

Editorial



Pharmaaktien gelten auch in Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise als sicher. Mit einer Geld-zurück-Garantie versucht der Pharmariese Roche den Absatz seines Mega-Blockbusters Avastin® anzukurbeln (S. 3). Anfang Oktober hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die erste Nutzenbewertung vorgelegt. Brilique® wird nur ein mittlerer Zusatznutzen bescheinigt (S. 5).

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen zeigt in seinem Artikel auf, dass die Ständige Impfkommission (STIKO) und das Robert-Koch-Institut augenscheinlich völlig unbekümmert auf wissenschaftliche Kehrtwenden reagieren (S. 4). Ein weiterer Gastbeitrag stammt von Thomas Gebauer und thematisiert die dringend notwendige Reform der WHO (S. 6/7).

Ende September wurde dem Arzt und Apotheker Wolfgang Becker-Brüser das Bundesverdienstkreuz für sein jahrzehntelanges Engagement verliehen. Auszüge aus der Laudatio lesen Sie auf S. 8.

Herzlichst
 Ihre Mirjam Hageböling

Bestechlichkeit – es wird ernst

Zur Erinnerung: Mehrere Landgerichte hatten nach jahrelanger gegenteiliger rechtlicher Auffassung kürzlich ÄrztInnen als „Beauftragte der Krankenkassen“ eingeschätzt und mehrere KollegInnen wegen Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr nach § 299 StGB zu Geld- und Haftstrafen verurteilt. Erst jetzt, nach der Änderung der strafrechtlichen Bewertung, wird dieses Thema in ärztlichen Kreisen und Publikationen diskutiert. Auch dies zur Erinnerung: Vorteile für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln anzunehmen, ist laut unserer Berufsordnung schon immer verboten. Allein, die Ärztekammern sahen - warum eigentlich? - konsequent von jeglichen Sanktionen ab. So konnten sich ÄrztInnen ohne großes Risiko von der Pharmaindustrie beschenken und sich Essen, Reisen und Fortbildungen bezahlen lassen.

DER BGH SUCHT KLARHEIT

Der 3. Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) hat jetzt eine endgültige Entscheidung überraschend verhängt und sie an den Großen Strafsenat des BGH verwiesen.¹ Die Begründung hat nun neuen Schwung in die Debatte gebracht. Hatte das Landgericht (LG) Hamburg in seiner Verurteilung wegen Bestechlichkeit noch den Standpunkt vertreten, dass ÄrztInnen zwar „Beauftragte der Krankenkassen“, aber keine „Amtsträger“ seien², ist das für den 3. und auch den 5. Strafsenat (Revision Urteil LG Hamburg) nicht geklärt. In dem Vorlagebeschluss, mit dem der Große Strafsenat angerufen worden ist, sprechen

sich die beiden Strafsenate dafür aus, VertragsärztInnen als AmtsträgerInnen zu behandeln.³ Demnach könnten sie wegen Bestechlichkeit nach §§ 331 und 332 StGB verurteilt werden. Konsequenz: ein höheres Strafmaß.¹ Der BGH könnte sich in der letzten Instanz theoretisch auch für die Straffreiheit entscheiden. Es bleibt spannend.

OBERSTAATSANWALT HÄLT SICH BEDECKT

Auch auf dem 12. Deutschen Medizinrechtstag am 16./17.9. in Berlin stand das Thema Bestechlichkeit auf der Tagesordnung. Rechtsanwalt Sebastian Rosenberg

Fortsetzung auf Seite 2

Inhalt

Bestechlichkeit – es wird ernst	1
Avastin® – jetzt mit Geld-zurück-Garantie	3
Pneumokokken-Impfung für Ältere	4
IQWiG bescheinigt Ticagrelor Zusatznutzen	5
Die Macht des Geldes	6
Bundesverdienstkreuz für Becker-Brüser	8
Impressum	8

Fortsetzung von Seite 1

von der Kanzlei Dierks und Bohle wies noch einmal auf das Altbekannte hin: „Das Berufsrecht steht Anreizsystemen bei der Arzneimittelverordnung entgegen.“⁴

Zur Strafbarkeit äußerte sich Oberstaatsanwalt Alexander Badle. Er leitet die „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ der Generalstaatsanwaltschaft in Frankfurt. 2009 hatte er das Verfahren gegen ÄrztInnen eingestellt, die Vergünstigungen der Firma Ratiopharm erhalten hatten, weil er sie nicht als Beauftragte der Krankenkassen gesehen hatte. Wer jetzt eine Stellungnahme zu dieser oder der Frage der Amtsträgerschaft erwartet, wird enttäuscht. Badle warnt: „Sämtliche Kooperationen im Medizinsektor sind gefahrgeneigte Zonen“⁴, und empfiehlt der Ärzteschaft, sich an bestehende Richtlinien zu halten: die Kodices zur Zusammenarbeit mit Fachkreisangehörigen und Patientenorganisationen der beiden Vereine Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen (AKG) und Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) sowie die Richtlinien des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte

