiser vielleicht etwas an und bringt Anspruch und Handeln auf eine Linie.

Jan Salzmann

Dr. Jan Salzmann ist Facharzt für Innere Medizin in Aachen und Vorstandsmitglied bei MEZIS.

Interessenkonflikte: Vorstandsmitglied im „Eine Welt Forum Aachen“, in der Aachener „Terre des hommes“-Gruppe sowie im Bündnis „FAIRhandel(n)“.

- 1 Dekker M (2014) Buffering the Pharma Brand: <https://www.ft-live.com/ft-events/ft-global-pharmaceuticals-biotechnology-conference-2013/sessions/buffering-the-pharma-brand-restoring-reputation-rebuilding-trust-panel> [Zugriff 20.2.2017]
 - 2 BUKO Pharma-Kampagne (2016) Mythen der Pharmaindustrie. http://www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/2016_02_spezial_Mythen.pdf#page=1&zoom=auto,-73,842 S.5-6 [Zugriff 20.2.2017]
- Prescrire International (2015) 24, p 107

- 3 Schott G (2015) Erfundene Krankheiten? <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201504/178h/index.php> [Zugriff 20.2.2017]
- 4 Monsanto (2015) Growing better together. <http://www.monsanto.com/sustainability/documents/monsanto-2015-sustainability-report.pdf> [Zugriff 20.2.2017]
- 5 Die Welt (2011) Studie bescheinigt grüner Gentechnik Totalversagen. <https://www.welt.de/wissenschaft/umwelt/article13755786/Studie-bescheinigt-gruener-Gentechnik-Totalversagen.html> [Zugriff 21.2.2017]
- Navdanya, Navdanya International, The Center for Food Safety (2011) The GMO emperor has no clothes. https://www.nabu.de/imperia/md/content/nabude/gentechnik/studien/gmo_emperor_study_pdf.pdf [Zugriff 20.2.2017]
- 6 FIAN (2016) Fusion Bayer-Monsanto stoppen. <https://www.fian.de/artikelansicht/2016-09-14-pressemittteilung-fusion-bayer-monsanto-stoppen/> [Zugriff 20.2.2017]
- <https://info.brot-fuer-die-welt.de/blog/noch-ist-bayer-monsanto-verhindern> [Zugriff 20.2.2017]
- 7 Misereor (2014) Agropoly. <https://www.misereor.de/fileadmin/publikationen/broschuere-agropoly-welta-grarhandel-2014.pdf> [Zugriff 20.2.2017]

Übertherapie am Lebensende - Folge von Fehlanreizen?

Die 48-jährige Annette, Mutter zweier Söhne, vertrug die ersten beiden Chemotherapien gegen ihr Bronchialkarzinom schlecht. Unter einer Drittlinientherapie besserten sich zwar die Tumormarker - Schmerzen, Übelkeit und vor allem die Ängste um die weitere Versorgung ihrer beiden Buben überforderten sie. Es kam zur Kachexie, trotz intaktem Speiseweg lief künstliche Ernährung. Es folgten Fatigue, Bettlägerigkeit und Druckgeschwüre. Die weiter verabreichten Zytostatika führten zu anhaltender Übelkeit. Es kam zu vielerlei Komplikationen. Im Gespräch mit dem Hausarzt fasste der behandelnde Onkologe die Situation treffend zusammen: „Eine Fortsetzung der Chemotherapie ist nicht mehr sinnvoll.“ Dennoch bestellte er Annette für den Folgetag in das Tumorzentrum und begann

mit einer weiteren Chemotherapie. In elendem Zustand wurde sie nach Hause entlassen. Noch in der gleichen Nacht trat eine Schmerzkrisis mit akuter Atemnot ein. Das einzige, was man Annette und dem Ehemann für solche Situationen vonseiten des Tumorzentrums sagte: „Dann kommen Sie zurück zu uns.“ Der verständigte Notarzt stellte den Kontakt zum Palliativnetz her. Unter guter Symptomkontrolle starb Annette am nächsten Morgen im Beisein ihres Mannes. Die beiden Jungs waren in der Schule.

