

Editorial

INHALT

Editorial	1
MEZIS-Chronologie	2
MEZIS-Vorstand	3
Arzneimittelforschung als öffentliches Gut	4
Auf was ist eigentlich noch Verlass?	6
Pharmawerbung in Patientenköpfe	8
USA: Register für Zahlungen von Industrie an ÄrztInnen	10
Impressum	11
Termine	12

LIEBE MEZIS-MITGLIEDER,

jetzt haben Sie sie vor sich: die MEZIS-Nachrichten. Wir haben ein bewegtes erstes Jahr hinter uns. Umso mehr freuen wir uns, dass es jetzt mit unserer ersten Ausgabe geklappt hat.

Mit inzwischen gut 70 Mitgliedern ist unsere Initiative erwartungsgemäß noch eine Minderheit unter den Kolleginnen und Kollegen, hat aber schon einiges in Bewegung gebracht. Viele schienen geradezu auf uns gewartet zu haben. Die Reaktion in Radio, Internet, Fernsehen und Presse bis zum Deutschen Ärzteblatt war und ist immer noch beachtlich. Wir sind etwas Neues! Unsere Webite füllt sich mit Leben und wird rege in Anspruch genommen.

Als ich einer Pharmavertreterin freundlich eröffnete, dass ich Mitglieder ihres Berufstandes in meiner Praxis nicht mehr empfangen, bot sie mir sofort eine „interessante Reise nach Dresden“ an. Auf meine Entgegnung, dass ich mich nicht bestechen ließe, meinte sie, sie müsse mir doch solche Angebote machen. Das war ehrlich. Ich bin heute erleichtert, dass das MEZIS-Plakat in meiner Praxis hängt und ich mehr Zeit für unabhängige Informationsquellen und meine Patienten habe.

Welche Gespräche mag der Kollege aus der Klinik geführt haben, der mir schreibt, ein Patient müsse (nach der Operation einer Oesophagusstenose) lebenslang Nexium nehmen? Die Datenlage ist eindeutig: Esomeprazol hat gegenüber dem auch von meiner KV Westfalen/Lippe empfohlenen Omeprazol keinerlei therapeutischen Vorteil, ist nicht sicherer, sondern nur deutlich teurer.

Ein wichtige Rechtfertigung der Pharmaindustrie für hohe Arzneimittelpreise sind angeblich so hohe Forschungskosten. Die dafür nötigen Gewinne seien nur durch Patente zu erzielen. Wie brüchig diese Argumentation ist, zeigt unser Artikel zur Arzneimittelforschung. Wie aber finden die Forschungsergebnisse den Weg zu uns in die Praxis und die Klinik? Können wir uns auf die evidenzbasierte Medizin verlassen? Wir zeigen auf, welche Probleme die Nichtveröffentlichung von Studien mit unerwünschten Ergebnissen nach sich ziehen („publication bias“).

Ein grundlegendes Ziel von MEZIS ist, dass wir unser Verordnungsverhalten nicht durch die Pharmaindustrie beeinflussen lassen, sondern dass wir uns am Patientenwohl und an unabhängigen Daten orientieren. Müssen wir uns aber auch dar-



Dr. Eckhard Schreiber-Weber

auf gefasst machen, dass auch Patientinnen und Patienten bald Druck ausüben, ein bestimmtes rezeptpflichtiges Medikament zu verschreiben? Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente, die sich direkt an die Verbraucher richtet (DTCA), ist bis jetzt nur in den USA und Neuseeland erlaubt worden. Der Arzneimittelkonsum war dort daraufhin deutlich gestiegen. Wenn in der „Gesundheitszeitung“, der Patienten-Beilage der „Medical Tribune“, offen für den Morphinabkömmling Tilidin geworben wird, so widerspricht das (noch) der heutigen Gesetzeslage. Doch nun will die EU-Kommission mit kräftiger Unterstützung der

Pharmaindustrie und der Politik diese Laienwerbung auch bei uns legalisieren. Die BUKO Pharma-Kampagne plant eine Aktion für unabhängige Patienteninformation. Auch MEZIS, Ärztekammern, AkdÄ, IPPNW, VPÄÄ und andere sind dazu eingeladen.