(BfArM) und des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) zu Anwendungsbeobachtungen.⁵ Weiterhin rät er zur „Beachtung des Prinzips der Transparenz von Leistungsbeziehungen und der Verhältnismäßigkeit der Vergütung“, zur „Vermeidung sogenannter Unrechtsvereinbarung“ und zur „Inanspruchnahme externer Beratung“.⁶ Das ist nicht sehr konkret. Eindeutiger und einfacher sind da die Ziele von MEZIS: Keine Annahme von Geschenken, Einladungen zu Essen und Reisen der Pharmaindustrie! In einem kann man Herrn Badle aber voll zustimmen: „Das Urteil des BGH wird massive Auswirkungen für die niedergelassenen Vertragsärzte in Deutschland und die gesamte Pharma- und Medizinbranche haben.“⁵

STANDESORGANISATIONEN DRÜCKEN SICH

Und wie reagiert die Ärzteschaft? Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV) halten sich weiterhin sehr bedeckt. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zweifelt gar, „ob mit der gerade auch vom Bundesverfassungsgericht und dem Bundessozialgericht immer wieder betonten Freiberuflichkeit und Vertragsarztstätigkeit eine Bestellung durch die Krankenkassen

als Amtsträger oder auch nur als Beauftragter für deren Geschäftsbetrieb vereinbar ist.“³ Heißt das, dass die Beeinflussung des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch Zuwendungen seitens der Pharmaindustrie durch die Freiberuflichkeit gedeckt ist? Wo bleibt die Kritik der KV? Die KVWL beklagt gar, wenn Zuwendungen für VertragsärztInnen strafwürdig seien, dass PrivatärztInnen dann ja besser dran wären: Sie ständen ja in keinem Rechtsverhältnis zu den Krankenkassen. Sie könnten dann nur durch die Ärztekammer sanktioniert werden.³ In welchem Fall aber ist das je geschehen? Und wie soll diese Besserstellung der PrivatärztInnen ausgeglichen werden? Dadurch, dass sich KassenärztInnen weiter bestechen lassen dürfen? Wir fordern unsere Standesorganisationen auf, hier klar Position zu beziehen!

- 1 Schreiber-Weber E (2011) ÄrztInnen: Beauftragte oder Amtsträger? MEZIS-Nachrichten; Nr. 2/11, S. 4
- 2 Haufe Online-Redaktion (2011) Eine dreiste Pharmareferentin. 24.8.2011. www.haufe.de [Zugriff 19.10.2011]
- 3 Standpunkt KVWL (2011) Entgegennahme von Zuwendungen durch Vertragsärzte strafbar? Nr. 5/September 2011, S. 15
- 4 Frisch J (2011) Bei Kooperationen ist Vorsicht oberstes Gebot. Ärzte Zeitung; 21.9.2011
- 5 Badle A (2011) Konsequenzen der neuen Rechtsprechung zu § 299 StGB für die Ärzteschaft: Vortrag auf dem 12. Deutschen Medizinrechtstag. [www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medicinrechtstag-2011/](http://www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medicinrechtstag/deutscher-medicinrechtstag-2011/) [Zugriff 9.10.2011]

Eckhard Schreiber-Weber



Avastin® – jetzt mit Geld-zurück-Garantie

ROCHE WIRBT MIT ZWEIFELHAFTER MARKETINGSTRATEGIE FÜR SEIN KREBSMEDIKAMENT

Bislang kannte man dies nur von Internetportalen, Elektronikfachgeschäften oder probiotischen Joghurts: die Geld-zurück-Garantie. Nach der 14-tägigen Testphase kann die KundIn bei Nichtgefallen das gekaufte Produkt einfach in den Laden zurückbringen.