FEHLANREIZE FÜHREN ZUR FEHLVERSORGUNG

Ein extremer Fall – gewiss –, aber im Grunde keine Ausnahme: Drei Viertel der Krebsbetroffenen erhalten in den letzten 30 Lebenstagen

eine „zu aggressive Therapie“,¹ 60 Prozent in den letzten zwei Lebensmonaten sogar noch Chemotherapie.² Der Sinn dieser Behandlung wurde jüngst untersucht, die Studienleiterin Holly Priggerson fasst zusammen: „Chemotherapie nutzte den Patienten nichts, egal wie sehr sie ihre Krebserkrankung schon beeinträchtigt hatte. Bei Patienten, denen es noch vergleichsweise gut ging, verschlechterte sich das Befinden nach Beginn der Behandlung.“³

Krebsbehandlung in Kliniken weitet sich wie kaum ein anderer Bereich in Deutschland aus. Die Preise neuer Präparate explodieren förmlich, Jahresbehandlungskosten jenseits der 100.000 € pro PatientIn sind eher die Regel als die Ausnahme. Die Abrechnung in den Kliniken ist „undurchsichtig“, im Be-

reich der ambulanten Medizin gibt es „Anwendungsbeobachtungen“: Da verschreibt einE ÄrztIn etwa ein hochpreisiges Medikament und erhält dafür, nach Ankreuzen einiger „Studienblätter“, ein sattes Honorar von im Schnitt 670 Euro pro PatientIn, in der Spitze über 7000 Euro.⁴ Die Krankenkasse zahlt die teuren Tabletten, die ÄrztInnen kassieren das Honorar und die PatientInnen wissen nichts davon und wännen sich besonders gut behandelt.

FEHLANREIZE MÜSSEN TRANSPARENT GEMACHT UND ABGEBAUT WERDEN

Über wirtschaftliche Fehlanreize, „Ausweitung der Indikationen“ sowie die Durchführung von nicht indizierten Eingriffen berichten die Bundesärztekammer⁵, die Bertelsmann Stiftung⁶, der Deutsche Ethikrat⁷ und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin⁸ in einem Positionspapier mit dem wegweisenden Namen: „Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.“

Dieses Problem wächst seit Beginn des Jahrtausends zum Hauptproblem in der Versorgung Sterbender heran. Seitdem wurde das wirtschaftliche Risiko der Kliniken durch eine Änderung des Abrechnungsmodus auf die Klinikleitungen übertragen. Während früher in den Kliniken anhand der Verweildauern das Kostendeckungsprinzip galt, wird durch das neue DRG-System (diagnosis related groups) auf der Basis von Diagnose und Prozedur ein Entgelt bestimmt: Je schlimmer die Krankheit und je technischer der Eingriff, desto höher der Erlös. Über Bonusverträge werden leitende ÄrztInnen an lukrativen Eingriffen oder am Klinikgewinn beteiligt. Freiwillige Selbstkontrolle greift nicht. Obgleich Boni von Ärztetag zu Ärztetag kritisiert werden und der Gesetzgeber⁹ auf Verzicht dieser Klauseln drängt, gibt die Unternehmensberatung Kienbaum an: 2015 fanden sich in 97 Prozent der untersuchten Chefarztverträge entsprechende

Geldanreize.¹⁰

Da entsteht ein hoher Fehlanreiz bei Sterbenskranken möglichst umfangreiche Eingriffe durchzuführen. Mittlerweile schätzen namhafte ExpertInnen, dass die Hälfte der Sterbenden Opfer von Übertherapie ist.¹¹ Das bestätigt eine aktuelle Untersuchung: Bis zu 50 Prozent der PatientInnen erhalten nicht indizierte Untersuchungen, 28 Prozent der Sterbenden werden gar reanimiert.¹² Sie sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Willen kundzutun oder zu widersprechen.

Mittlerweile verlagert sich die Intensivmedizin zunehmend in den häuslichen Bereich. Gab es 2003 nur ca. 500 außerklinische Beatmungen, so waren es 2013 bereits 15.000.¹³ Die Erklärung der zuständigen Fachgesellschaft: „*der demographische Wandel*“. Wir sollen also 30mal älter und kränker geworden sein? Aber es kommt noch schlimmer: Jedes Jahr nimmt die Zahl der Heimbeatmeten um 15 Prozent zu, allein in Bayern stieg die Anzahl an Beatmungs-WGs im letzten Jahr um 22 Prozent.¹⁴ Längst ist dies sogar beitragsatzrelevant.¹⁵

Mit einer fingierten PatientInnengeschichte wurden 254 Beatmungseinrichtungen angeschrieben. Man suche für den vermeintlich wohlhabenden Onkel einen neuen Intensivpflegedienst, weil es bei dem aktuellen Versorger Probleme wegen einer dieser Behandlung entgegenstehenden PatientInnenverfügung gäbe. Das Ergebnis: Die überwältigende Mehrheit hätte die als nicht indiziert und nicht gewünscht konstruierte Beatmung fortgesetzt. Weniger als 10 Prozent der befragten Dienste widersetzten sich dem kriminellen Ansinnen.¹⁶ ARD Monitor bestätigte dies in einem Bericht mit versteckter Kamera am 08.09.2016.