Wir danken der Pharma-Kampagne für die Genehmigung zum Nachdruck des Artikels zu diesem Thema und zum Bereich Arzneimittelforschung. Im Pharma-Brief haben wir auch einen nachahmenswerten Vorstoß aus den USA gefunden: die Offenlegung von Zahlungen der Pharmaindustrie an Ärztinnen und Ärzte.

Wir hoffen, dass diese ersten „MEZIS-Nachrichten“ Impulse geben können und wollen alle Mitglieder ermuntern: Bringen Sie Ihre Ideen ein und beteiligen Sie sich aktiv am weiteren Aufbau unserer Initiative. Zum Schluss noch eine Bitte: Was halten sie von den MEZIS-Nachrichten? Gefällt Ihnen die erste Ausgabe, finden sie diese Art der Mitgliederinformation nützlich? Wir freuen uns auf Ihre Antwort, Ihre Anregung und Kritik: eckhard@dr-schreiber-weber.de oder Fax: 05222 600499.

Herzlichst

Ihr Eckhard Schreiber-Weber

MEZIS-Chronologie

Frühjahr 06: Die Initiative Arne Schäfflers nach dem Vorbild von „no free lunch“ in den USA eine Gruppe ins Leben zu rufen, findet in der Koordinationsgruppe der BUKO Pharma-Kampagne großen Anklang. Erste Ideensammlung.

15.09.06: Auf dem Symposium „25 Jahre BUKO-Pharma-Kampagne“ in Bielefeld wird in einem Workshop MEZIS aus der Taufe gehoben. Das Deutsche Ärzteblatt berichtet.

September-Dezember 06: Intensive Diskussion um Ausrichtung, Arbeitsstruktur und Satzung von MEZIS. Weitere Fachleute stoßen zu der Gründungsinitiative, so Prof. Dr. B. Müller-Oerlingshausen als langjähriger Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

31.01.07: Gründungsversammlung MEZIS und Vor-

standswahl in Frankfurt. Gründungsmitglieder: Dr. C. Fischer, B. Kroll, Dr. H.-D. Lehmkuhl, Prof. Dr. K. Lieb, Dr. A. Munte für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Prof. Dr. B. Müller-Oerlingshausen, Dr. A. Schäffler, Dr. E. Schreiber-Weber, Dr. W. Schwinzer, Dr. B. Winter, Dr. G. Zimmermann.

Februar 07: Die Süddeutschen Zeitung berichtet auf Seite 1 über MEZIS, danach fast alle überregionalen Tageszeitung sowie die Mehrzahl der gesundheitspolitisch interessierten Ärztezeitschriften.

März 07: Die Website www.mezis.de geht online. Bis heute haben sie über 20.000 Nutzer aufgerufen und über 3 Gigabyte an Materialien und Artikeln heruntergeladen.

19.04.07: Anerkennung der Gemeinnützigkeit durch das Finanzamt Detmold

Sommer 07: Die Deutsche Presseagentur meldet den MEZIS-Beitritt des Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Prof. Dr. W.-D. Ludwig, darauf insgesamt 50 Beiträge in den Medien - die wichtigsten davon können über www.mezis.de heruntergeladen werden.

26.09.07: MEZIS ist auf dem Bremer Forum für Wissenschaftsjournalismus „Wissenswerte“ vertreten.

10.10.07: Erstes Regionaltreffen in Göttingen.

Erarbeitung einer Selbstverpflichtungserklärung sowie eines Wartezimmerplakats für niedergelassene Ärzte. Stetiges Anwachsen auf bis heute 70 Mitglieder. Auch der Vorsitzende der Bundesärztekammer Dr. A. Köhler tritt MEZIS bei.