Mit dieser Marketingstrategie will nun auch Roche den Absatz seines Mega-Blockbusters Avastin®, eines Angiogenesehemmers mit dem Wirkstoff Bevacizumab, ankurbeln. Mit sogenannten Pay-for-Performance-Verträgen sollen Kliniken auf den Geschmack kommen. Die Geld-zurück-Garantie für Avastin® bezieht sich auf die First-Line-Therapie für derzeit alle in Deutschland zugelassenen Indikationen: Darmkrebs, Brustkrebs, Lungenkrebs und Nierenzellenkrebs. Konkret bedeutet das, wenn die Krebserkrankung in den ersten drei bzw. fünf Monaten (je nach Indikation) nach Beginn der Behandlung mit Avastin dennoch fortschreitet, erstattet Roche die Kosten für das Medikament. Nicht jedoch der Krankenkasse, die monatlich mehr als 3.000 Euro dafür auf den Tisch legen muss – nein, das Geld fließt direkt in die Krankenkasse. Manche Kliniken wittern darin ein lukratives Nebengeschäft, das meiner Meinung nach sowohl ethisch als auch rechtlich äußerst fragwürdig ist. Der Onkologe und Leiter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Wolf-Dieter Ludwig brachte es kürzlich in einem Interview in der Tageszeitung (taz) auf den Punkt: „Diese Konstruktion der Rückerstattung erscheint mir absurd. Einige Kassen und auch Krankenhäuser prüfen, ob der von Roche angebotene Vertrag juristisch Bestand hat.“¹ Im Übrigen verteilt die Firma Roche ein Rechtsgutachten, aus dem hervorgeht, dass die Rückerstattung nicht an die Krankenkassen durchgereicht werden muss. Damit wollen Sie augenscheinlich den Vorwurf des Ab-

rechnungsbetrugs zerstreuen.

Doch warum bedient sich Roche solch einer Marketingstrategie, die bislang eher unseriösen Internetshops vorbehalten war? Um die Zweifel am Nutzen auszuräumen? Moment mal, wird der informierte Leser denken. War da nicht was? Richtig – erst im Dezember des vergangenen Jahres hatte Avastin® für Schlagzeilen gesorgt: Die US-amerikanische Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) hatte angekündigt die Indikation Mammakarzinom für Avastin® zu streichen. Eine neue Studie hatte ans Licht gebracht, dass Frauen mit der Diagnose Brustkrebs nicht nur keinerlei Vorteile durch Avastin® hatten, sondern „in bestimmten Kombinationen Bevacizumab sogar das Gesamtüberleben tendenziell verkürzt“.² Dies muss für den Pharmariesen Roche sicherlich ein Schock gewesen sein: Schließlich hatten Analysten Avastin® noch im letzten Jahr einen Bombenumsatz und Marktführungsseigenschaften vorausgesagt.

Und auch „die Nebenwirkungen, zu denen Todesfälle, schwere innere Blutungen, Darmdurchbrüche, Schlaganfälle und Nierenschäden gehören, sind gravierender als in den Zulassungsunterlagen dargestellt“, warnte Wolf-Dieter Ludwig bereits im Februar in einem Interview in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ)*.³ Laut der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gibt es ein knappes Dutzend alternativer Therapien, die bei Mammakarzinom besser geeignet und kostengünstiger sind. Auch das *arznei-telegramm (a-t)* rät von der Anwendung von Bevacizumab bei Mammakarzinom ab.⁴

Avastin® gehört zu den umsatzstärksten Produkten der Welt: Im vergangenen Jahr erzielte das Schweizer Unternehmen Roche da-



Mit einem Mega-Blockbuster wie Avastin® macht Roche einen jährlichen Umsatz von rund 5,1 Mrd. Euro. © www.roche.de

mit allein einen globalen Umsatz von rund 5,1 Mrd. Euro. Doch in diesem Jahr scheint es für Roche nicht mehr ganz so rund zu laufen: In den ersten neun Monaten ist der Umsatz im Pharmasektor um 14 Prozent eingebrochen. Das war auch an der Börse zu spüren, der Aktienkurs war deutlich zurückgegangen. Ein börsennotiertes Unternehmen wie Roche ist von Gewinnzahlen abhängig: schließlich will der Anleger eine ordentliche Rendite erzielen – auch in Krisenzeiten. Dafür sind dem Schweizer Pharmariesen anscheinend auch zweifelhafte Marketingstrategien recht. An diesem Beispiel zeigt sich wieder einmal: Die Gewinnmaximierung der großen Konzerne wird auf dem Rücken der PatientInnen und letztendlich der Krankenkassen ausgetragen.

- 1 *Arzneikommissionschef über Krebstherapie: „Eine bestechend unanständige Idee“*. die tageszeitung (taz) 24.10.2011. www.taz.de/Arzneikommissionschef-ueber-Krebstherapie/!80536/ [Zugriff 24.10.2011]
- 2 *arznei-telegramm (2010)*; Nr. 41, S. 80f
- 3 *Der Fall Avastin: Zwei Welten in der Krebsmedizin*. *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)* 9.2.2011. www.seiten.faz-archiv.de/faz/20110209/fnuwd1201102093001016.html [Zugriff 24.10.2011]
- 4 *arznei-telegramm (2010)*; Nr. 41, S. 80f

Mirjam Hageböling

Pneumokokken-Impfung für Ältere

ENDE EINER UNBELEGTEN ROUTINE?