Die Problematik ist den verantwortlichen Institutionen bekannt, auch die Menschen wissen darum. Daher sollten erste Schritte zur Ver-

änderung eingefordert werden: Das Gesundheitswesen braucht Transparenz. Die gesetzlichen Auflagen für Anwendungsbeobachtungen müssen umgesetzt werden und Fehlanreize, wie Bonusvereinbarungen oder zu lukrative Apparatemedizin sind offenzulegen. Auch braucht das Thema keine Lippenbekenntnisse, sondern ärztliche Unterstützung zur Veränderung. Keine Gesellschaft kann sich solch einen Umgang mit den Schwächsten leisten, kein Gesundheitswesen kann die hier entstehenden ausufernden und unsinnigen Kosten langfristig stemmen.

Matthias Thöns

Dr. med. Matthias Thöns ist Arzt für Anästhesiologie, Notfall-, Palliativmedizin sowie spezielle Schmerztherapie und arbeitet im Palliativnetz Witten e.V.

Korrespondenzanschrift: thoens@sapv.de

Interessenkonflikte: Er ist stellvertretender Landessprecher der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und Buchautor von „Patient ohne Verfügung“.

Buchempfehlung: Matthias Thöns „Patient ohne Verfügung“, Piper Verlag 22.-€; ISBN: 978-3-492-05776-9

- 1 Chen RC, Falchook AD, Tian F (2016) Aggressive care at the end-of-life for younger patients with cancer: Impact of ASCO's Choosing Wisely campaign. *Clin Oncol*; 34, suppl abstr LBA10033.
- 2 Rabow MW (2014) Chemotherapy near the end of life. *BMJ*; 348, p 1529.
- 3 Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, Garrido MM, Reid MC, Berlin DA, Adelson KB, Neugut AI, Maciejewski PK (2015) Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol*; 10.1001, p 2378.
- 4 Correctiv (2016) Euros für Ärzte: Die Scheinforscher. correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/artikel/2016/03/09/die-schein-forscher/
- 5 Wiesing U (2013) Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten. *Dt. Ärzteblatt*; 38, p A-1752.
- 6 Bertelsmann Stiftung (2015) Faktencheck regionale Unterschiede 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/regionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
- 7 Deutscher Ethikrat (2016) Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. www.ethikrat.org/dateien/pdf/

- stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf
- 8 DGIM (2015) *Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen*. DMW; 07/2015. http://www.dgim.de/portals/pdf/Positionspapier_Schummdraeger_%C3%96konomisierung.pdf
- 9 § 136a Sozialgesetzbuch V
- 10 *Ökonomisches Denken darf nicht im Vordergrund stehen*. Dt. Ärzteblatt; 113, p 1078.
- 11 Borasio GD (2015) *Faktencheck zur Sterbehilfe*. Die Zeit; 22.09.2015. www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfediskussion-gesetzesentwurfe (Zugriff 01.06.2016)
- 12 Cardona-Morell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell M, Mitchell IA, Hilman K (2016): *Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem*. International Journal for Quality in Health Care; 2016, p 1–14.
- 13 DIGAB (2015) *Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zu den Ausführungen von Dr. Matthias Thöns aus Witten auf dem Bremer Palliativkongresses* am 20. März 2015. www.digab.de/startseite/neuigkeiten/detailansicht/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=38&cHash=039186c1ab8257b93cca90fd9064d74b (Zugriff 01.06.2016)
- 14 *Bayrisches Landesamt für Statistik*; 31.12.2015.
- 15 Jaschke C, Jünke O, Demmel P (2016) *Leben in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung*. Gepflegt durchatmen; 07/2016.
- 16 Thöns M, Putz W (2015) *Intensivmedizin - Angebot schafft Nachfrage*. Der Niedergelassene Arzt; 09, p 97.