(ESW)

MEZIS-Vorstand

GEWÄHLT AUF DER GRÜNDUNGSVERSAMMLUNG AM 30.01.2007

GESCHÄFTSFÜHRENDE VORSTANDSMITGLIEDER

Dr. Christiane Fischer, Jahrgang 1967, bis 1993 Studium in Homburg/Saar und Heidelberg. Engagement in entwicklungspolitischen Zusammenhängen, nach Famulatur in Indien Mitgründerin des Adivasi-Tee-Projekts. Nach ÄIP 1996 Promotion in Indien. Danach zweijährige praktische Tätigkeit in der Allgemeinmedizin. Seit 1998 Co-Geschäftsführerin der BUKO Pharma-Kampagne, Schwerpunkte: Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln, Auswirkungen von Medikamentenpatenten, Menschenrecht auf Gesundheit. Zurzeit berufsbegleitend Studium Gesundheitswissenschaft zur Erlangung des Masters of Public Health (MPH). Sprecherin des Aktionsbündnisses gegen AIDS. *cfischer@bukopharma.de, www.bukopharma.de, Tel.: 0521 96879481*

Dr. Arne Schäffler, Jahrgang 1961, Medizinstudium in Lübeck und Leeds 1981-1987, Tätigkeit als Arzt, medizinischer Autor und Verleger. Gründung der ärztlichen Kitteltaschenbuchreihe „Klinikleitfaden“. 1995-2000 Geschäftsführer der Medizinverlage der Verlagsgruppe Georg von Holtzbrinck. Bis 2002 Exportmanager für westliches und südliches Afrika bei einem Schweizer Pharmakonzern. Seitdem selbstständig als Publizist und Produktentwickler für Medizinverlage. Seit 2002 Mitarbeit bei Transparency International Deutschland, 2004-2007 auch im Vorstand. Mitglied

der Koordinationsgruppe der BUKO Pharma-Kampagne Bielefeld. *as@schaeffler.cc, www.schaeffler.cc, www.gesundheit-heute.de, www.transparency.de, Tel.: 0821 319540-17*

Dr. Eckhard Schreiber-Weber, Jahrgang 1953, nach dem Abitur Entwicklungshilfeprojekt in Mexiko. 1978-1993 Medizinstudium und achtjährige klinische Tätigkeit in Chirurgie, Innerer und Intensivmedizin in Berlin. 1995 Beendigung der Facharzt Ausbildung in Waltrop. Seit 1996 niedergelassen in Bad Salzuflen. Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Badearzt, Ernährungsmediziner, ärztlicher Kursleiter für Autogenes Training. Mitglied der Koordinationsgruppe der BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld, Vorsitzender von Präventio - Verein für Gesundheitsförderung e.V., Bad Salzuflen. *praxis@dr-schreiber-weber.de, www.dr-schreiber-weber.de, Tel.: 05222 61901*

Dr. Wolfgang Schwitzer, Jahrgang 1952, Studium der Medizin in Hamburg, Facharztweiterbildung in Hamburg bis 1987. Seitdem niedergelassen in Bad Sachsa/Südharz als Facharzt für Allgemeinmedizin, Umweltmedizin und Badearzt mit Praxisschwerpunkt Psychiatrie. Engagement in der AG Gesundheit von Transparency International. Seit 2007 beratender Arzt der KV Göttingen, zunächst für den Bereich Richtgrößenprüfung für Arzneimittel. *praxis.dr.schwitzer@t-online.de, Tel.: 05523 8212*

WEITERE VORSTANDSMITGLIEDER

Barbara Kroll, 1956 geboren in Bielefeld, Realschule, Lehre als Buchhändlerin, Abitur, Studium der Medizin in Düsseldorf und Essen, fünf Jahre Tätigkeit in der Chirurgie. Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, suchtmedizinische Grundversorgung. Seit 1996 Ärztin für Straßenmedizin in Bielefeld in „Streetmed“, einem Projekt der Gesundheitsfürsorge für Obdachlose. Mitarbeit in mehreren Qualitätszirkeln. Schwerpunkte in den letzten Jahren: Frauengesundheit, ambulante Palliativmedizin, kommunale Gesundheitspolitik. *barbara.kroll@bitel.net, Tel.: 0151 11568634*

Prof. Dr. Klaus Lieb, Jahrgang 1965, Studium der Medizin und Philosophie in Ulm, Tübingen und Los Angeles. Facharztweiterbildung in Ulm und Freiburg. 2001-2007 leitender Oberarzt und Stellvertreter des ärztlichen Direktors an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Seit 2007 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz. Forschungsschwerpunkte: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Impulsivität und affektive Störungen. Darüber hinaus Beschäftigung mit neuroethischen Fragen und Pharmakoökonomie. *klaus.lieb@ukmainz.de, www.klinik.uni-mainz.de/Psychiatrie, Tel.: 06131 17-7335*