Im April fand die europäische Impfwoche statt und alle beteiligten Institutionen (in Deutschland insbesondere das Robert-Koch-Institut - RKI) rühren die Werbetrommel, um die Impfbereitschaft der Bevölkerung zu steigern – für die Reduktion der nachgewiesenen impfpräventablen Erkrankungen eine gute Sache.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO/Europa) als koordinierende Organisation dieser Impfwoche (ew.euro.who.int) hat allerdings ihren guten Ruf spätestens seit den Enthüllungen um die Schweinegrippe-Vakzine verloren. Vor kurzem wurde auch noch aufgedeckt, dass es seit 1959 einen bis heute gültigen Geheimvertrag zwischen der WHO und der Internationalen Atomenergieorganisation (IAEO) gibt, der die WHO verpflichtet, keine wissenschaftlichen Untersuchungen zu veröffentlichen und keine Maßnahmen zu propagieren ohne vorherige Genehmigung durch die IAEO. Wer diesen Skandal nachlesen möchte, sei auf die blendend geschriebene Kolumne („Sakrosankt“) von Bernd Hontschik in der *Frankfurter Rundschau* verwiesen.¹

Die Pneumokokken-Impfung wurde in Deutschland erstmals 1984, also vor knapp 27 Jahren, für „Risikofälle, z.B. chronische Lungen- und Herzkrankheiten, Diabetes, Leberzirrhose ... 1 Injektion, Wiederholung der Injektion nicht vor Ablauf von 3 Jahren“ empfohlen (veröffentlicht im *Bundesgesundheitsblatt* 27; Nr. 10, Oktober 1984). Am 17. April 1998 taucht im *Epidemiologischen Bulletin* (Nr. 15/98) erstmals die Empfehlung auf, alle Personen über 60 Jahre routinemäßig gegen Pneumokokken zu impfen. Im Jahre 2003 rät das britische Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) allen Personen über 65 Jahren zu einer Vakzination mit dem 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff.

Wissenschaftliche Studien in vielen Regionen der Welt zeigen jedoch, dass die Wirksamkeit der routinemäßig verabreichten Vakzine bei sonst gesunden Älteren nicht ausreichend belegt ist. Selbst für Personen mit Risikofaktoren (wie z.B. PatientInnen mit Immundefekt, funktioneller oder anatomischer Asplenie, HIV-Infektion, chronischen Krankheiten der Atmungsorgane [inkl. Asthma und COPD]

oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus) steht die Evidenz eines Nutzens auf sehr wackligen Beinen. Lediglich bei Kindern vom vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 5. Lebensjahr scheint die Verabreichung eines 7-valenten Konjugat-Impfstoffes (Prevenar®) zur Abnahme invasiver Pneumokokken-Infektionen zu führen.

Am 16. März 2011 hat nun das JCVI (vergleichbar mit der Ständigen Impfkommission des RKI – STIKO) entschieden, von der Impfroutine bei über 65-Jährigen abzuraten.² Die deutsche STIKO bzw. das RKI aber scheint bislang keine Anstalten zu unternehmen, sich dieser wissenschaftlich begründeten Kehrtwende anzuschließen.

Etzel Gysling, der Herausgeber der *pharma-kritik* und des *Infomed Screen*, seit Jahren ein unermüdlicher Mahner in Sachen rationaler Nutzung der Pneumokokken-Vakzine, schreibt in der letzten Ausgabe der *pharma-kritik*: „Man muss sich schon fragen, welche Art von Interessenkonflikten vorhanden sind, dass unnütze Optionen weiterhin in offiziellen Impfpfehlungen figurieren dürfen.“



Die Wirksamkeit der routinemäßig verabreichten Pneumokokken-Vakzine bei älteren Menschen ist nicht ausreichend belegt. ©Andreas Morlok/Pixelio

- 1 www.hontschik.de/chirurg/rundschau.htm
- 2 UK Department of Health (2011) JCVI statement on discontinuation of the routine pneumococcal vaccination programme for adults aged 65 and over. www.dh.gov.uk/ab/JCVI/DH_094744

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCPG, bis März 2011 Direktor der Abt. Allgemeinmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen. Von 2004 bis 2010 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, geschäftsführender Herausgeber der Zeitschrift für Allgemeinmedizin und Mitherausgeber des *arznei-telegramms*.