Deximed – Unabhängige Online-Information für Hausärzte

Niedergelassene ÄrztInnen sind mit Informationen eher über- als unterversorgt, und das gilt im Internet nicht weniger als in gedruckter Form. Allerdings sind ebenso wie die vielen Flyer und Broschüren, die jeden Tag in einer Arztpraxis eintreffen, auch die meisten medizinischen Online-Informationen kostenfrei. Und das bedeutet, dass sie von Werbeeinnahmen abhängig sind – in der Regel also von Arzneimittelwerbung, die sich in den letzten Jahren immer mehr ins Internet verlagert hat – sofern sie nicht ohnehin von Pharmaunternehmen betrieben werden. Für kritische LeserInnen steht die Neutralität dieser Informationen mehr als in Frage.

In dieser Situation wagt ein skandinavisches Projekt, der kostenlosen Online-Informationenfülle eine ausschließlich von ihren Nutzern bezahlte, verlässliche und einheitliche Informationsplattform für HausärztInnen entgegenzusetzen. In Norwegen wurde das „Norsk Elektronisk Legehandbok“ („norwegisches elektronisches Arzthandbuch“, <https://legehandboka.no>) ursprünglich entwickelt. Dort – in einem Land mit 5,2 Mio. EinwohnerInnen und 4.500 HausärztInnen – haben es mehr als 5.000 ÄrztInnen abonniert. Nach Ablegern in Dänemark und Schweden hat NEL nun eine deutsche Version veröffentli-

cht. Sie heißt „Deximed“ und ist seit 1. Januar 2017 kostenpflichtig zu abonnieren (<https://deximed.de>).

Das schwedische Zeitungs- und Buchverlagsunternehmen Bonnier (zu dem in Deutschland z. B. die Verlage Piper und Carlsen gehören) finanziert sowohl den Aufbau der deutschsprachigen Redaktion als auch die Firma Gesinform GmbH in Freiburg, die zur Entwicklung und Vermarktung von Deximed gegründet wurde. Ein Konzern, der Informationen verkauft, aber nicht die geringsten Interessen im deutschen Gesundheitswesen oder Verbindungen zur Pharmaindustrie hat. Individuelle Interessenkonflikte der festangestellten und freien Redakteure werden auf der Website ausgewiesen. Werbung oder Sponsoring gibt es nicht und wird es nicht geben; die Finanzierung stützt sich alleine auf bezahlte Abonnements.

Neutralität garantiert allerdings noch nicht den Erfolg. In der Publizistik wird die Diskussion um „Paid Content“ breit geführt, und genannt werden als Faktoren, die darüber entscheiden, ob jemand für unabhängige Informationen tatsächlich Geld bezahlen will, neben der Glaubwürdigkeit vor allem die Größe und Aktualität des Angebots. Die New York Times hat eine ungleich größere Chance, ein Paid-

Content-Angebot durchzusetzen, als die Lüdenscheider Nachrichten, was nichts über deren Vertrauenswürdigkeit aussagt. Daher musste auch bei Deximed der Anspruch von Anfang an sein, die gesamte Hausarztmedizin abzubilden; d. h. für die Primärversorgung wichtiges Wissen aus allen medizinischen Gebieten. Die über 3.000 Artikel von Deximed entsprächen, wenn es sie auf Papier gäbe, einem Handbuch von ungefähr 22.000 Seiten.

Fünf hauptamtliche und ein Dutzend freie RedakteurInnen haben die letzten anderthalb Jahre daran gearbeitet, die aus dem Norwegischen übersetzten Artikel über Symptome, Krankheiten, Untersuchungsmethoden und Therapien nicht nur an die deutschen Verhältnisse anzupassen, sondern insbesondere anhand der deutschen Leitlinien kritisch zu überprüfen. Eine besondere Rolle spielt hier die Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), die auf ihre Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie großen Wert legt. Etwa 200 kritische Themen – von der Antikoagulation bei Thrombosen über die Diabetestherapie und den Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfektionen bis zum Mammakarzinom-Screening – werden nach abgeschlossener Redaktion durch

von der DEGAM benannte Experten noch einmal überprüft.