Arzneimittelforschung als öffentliches Gut

IN DER DEBATTE UM ARZNEIMITTELPATENTE HAT EIN PARADIGMENWECHSEL EINGESETZT

Ohne Patente keine Innovation, so lautet seit Jahrzehnten das Credo von Arzneimittelin-
dustrie und Politik. Nur ein strenger Patentschutz, verbunden mit hohen Gewinnen, könne
Firmen zur Erforschung neuer Medikamente anregen. Dass diese einfache Formel nicht geeig-
net ist, ein komplexes Gebilde wie den weltweiten Arzneimittelmarkt zu steuern und globale
Gesundheitsbedürfnisse zu befriedigen, ist inzwischen in weiten Fachkreisen Konsens. Nicht
nur innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht man neue Wege.

Als der Entdecker der Imp-
fung gegen Kinderlähmung
(Polio), Jonas Salk, gefragt wur-
de, wem das Patent gehören
würde, sagte er: „Nun ja, der
Menschheit, würde ich sagen.
Es gibt kein Patent. Könnten
Sie die Sonne patentieren?“¹
Der Polio Impfstoff wurde ein
öffentliches Gut und konnte
weltweit zu einem günstigen
Preis genutzt werden. Mit gro-
ßem Erfolg: Über 200 Länder
sind heute Polio-frei.

ARME GEHEN LEER AUS

Beispiele wie das der Po-
lio-Impfung machen deutlich,
dass es Alternativen jenseits
von strenger Patentierung und
astronomischen Arzneimittel-
preisen gibt. Doch die Realität
sieht fast immer anders aus:
Unverzichtbare, lebenswichti-
ge Arzneimittel sind heute
für viele Menschen auf der
Welt unbezahlbar. Und gegen
Krankheiten, die in armen Län-
dern vorherrschen werden erst
gar keine Medikamente entwi-
ckelt. Man bezeichnet sie folg-
lich auch als von der Forschung
vernachlässigte Krankheiten.
Von 1975 bis 2004 kamen 1556
neue chemische Stoffe als Arz-
neimittel auf den Markt. Aber
nur drei davon eignen sich
zur Behandlung von Tuberku-
lose, weitere 18 zur Behand-

lung anderer vernachlässigter
Krankheiten.² In den meisten
Fällen waren diese Innovati-
onen noch dazu das Ergebnis
öffentlicher oder militärischer
Forschung oder sie entstanden
als zufällige Entdeckungen bei
der Erforschung anderer Er-
krankungen.

VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN

Vernachlässigte Krankhei-
ten machen rund 10 % der glo-
balen Krankheitslast aus – also
der verlorenen gesunden Le-
bensjahre weltweit. Aber nur
rund ein Prozent aller Medi-
kamente, die in den vergan-
genen drei Jahrzehnten Jahren
auf den Markt kamen, dienen
der Behandlung dieser Erkran-
kungen.² Und selbst für Pati-
entInnen in Industrieländern
bringen die wenigsten der so-
genannten Neuentwicklungen
wirkliche Behandlungs-Fort-
schritte. Die US-Zulassungsbe-
hörde FDA bewertet weniger
als ein Viertel aller neuer Me-
dikamente als therapeutischen
Fortschritt. Echte Innovationen
sind noch seltener. Taugt das
derzeitige Patentsystem also
als Anreiz für eine bedarfs-
gerechte Forschung, die den
Gesundheitsproblemen in Süd
und Nord gerecht wird?

FORSCHUNG ALS ÖFFENTLICHE VERANTWORTUNG

Die WHO sagt nein. Sie
stellte daher im Jahr 2006 und
2007 jeweils in einer Resoluti-
on³ fest: Der Schutz geistigen
Eigentums ist kein ausrei-
chender Anreiz, Medikamente
für vernachlässigte Krank-
heiten zu erforschen und kann
den Zugang der Armen zu
Medikamenten behindern.
Um neue Forschungsanreize
zu finden, setzte die WHO
eine Intergovernmental Wor-
king Group (IGWG) ein, die
bis Mai 2008 einen Aktions-
plan erarbeiten soll.⁴ Damit
übernimmt die WHO öffent-
liche Verantwortung für die
Arzneimittelforschung. Das ist
ein klares politisches Bekennt-
nis: Wo der Markt versagt, ist
ein öffentliches Eingreifen nöti-
g. Dass für die Bedürfnisse
der Entwicklungsländer mehr
öffentliches Engagement nötig
ist, darüber besteht weitge-
hend Konsens. Dass sich die
Forschung auch in den Indus-
trielländern zu wenig an den
tatsächlichen Bedürfnissen
orientiert, ist eigentlich offen-
sichtlich. Dennoch scheitert
es bisher am Widerstand der
USA und der EU-Länder, auch
hier bei uns politische Konse-
quenzen zu ziehen.