Nachdruck aus: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (2011); Nr. 87, S. 339

IQWiG bescheinigt Ticagrelor Zusatznutzen

BRILIQUE® HAT ALS ERSTES PRÄPARAT DIE NEUE NUTZENBEWERTUNG DURCHLAUFEN

„Ich breche das Preismonopol der Pharmaindustrie“¹, hatte der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler im Sommer 2010 kämpferisch verkündet. Im Rahmen der Gesundheitsreform ist am 1. Januar 2011 das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) in Kraft getreten. Erklärtes Ziel des AMNOG ist es, wie auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums zu lesen ist, „die rasant steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen einzudämmen“. Mit dem Gesetz werde der Weg für fairen Wettbewerb und eine stärkere Orientierung am Wohl der Patienten freigemacht, heißt es weiter, und das AMNOG schaffe eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten. Der Zusatznutzen der Medikamente für die Patienten bestimme künftig den Preis der Medikamente.²

Das klingt zunächst einmal schön und gut. Auch MEZIS-ÄrztInnen haben sich seit Gründung der Initiative für transparente Preise und eindeutige Belege des Zusatznutzens von Medikamenten eingesetzt.³ Mit Spannung wurde die erste Nutzenbewertung des Thrombozytenaggregationshemmers Ticagrelor (Brilique®) erwartet, die nun am 4. Oktober 2011 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgelegt wurde. Das Ergebnis ist nicht überraschend und liefert dieselben Erkenntnisse wie die Bewertung des *arznei-telegramms* vom Januar dieses Jahres: „Ticagrelor (Brilique®) in Kombination mit Azetylsalizylsäure (ASS – Aspirin®, Generika) hat bei der Behandlung der instabilen Angina pectoris und des Nicht-ST-Hebungsinfarkts (NSTEMI) einen beträchtlichen Zusatznutzen“, heißt es dort. Bei einer dreistufigen Skala von „gering“, „beträchtlich“ und „erheblich“ entspricht dies übersetzt

einem mittleren Zusatznutzen.

Bei der Therapie von PatientInnen mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) konnte das IQWiG Ticagrelor allerdings keinen Zusatznutzen bescheinigen. Dies trifft auf alle PatientInnen zu, egal ob sie rein medikamentös, mit perkutaner Koronarangioplastie oder mit aortokoronarem Bypass behandelt wurden. Der Pharmahersteller AstraZeneca reagierte enttäuscht auf die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse, hatte er doch auf die Anerkennung umfangreicherer Zusatznutzen gehofft. AstraZeneca stimmte in den gleichen Chor ein wie auch zuvor andere Hersteller, die ihre Präparate noch vor der Prüfung des IQWiG doch von der neuen Nutzenbewertung zurückgezogen hatten (der Cholesterinsenker Livazo von Merckle Recordati, das orale Antidiabetikum Trajenta von Boehringer Ingelheim/Lilly und der Blutdrucksenker Rasilamlo von Novartis⁴): „Diese Einschätzung ist strittig und maßgeblich auf die Wahl der Vergleichstherapie in dieser Subgruppe durch den G-BA zurückzuführen“⁵, ließ der Pharmakonzern mitteilen. Und man werde das Gutachten des IQWiG intern gründlich überprüfen, um mögliche Schwächen aufzudecken. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hatte Brilique® in allen Indikationsgruppen des akuten Koronarsyndroms einen Zusatznutzen bescheinigt.⁶ Das Vorgehen des G-BA an dieser Stelle ist durchaus verständlich, denn die neuen Wirkstoffe sollten stets mit der bisher effizientesten Behandlungsmethode verglichen werden. Diese kann sich bei den verschiedenen Formen des akuten Koronarsyndroms durchaus unterschiedlich gestalten. Das dies dem Hersteller wenig gelegen kommt, ist klar, denn die Konkurrenz in diesem Segment ist groß: Marktführer Bristol-Myers Squibb/Sanofi-Aventis haben mit



Makabere Werbung in Großbritannien:

„Von 72 Patienten mit ACS, die anstelle von Clopidogrel 12 Monate lang mit dem neuen Brilique behandelt wurden, überlebt eine Person mehr!“

© adpharm.net

dem Mega-Blockbuster Plavix einen jährlichen Umsatz von rund 6,8 Mrd. Euro.⁷ Damit steht Plavix auf Platz zwei der meistverkauften Medikamente weltweit. AstraZeneca hatte gehofft, ein Stück vom Kuchen abzubekommen.

Die kommenden Wochen und Monate werden also spannend. Die abschließende Bewertung von Brilique® durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird am 15. Dezember erwartet. Dann soll auch bekanntgegeben werden, ob der Thrombozytenaggregationshemmer in eine Festbetragsgruppe kommt. Falls nicht, wird es danach Preisverhandlungen zwischen dem Pharmahersteller AstraZeneca und dem GKV-Spitzenverband geben. Dabei wird sich zeigen, ob das AMNOG in der Praxis tatsächlich die Milliarden-Erleichterung bringen wird, die sich Rösler dadurch versprochen hatte. Der GKV-Spitzenverband sollte sich vor Augen führen, dass nicht jeder neue Wirkstoff oder jede neue Wirkstoffkombination eine echte Innovation ist, und vor den Pharmariesen nicht einknicken. Das Preismonopol kann nur gebrochen werden, wenn sie

bei den Preisverhandlungen hart bleiben unter Berücksichtigung der Empfehlungen des G-BA.