Last, not least werden ÄrztInnen nur dann zum Verzicht auf interessengeleitete Gratisinformationen – die oft auch die scheinbar einfacheren Antworten bieten – zu bewegen sein, wenn das abonnierte Angebot einen unmittelbaren Nutzen im Arbeitsalltag bietet. Deximed legt Wert auf eine uniforme Navigation, die das schnelle Zurechtfinden in

unterschiedlichsten medizinischen Themen erleichtert. Ohnehin ist die Fülle der Online-Informationen nicht dazu geeignet, von vorne nach hinten durchgelesen zu werden. Hier trennt sich Deximed von der reinen Lehre der evidenzbasierten Medizin, wie sie etwa die Cochrane Library vertritt: Viele Lücken der medizinischen Wissenschaft müssen nun einmal mit Erfahrungswissen gefüllt werden. Aber durch mehr als 50.000 Literaturangaben

wird transparent gemacht, welche Empfehlungen sich auf Belege hoher Qualität stützen und welche nur nach bestem, von Einflüssen freiem Wissen und Gewissen erstellt wurden.

Klaus Reinhardt

Dr. med. Klaus Reinhardt ist Geschäftsführer von Gesinform GmbH.

Interessenkonflikte: keine

MEZIS 2016 – Ein Rückblick

In der ersten Ausgabe 2017 möchten wir nochmals zurückblicken auf unsere Arbeit und Erfolge im vergangenen Jahr.

MEZIS WIRD GRÖßER

Im Jahr 2016 sind 140 Mitglieder zu uns gestoßen. Damit ist MEZIS um mehr Mitglieder gewachsen als in den Jahren zuvor. Ende 2016 zählten wir 837 Mitglieder. Dieser Zuwachs ist unserer häufigen Präsenz in den Medien (170 Beiträge in TV, Radio, Print und Online) und der wachsenden Zahl von Vorträgen, Workshops und Podiumsbeiträgen zu verdanken (70 Veranstaltungen national und international). Zudem zeigen unsere Informationsstände bei Veranstaltungen sowie die persönliche Ansprache von KollegInnen Wirkung.

MEZIS TOUR

Anlässlich des Besuchs unseres indischen Mitglieds Gopal Dabade veranstaltete MEZIS im April erstmals eine Vortrags-Rundreise. An insgesamt 15 Orten in Nordrhein-Westfalen referierte der renommierte HNO-Arzt und Gründer von No Free Lunch India über die weltweite Behinderung des Zugangs zu Medikamenten durch Korruption im Gesundheitswesen. Im Rahmen unserer Mitgliederversammlung vom 8. bis 9. April in Hamm nahm er abschließend an der öffentlichen



Podium in Indonesien mit MEZIS-Mitglied Lie Dharmawan, Gesundheitsministerin Prof. Nila Djuwita Moeloek, Direktor Niken Ariati von KPK, MEZIS-Geschäftsführerin Christiane Fischer und Puti Aulia von CHPM.

Foto: C. Fischer

Podiumsdiskussion zum Thema „Korruption im Gesundheitswesen aus globaler Perspektive“ teil. Außerdem dabei waren Kathrin Vogler (MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Die Linke im Bundestag), Michael Thews (MdB, SPD-Bundestagsfraktion), Dr. Klaus Reinhardt (Vizepräsident LÄK Westfalen-Lippe) und Prof. Dr. Dr. Alexander Lohner (Theol. Grundsatzreferent Misereor, Universität Kassel).

MEZIS MELDET SICH ZU WORT

Am 04.06.2016 trat das Antikorruptionsgesetz in Kraft. MEZIS

begrüßt die Stoßrichtung als Fortschritt gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage, kritisiert jedoch die offensichtliche Einflussnahme mehrerer Interessenverbände, so dass Beeinflussungen von Ärzten durch pharmagesponserte Kongresse, die Übernahme von Fahrtkosten, Teilnahmegebühren sowie Essenseinladungen auch zukünftig straffrei bleiben. MEZIS nahm außerdem Stellung zum geplanten Adaptiven Zulassungsverfahren der europäischen Arzneimittelbehörde EMA. MEZIS und andere industrie-kritische Akteure befürchten eine weitreichende Aushöhlung der Arzneimittelsicherheit in Europa und



NFL-India-Gründungsmitglied Mira Shiva, MEZIS-Geschäftsführerin Christiane Fischer und MEZIS-Vorstandsmitglied Jan Salzmann
Foto: C. Fischer

eine flächendeckende Gefährdung von PatientInnen durch neue, unzureichend erprobte Medikamente. In dem von VFA und FSA am 30.06.16 veröffentlichten Transparenzkodex sieht MEZIS den wesentlichen Konstruktionsfehler, dass die Beteiligungen freiwillig sind. MEZIS plädiert für volle Transparenz und fordert, dass die Industrie nur noch an ÄrztInnen zahlt, die mit der Offenlegung einverstanden sind. Wir fordern den VFA weiterhin auf, alle ÄrztInnen in einer separaten Liste zu führen, die erklären, innerhalb des Berichtsjahrs keine persönlichen Zuwendungen von Arzneimittel- und Medizingeräteherstellern bekommen zu haben.