„Es ist das Recht eines jeden, am wissenschaftlichen Fortschritt und seinen Ergebnissen teilzuhaben“ UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte⁵

PATENTFREIE ENTWICKLUNG

Medikamente, Impfstoffe und neue Diagnostika als öffentliches Gut zu verstehen, heißt, sie patentfrei zu produzieren und mit öffentlichen Geldern zu erforschen. Auch jetzt schon wird die Grundlagenforschung zu vielen Krankheiten staatlich finanziert, während die Pharmaindustrie sich auf lukrative Produktentwicklungen konzentriert.

Öffentlich finanzierte, patentfrei entwickelte Produkte gehören der Allgemeinheit. Sie können von Anfang an von mehreren konkurrierenden Herstellern gleichzeitig produziert und als Generika angeboten werden. Es existieren außerdem keine gesetzlich verankerten Einschränkungen bei der Weiterentwicklung eines Wirkstoffes, wie das unter Patentschutz der Fall ist. Ein freier kostenloser Wissensaustausch ist möglich – das zeigt etwa Linux im Softwarebereich oder die Online-Enzyklopädie Wikipedia.

Nach dem jetzigen System zahlen PatientInnen doppelt für jedes Medikament: Zum einen in Form hoher Preise in der Apotheke oder hoher Krankenkassenbeiträge. Zum anderen in Form von Steuern, die die öffentliche Grundlagenforschung finanzieren. Außerdem erhalten Pharmaun-

ternehmen für ihre Forschung nicht unerhebliche Steuersubventionen.

DER 800 MILLIONEN DOLLAR BLUFF

Die forschenden Pharmaunternehmen rechtfertigen die hohen Medikamentenpreise während der Patentlaufzeiten damit, dass sie für die Erforschung eines einzigen Medikaments angeblich 800 Millionen US\$ benötigen, die sie refinanzieren müssen. In dieser Summe stecken allerdings fast 400 Millionen US\$ Opportunitätskosten. Das sind rein virtuelle Kosten, die „verloren“ gehen, weil das Geld in Forschung statt gewinnbringend, z.B. in Aktien, investiert wurde. Dieser virtuell verlorene Unternehmensgewinn wird dann als Kostenfaktor berechnet. Eine hochumstrittene Angelegenheit. Zieht man zusätzlich noch die Steuerersparnis ab, die den Unternehmen für ihre Forschungsbemühungen gewährt wird, verbleiben im Höchstfall 250 Millionen US\$.⁶ Unabhängige Forschungsinitiativen zeigen, dass es möglich ist, ein Medikament sogar für ca. 100 Millionen US\$ zu erforschen und zu entwickeln.

PRODUKT-PARTNERSCHAFTEN

Die Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi)⁷ beweist, dass patentfreie und günstige Medikamente keine Utopie sind. In dieser internationalen Forschungsinitiative haben sich sechs Forschungseinrichtungen zusammenschlossen und entwickeln ohne kommerzielle Inter-

essen Medikamente bis zur Marktreife. 2006 wurden von DNDi erstmals zwei Malariamedikamente patentfrei auf den Markt gebracht.⁸

Zur Bekämpfung der Tuberkulose haben sich die Global Alliance for TB Drug Development (TB-Alliance), die Global TB Vaccine Foundation (Aeras) und die Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) gegründet.⁹ Wie DNDi erforschen diese Einrichtungen in Form von Produktpartnerschaften TB-Medikamente, Impfstoffe und Diagnostika, die allen Menschen weltweit als patentfreie öffentliche Güter zu einem bezahlbaren Preis zur Verfügung stehen sollen. Bisher beläuft sich das Budget der TB Alliance auf 193 Millionen US\$. Weitere 100 Millionen US\$ fehlen noch, um die Entwicklung von zur Zeit fünf TB-Medikamenten abzuschließen, die sich in klinischen Studien befinden. Pharmaunternehmen, die solche Produktpartnerschaften gewöhnlich gerne zur Imagepflege und für PR-Zwecke nutzen, waren bisher kaum bereit, Gelder für die Entwicklung der wichtigen Medikamente zur Verfügung zu stellen. Weniger als 0,2 % des Etats der TB Alliance kommen von den Unternehmen.