- 1 Bohsem G (2010) *Das schwierige Versprechen des Herrn Rösler*. Süddeutsche Zeitung; 22.10.2010 www.sueddeutsche.de/geld/gesundheitspolitik-das-schwierige-versprechen-des-herrn-roesler-1.1015084 [Zugriff 24.10.2011]
- 2 Bundesministerium für Gesundheit (2010) *Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)*.

- 3 www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html [Zugriff 24.10.2011]
- 3 Lindner T (2011) *Unangemessener Einsatz: Aliskiren mit den Weihen der AOK Nordost*. MEZIS-Nachrichten; Nr. 1/11, S. 4f
- 4 *arznei-telegramm*; Nr. 42, S. 73f
- 5 Apotheke Adhoc (2011) *Thrombozytenaggregationshemmer: Astra-Zeneca kritisiert Prüfverfahren*.

- 6 www.apotheke-adhoc.de/Nachrichten/Markt/16930.html [Zugriff 24.10.2011]
- 6 www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/pharmakonzern-wehrt-sich-iqwig-gutachten-28902.php [Zugriff 24.10.2011]
- 7 Sedlmaier H (2009) *Bessere Hilfe fürs Herz*. Focus; 6.5.2009 www.focus.de/finanzen/boerse/pharma-industrie-bessere-hilfe-fuers-herz_aid_396256.html [Zugriff 24.10.2011]

Mirjam Hageböling

Die Macht des Geldes

EINE GRUNDLEGENDE REFORM DER WHO IST ÜBERFÄLLIG

Um die Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht es nicht gut. Ihre Haushaltsnöte sind in den letzten Jahren derart angewachsen, dass sie eigentlich längst hätte Insolvenz anmelden müssen. Die in Genf residierende zwischenstaatliche Einrichtung ist heute immer weniger imstande, als „führende und koordinierende Autorität“ in der Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit zu wirken, wie es in ihrer 1948 verabschiedeten Verfassung heißt. Zug um Zug ist die WHO in die Abhängigkeit einzelner machtvoller Mitgliedsstaaten und privater Akteure geraten: darunter die medizintechnische Industrie, multinationale Pharmakonzerne,

aber auch Stiftungen von Privatleuten oder Unternehmen, wie etwa die „Bill and Melinda Gates Foundation“. Seit Anfang des Jahres diskutieren die Mitgliedsstaaten über eine Reform der WHO. Dabei droht die UN-Organisation, die mit Blick auf die globale Gesundheitskrise so dringend gebraucht würde, gänzlich kommerziellen Interessen ausgeliefert zu werden.

Der Vertreter Thailands brachte es auf der letzten Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 in Genf auf den Punkt. Mit bitterem Sarkasmus trug er im Plenum vor, dass die WHO schon lange keine demokratisch verfasste Organisation mehr

sei. Statt von der Mehrheit der Mitgliedsländer getragen und kontrolliert zu werden, habe sie sich zu einer „donor-driven organisation“ gewandelt, die von den freiwilligen Zuwendungen einzelner Geber und deren Interessen gesteuert würde. Die Zahlen geben ihm und allen anderen Kritikern recht. Nur noch 20 % des jährlichen WHO-Budgets stammen aus den regulären Beiträgen der Mitgliedsstaaten, 80 % dagegen sind Zuschüsse, die einzelne Länder beisteuern, bzw. Spenden von privaten Stiftungen, dem Unternehmenssektor und selbst mächtigen NGO-Multis.

Was zunächst wie eine großzügige Geste daherkommt, entpuppt sich bei näherer Betrachtung als höchst problematisch. Denn all die freiwilligen Zuwendungen werden der WHO keineswegs zur freien Verfügung gegeben, sondern sind in aller Regel an Bedingungen geknüpft. Es sind zweckgebundene, sogenannte „earmarked funds“, mit denen die jeweiligen Geber direkt Einfluss auf die Arbeit der WHO nehmen können. Wer für die Musik bezahlt, bestimmt auch den Ton, heißt es im Volksmund, und so geschieht es heute auch in der WHO. An der Weltgesundheitsversammlung, dem höchsten Entscheidungsgremium der WHO, vorbei bestimmen einzelnen Geber über Programm und Arbeitsprioritäten.