MEZIS VERFOLGT SEINE ZIELE

Eines unserer zentralen MEZIS-Themen „Überhöhte Arzneimittelpreise“ beschäftigte uns Anfang Dezember bei der Fachtagung „Leben – eine Kostenfrage?!“ Rund 50 TeilnehmerInnen beleuchteten die Ursachen der Hochpreispolitik in der Arzneimittelindustrie, diskutierten Lösungsstrategien und verabschiedeten als Ergebnis der Tagung das „Manifest für bezahlbare Medikamente und eine bedarfsgerechte Arzneimittelforschung“. Ein weiteres Kernthema ist die unab-

hängige Fortbildung. Um Verstöße gegen die wirtschaftliche Unabhängigkeit von Fortbildung nach SGB V zu erfassen, haben wir den Online-Verstoßmelder eingeführt. Damit können alle KollegInnen ihrer zuständigen Landesärztekammer Zuwiderhandlungen gegen die geltenden Regelungen melden. Zur Umsetzung des Ziels unabhängiger Behandlungsleitlinien, die frei von Interessenkonflikten sind, hat MEZIS außerdem die Kampagne leitlinienwatch.de erfolgreich fortgesetzt.

MEZIS GEHT UM DIE WELT

2016 waren wir auf internationaler Bühne unterwegs und trugen die No-Free-Lunch-Idee in die Welt: In der Türkei hielten wir mehrere Vorträge und in Indonesien waren wir Teil einer großen Antikorruptionstagung. Als „Patin“ schauten wir im Februar 2016 bei der Gründung von „No Free Lunch India“ über den Tellerrand.

Sabine Hensold

Sabine Hensold ist die Assistentin der Geschäftsführung bei MEZIS.

Interessenkonflikte: Sabine Hensold ist bei epr – elsasser public relations in Augsburg tätig.

IMPRESSUM

MEZIS Mein Essen zahl' ich selbst!
Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte

www.mezis.de, info@mezis.de

ISSN: 2194-1440

Korrespondenzanschrift:
Praxis Dr. Jan Salzmann, Jülicher Str. 88,
52070 Aachen, Tel.: 0241 508074

Redaktion: M. Dannenberg, C. Fischer,
S. Habermann-Tal, H. Neumann, T. Mayer,

Chefredaktion (V. i. S. d. P.):
J. Salzmann, N. Schurig

Schlussredaktion/Layout: K.-U. Dosch

Erscheinungsweise: dreimal jährlich

Kostenlos für Mitglieder

Die Wiedergabe und der Nachdruck von Artikeln aus MEZIS-Nachrichten ist nur nach Rücksprache und mit Genehmigung der Redaktion möglich. Diese wird in der Regel erteilt.

VORSTAND

Manja Dannenberg, Wismar,
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
dannenberg@mezis.de

Dr. Sigrid Habermann-Tal,
Friedland, Betriebsärztin,
habermann-tal@mezis.de

Hanna Neumann, Berlin, Fachärztin
für Orthopädie und Unfallchirurgie,
neumann@mezis.de

Dr. Thomas Mayer, Berlin, Facharzt für
Anästhesie, mayer@mezis.de

Dr. Jan Salzmann, Aachen, Facharzt für
Innere Medizin, salzmann@mezis.de

Dr. Niklas Schurig, Bietigheim,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
schurig@mezis.de

ÄRZTLICHE GESCHÄFTSFÜHRUNG

Dr. Christiane Fischer, MPH, Hamm,
fischer@mezis.de

INTERESSENKONFLIKTE

Alle AutorInnen füllen den für die MN überarbeiteten Fragebogen der AG „Interessenkonflikte in der Medizin“ (Dtsch Arztebl 2011; 108(6)) aus.