KEINE PATENTE – WENIGER KOSTEN?

Produktpartnerschaften gelten derzeit als ein bedeutendes Modell, um Forschung für vernachlässigte Krankheiten zu betreiben. Dieses Modell auch auf andere Forschungsbereiche auszudehnen, würde sich durchaus lohnen. Denn

industrielle Forschung arbeitet in vielen Bereichen uneffektiv und ist zu teuer. Pharmaunternehmen geben doppelt so viel Geld für Werbung aus, wie sie in ihre Forschungsabteilungen stecken und refinanzieren diese Kosten durch hohe Arzneimittelpreise. Alleine in den USA entstehen jährlich Mehrkosten von 25 Milliarden US\$ durch die höheren Preise patentierter Medikamente.¹⁰ Würde Arzneimittelforschung ab sofort ausschließlich öffentlich finanziert und die neuen Medikamente patentfrei unter Wettbewerbsbedingungen verkauft, dann könnte das staatliche US-Gesundheitssystem innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren 110 Milliarden US\$ einsparen.¹¹

WOHER KOMMT DAS LIEBE GELD?

Das Geld für öffentliche Forschung könnte z.B. durch einen internationalen Forschungsfonds aufgebracht werden, in den Länder entsprechend ihrer Wirtschaftskraft einzahlen. Dieser Fonds

könnte dann Forschungsprojekte in Auftrag geben. Die Forschungsergebnisse wären dann grundsätzlich patentfrei. Die höheren Summen, die die Länder für Forschung aufbringen müssten, würden sie über die sinkenden Arzneimittelpreise mehr als einsparen. Ein weiterer Vorteil – neben sinkenden Arzneimittelpreisen – wäre außerdem eine bedarfsgerechte Forschung. Geforscht würde dann, wo tatsächlich ein Mangel an wirksamen Arzneimitteln besteht und nicht dort, wo die größten Profite zu erwarten sind.¹²

- 1 Interview mit Edward Murrow, *See It Now*, April 12, 1955, zitiert nach Smith, Jane S. *Patenting the Sun: Polio and the Salk Vaccine*. New York, New York: 1990. p 305-312
- 2 Chirac, Torreele: *Lancet* 367 (2006) 1560
- 3 *Public health, innovation, essential health research and intellectual property rights: towards a global strategy and plan of action* WHA Resolution 59.24, Genf 27.5.2007
- 4 *Arzneimittelforschung für arme Menschen: Regierungen bereit zu Handeln*. *Pharma-Brief* 8/2007, S. 4-5
- 5 § 12 und § 15.2 UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle

Rechte, 1966: www.unhchr.ch/html/menu3/b/la_ceschr.htm

- 6 Was kostet Pharmaforschung wirklich? *Pharma-Brief Spezial* 2/2005
- 7 www.dndi.org
- 8 Eine Utopie wird Wirklichkeit. *Pharma-Brief Spezial* 2/2005
- 9 www.tballiance.org, www.aeras.org und www.finddiagnostics.org
- 10 Dean Baker, *Financing Drug Research: What Are the Issues?* Center for Economic and Policy Research, Washington 2004
- 11 Dean Baker, *Bigger Than the Social Security Crisis: Wasteful Spending on Prescription Drugs*. Center for Economic and Policy Research, Washington, 2005
- 12 Weitere Information dazu im *Pharma-Brief Spezial* 2/2005

aus: *Pharma-Brief Spezial* Nr. 2/2007 „Tuberkulose“

(CF)



Dr. Christiane Fischer

Auf was ist eigentlich noch Verlass?