Im Mai fand in Genf die 64. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly - WHA) statt. © WHO

H1N1 – EINE STINKNORMALE GRIPPE

Wie das geht und wie groß der Einfluss der Industrie bereits ist, zeigte sich im Falle der Schweinegrippe. Auf Anraten der „Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunisation“, der ständigen Impfkommision der WHO, deren Nähe zur pharmazeutischen Industrie schon länger Anlass zur Kritik gegeben hatte, rief die WHO im Juni 2009 die höchste Alarmstufe für die H1N1-Pandemie aus. Die weltweite Impfkation, die sie damit in Gang setzte, wurde zu einem Milliardengeschäft für die Pharmaindustrie. Allein Deutschland kaufte 50 Millionen Impfdosen, von denen schließlich nur ein Bruchteil eingesetzt wurde. Um eine „stinknormale Grippe“, so der Europarat in seiner Untersuchung, zu einer gefährlichen Pandemie erklären zu können, hatte die WHO, bevor die ersten H1N1-Fälle bekannt wurden, die Kriterien für Pandemie-Warnungen herabgesenkt. Ebenfalls vorab waren Gesundheitsbehörden in aller Welt vertragliche Abnahmegarantien mit Impfstoffherstellern eingegangen. Das Geschäft war gut vorbereitet. Das Nachsehen hatten die Versicherten und Steuerzahler, die – und das ist nur der vorerst letzte Akt dieses absurden Geschehens – heute ein weiteres Mal zur Kasse gebeten werden: Millionen von Impfdosen, deren Haltbarkeit unterdessen abgelaufen ist, müssen in diesen Tagen kostenintensiv vernichtet werden.

Zu den größten Gebern der WHO zählen die USA, die 30 Prozent der freiwilligen Zuwendungen (davon 99,89 Prozent zweckgebunden) beisteuern, gefolgt von der „Bill und Melinda Gates Foundation“, die sich mit 220 Millionen Dollar im laufenden Haushaltsjahr zum zweitgrößten Finanzier der WHO aufgeschwungen und Großbritannien hinter sich gelassen hat. Die bald 200 Mitgliedsstaaten, so resümierte der thailändische Delegierte, sorgen mit ihren Beiträgen für



Wer die Musik bezahlt, bestimmt auch den Ton: Bill Gates hielt zum zweiten Mal in Folge die Eröffnungsrede bei der Weltgesundheitsversammlung. © WHO

die Sicherstellung der laufenden Kosten, für den Unterhalt der Büros, die Gehälter der Angestellten, das Funktionieren des Apparats, der dann hauptsächlich mit Programmen beschäftigt ist, die von den Interessen der großen Geber bestimmt werden. Und die sind unverkennbar auch an den ökonomischen Interessen der heimischen Industrie ausgerichtet.

REFEUDALISIERUNG

Der neueste Jahresbericht der WHO zeigt, wie rasch ihre Privatisierung zuletzt vorangeschritten ist. Zwischen 2007 und 2009 stiegen die Zuwendungen von Stiftungen und privaten Gebern zum Gesamtbudget der WHO von 14 auf 26 Prozent. Das spiegelt sich auch im protokollarischen Geschehen. Eröffnungsredner der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung war – zum zweiten Mal bereits – Bill Gates, der – begleitet von Kotas der WHO-Oberen – mit stehenden Ovationen begrüßt wurde. Die Anwesenheit von gewählten Staatspräsidenten dagegen blieb kaum der Rede wert. In der Politikwissenschaft nennt man das Refeudalisierung von demokratischen Verhältnissen.

Der Bedeutungszuwachs von kommerziellen Akteuren und Un-

ternehmensstiftungen hat auch zu einer aus gesundheitspolitischer Perspektive höchst bedenklichen Veränderung der institutionellen Kultur der WHO geführt, was sich in vielen Arbeitsbereichen niedergeschlagen und eine Neuausrichtung der Ziele und Strategien begründet hat. Private Geldgeber sind eben nicht einfach nur Geldgeber, sondern beeinflussen mit der Art, wie sie sich sozialen Fragen annehmen, auch die Haltungen der Empfänger. Aller philanthropischer Wohltäterschaft zum Trotz bleiben Stifter wie Bill Gates doch immer auch überzeugte Vertreter jener Grundsätze, die sie groß gemacht haben: die Grundsätze eines neoliberalen kapitalistischen Geschäftsmodells. Und das wird bekanntlich weniger von der Idee des Gemeinwohls und sozialer Rechte getragen als vom Streben nach individuellem Gewinn und damit einhergehender betriebswirtschaftlicher Vorgaben.

Thomas Gebauer, Geschäftsführer von medico international mit Sitz in Frankfurt. Diese zivilgesellschaftliche Organisation setzt sich seit mehr als 40 Jahren für das Menschenrecht auf Gesundheit ein. Medico international unterhält Projekte in Afrika, Asien und Lateinamerika.

Gekürzter Nachdruck aus: medico rundschreiben (2011); Nr. 3. Vollständige Fassung unter: www.medico.de/material/rundschreiben/2011/03/die-macht-des-geldes

Bundesverdienstkreuz für Becker-Brüser

30 JAHRE UNERMÜDLICHES ENGAGEMENT FÜR UNABHÄNGIGE ARZNEIMITTELBEWERTUNG

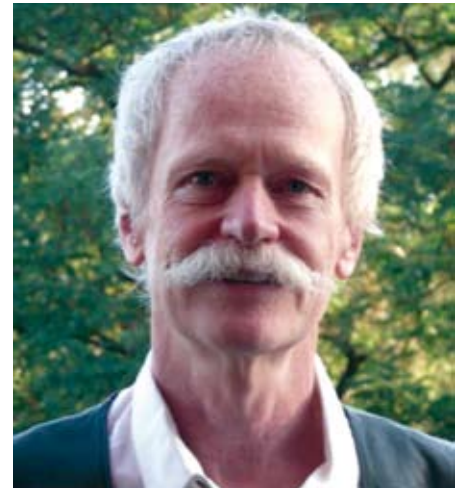
Dem Arzt und Apotheker Wolfgang Becker-Brüser wurde am 29. September das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland verliehen. „Sie haben sich um die Schaffung von mehr Rationalität und Sicherheit bei der medikamentösen Therapie sehr verdient gemacht. Sie stellen Ihre Arbeit in den Dienst der Allgemeinheit, auch wenn Sie sich dabei mit mächtigen Einzelinteressen anlegen müssen“, sagte die Berliner Gesundheits senatorin Katrin Lompscher in ihrer Laudatio.

Sie hob außerdem hervor, dass „Ihre Publikationen anzeigenfrei sind und die Finanzierung des *arznei-telegramm* ausschließlich über Abonnenten erfolgt, denn nur so sind Sie und Ihre Redaktion vor dem Vorwurf der Parteilichkeit gefeit“. Gewürdigt wurde auch das Engagement für eine zuverlässige PatientInneninformation: „Entspre-

chend Ihrem Motto ‚Nicht nur Ärzte und Apotheker, auch Gesunde und Kranke haben ein Recht auf unabhängige Information‘ gründeten Sie 2006 mit zwei weiteren unabhängigen deutschen Arzneimittelzeitschriften die Verbraucherzeitschrift ‚Gute Pillen – Schlechte Pillen‘, betonte die Senatorin.

Seit 1976 ist Wolfgang Becker-Brüser bei der A.T.I. Arzneimittelinformation Berlin GmbH tätig. 1996 wurde er Herausgeber und Chefredakteur des *arznei-telegramms*.

Eigenen Angaben zufolge ist das *arznei-telegramm* die größte deutschsprachige Medizin-Zeitschrift – gemessen an der Zahl der bezahlten Abonnements. Das *arznei-telegramm* informiert monatlich ÄrztInnen und ApothekerInnen werbefrei und unabhängig über neue Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt. Neue Präparate



Wolfgang Becker-Brüser © Becker-Brüser

werden auf der Grundlage zuverlässiger und unabhängiger Studien nach Kosten, Nutzen und Risiken bewertet. Diese Bewertungen fließen auch in die Datenbank des Informationsdienstes ein, in der mehr als 18.000 Arzneimittel nachgeschlagen werden können.

Auch für viele MEZIS-Mitglieder ist das *arznei-telegramm* eine wichtige Informationsquelle.

Wir gratulieren herzlich!

Mirjam Hagebölling

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Mirjam Hagebölling, M.A., Kassel
hageboelling@mezis.de

MITGLIEDER-VERSAMMLUNG

Bitte merken Sie sich den Termin schon einmal vor: Die nächste MEZIS-Mitgliederversammlung findet am Mittwoch, 28. März 2012 in Berlin statt. Der Tagungsort wird Ihnen im Januar mit Ihrer Einladung und einem detaillierten Programm per Post zugesendet. Wir freuen uns auf ein spannendes und bereicherndes Treffen!

IMPRESSUM

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

Website: www.mezis.de

E-Mail: info@mezis.de

Korrespondenzanschrift:
Praxis Dr. Eckhard Schreiber-Weber,
Parkstr. 48, 32105 Bad Salzuflen,
Tel.: 05222 61901

Redaktion: C. Fischer, C. Koch,
T. Lindner, E. Schreiber-Weber,
W. Schwinzer

Chefredaktion: M. Hagebölling
(V. i. S. d. P.)

Schlussredaktion/Layout: K.-U. Dosch

Erscheinungsweise: vierteljährlich

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

Dr. Christiane Fischer, MPH,
Bielefeld
BUKO Pharma-Kampagne
fischer@mezis.de

Cora Koch, Münster
Studentin der Humanmedizin
koch@mezis.de

Thomas Lindner, Hennigsdorf
Facharzt für Innere Medizin
und Nephrologie
lindner@mezis.de

Dr. Eckhard Schreiber-Weber,
Bad Salzuflen
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Naturheilverfahren
schreiber-weber@mezis.de

Dr. Wolfgang Schwinzer,
Bad Sachsa
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Umweltmedizin
schwinzer@mezis.de