DER „PUBLICATION BIAS“ ALS QUELLE ERHEBLICHER UNSICHERHEIT

Wer eine Fort- und Weiterbildungszeitschrift konzipiert und herausgibt, wird unweigerlich mit der Frage konfrontiert, wie eine qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung sichergestellt werden kann. Herausgeber bzw. Herausgaberteam beantworten diese Frage in der Regel damit,

dass sie sich einmal im Jahr treffen und gemeinsam festlegen, welche Themen von welchen Autoren bearbeitet werden sollen. Um ihren hohen Ansprüchen an die Qualität der Artikel gerecht zu werden, suchen sie genau die Autoren aus, von denen sie erwarten, dass sie ihre Arbeit am besten

machen – und zwar weil sie klinische Erfahrungen auf dem entsprechenden Gebiet haben, weil sie sich wissenschaftlich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt haben und/oder weil sie bereits mehrfach über dieses Thema publiziert haben.

Worauf gründen nun aber die Autoren ihre Empfehlungen, die sie in ihren Fort- und Weiterbildungsartikeln geben? Hier bietet sich an, auf das Prinzip der evidenzbasierten Medizin zu rekurrieren, die postuliert, dass Wissen im Bereich der Medizin einerseits auf Erfahrung, andererseits auf den Ergebnissen randomisierter kontrollierter Therapiestudien beruht. Im besten Fall werden sich also die Autoren an die Arbeit machen und in die Darstellung ihrer klinischen Erfahrungen die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien bzw. systematischer Reviews und Metaanalysen einfließen zu lassen.

VERÖFFENTLICHUNG JE NACH ERGEBNIS

Auf welchem unsicheren Füßen auch dieses Vorgehen stehen kann, zeigt eine soeben im *New England Journal of Medicine* erschienene, sehr lesenswerte Studie.¹ Die Autoren untersuchten anhand von 74 Studien zu 12 Antidepressiva, die der Food and Drug Administration (FDA) in den USA während der Prüfung zur Zulassung dieser Substanzen zur Beurteilung vorlagen, wie viele davon publiziert worden waren und welchen Einfluss dies auf die Effektstärke der Substanzen hatte.

Die Studie zeigte, dass 37 von 38 Studien mit einem positiven Ergebnis publiziert worden waren, dagegen bis auf drei Ausnahmen die Studien mit negativem Ergebnis nicht publiziert worden waren (3 von 36) bzw. bei 11 Studien

das negative Ergebnis als ein positives vermittelt worden war.

Wenn die negativen Studien nun in die Gesamtbetrachtung der Effektstärken der einzelnen Medikamente einbezogen wurden, sanken die Effektstärken zwischen 11 und 69 %, im Durchschnitt um 32 %. Da die Effektstärken von Antidepressiva schon bei Einschluss allein der positiven Studien nur im moderaten Bereich liegen, lagen sie bei Einschluss der Negativ-Studien in einem sehr niedrigen Bereich, so dass die Effektivität bei einigen grundsätzlich in Frage gestellt werden muss. Fazit: Die evidenzbasierte Medizin ist nur insofern zuverlässig, als die Datenbasis vollständig und frei von Verzerrungen ist.

KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS

Was bedeutet dies nun für die Praxis? Zum einen hat der Gesetzgeber beschlossen, dass alle Therapiestudien in einem Studienregister aufgenommen werden müssen. Dies ermöglicht es in Zukunft, auch negative Studien zu identifizieren und in Metaanalysen bzw. systematische Reviews einfließen zu lassen. In Deutschland wird das Studienregister in einer Kooperation des DIMDI mit der Cochrane-Gruppe in Freiburg betrieben.

Zum anderen muss bei Arzneimittelstudien darauf gedrängt werden, auch negative Studien in jedem Fall zu publizieren und es nicht nur bei der Registrierung zu belassen. So

lange diese solide Datenbasis nicht existiert, wird es selbst für die Verfasser von Metaanalysen, geschweige denn unsere Autoren, unmöglich sein, die Evidenzen aus randomisierten kontrollierten Therapiestudien zuverlässig darzustellen.

Und die Therapeuten in Kliniken und Praxen? Sollen sie die Flinte ins Korn werfen und sich doch wieder nur auf Erfahrungswissen berufen? Keinesfalls! Falsche oder ungenaue Metaanalysen aufgrund einer schlechten Datenbasis sind kein Argument gegen evidenzbasierte Medizin. Autoren und Leser sollten diese Limitierungen durch den „publication bias“ aber immer im Hinterkopf behalten, wenn es um Empfehlungen der einen oder anderen Therapie geht. Wie relevant das gerade für den Bereich der Antidepressiva ist, hat die Studie aus dem *New England Journal of Medicine* eindrücklich gezeigt.

1 Turner, EH et al: *Selective Publication of Antidepressant Trials and its Influence on Apparent Efficacy. N Engl J Med* 2008; 358:252-60

Editorial aus: „*Psychiatrie und Psychotherapie up2date*“ Nr. 2/2008, Thieme-Verlag, Stuttgart

(KL)



Prof. Dr. Klaus Lieb

Pharmawerbung in Patientenköpfe

INDUSTRIE WILL IN EUROPA FREIE BAHN FÜR BEEINFLUSSUNG DER VERBRAUCHERINNEN

Nach einem gescheiterten Versuch 2003 will die EU-Kommission nun mit aller Macht das Interesse der Industrie an einem direkten Zugang zur Meinung der VerbraucherInnen durchsetzen (siehe auch Pharma-Brief 8-9/2006, S. 1). Als Werkzeug dienen das von Industrieeinfluss überbordende Pharmaceutical Forum und ein Bericht der Kommission an das EU-Parlament.

Noch vor vier Jahren lehnte das europäische Parlament die Einführung VerbraucherInnenwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel mit überwältigender Mehrheit ab. Stattdessen gab das Parlament der EU-Kommission den Auftrag, 2007 eine Bilanz zum Nutzen und den Risiken von Arzneimittelinformation vor allem im Internet abzuliefern, um weitere Verbesserungsmöglichkeiten erkennen zu können.¹ Die Kommission hat ihren Auftrag schlecht erfüllt. Der Bericht gibt so unvollständige Auskunft über die existierenden Informationsquellen, dass man Zweifel an seiner Ernsthaftigkeit haben muss. Der Bericht bietet erst recht nicht auch nur ansatzweise eine Analyse der Qualität der Arzneimittel-Information im Internet. Es wäre zum Beispiel spannend gewesen zu erfahren, wie die Finanzierung einer Website die Qualität beeinflusst. Stattdessen werden von der EU-Kommission völlig unhaltbare Behauptungen aufgestellt. So seien die Behörden der Mitgliedsstaaten nicht in der Lage, das PatientInnenbedürfnis nach substantziellen Informationen zu erfüllen. „Im Gegensatz dazu besitzt die Industrie Schlüsselinformationen zu ihren Medikamenten, aber diese Information kann gegenwärtig in der EU Patienten

und medizinischem Fachpersonal nicht zur Verfügung gestellt werden.“² Mindestens die zweite Hälfte des letzten Satzes ist schlicht Unsinn, denn die Industrie unterliegt keinerlei Beschränkungen in den Informationen, die sie ÄrztInnen zur Verfügung stellt. Umgekehrt ist es eher ein Problem, dass die Industrie die Ergebnisse ungünstig verlaufener Studien auch der Fachwelt vorenthält.³ Viel bedenklicher noch ist der generelle Duktus dieser Aussage: Die Industrie wisse Dinge, von denen der Staat nichts weiß. Und der Staat sei unfähig, vernünftige Informationen zu produzieren. Es ist tatsächlich so, dass der Industrie immer wieder nachgewiesen werden konnte, dass sie negative Erkenntnisse zu Arzneimitteln zurückgehalten hat.⁴ Dieses Verhalten ist in den meisten Fällen schlicht illegal. Es wäre in der Tat eine Bankrotterklärung staatlichen Handelns, wenn die Industrie die Hoheit darüber bekommt, wem sie welche Informationen zur Verfügung stellt und welche sie – weil unvorteilhaft für den Umsatz – zurückhält.

WES BROT ICH ESS

Weiter lässt die Kommission behaupten, „viele Patientengruppen erkennen die Phar-

maindustrie als legitime Quelle von Informationen an“.⁵ Was hier nicht gesagt wird, ob damit genau die Patientengruppen gemeint sind, die durch eben diese Pharmaindustrie mit Geld und Informationen gefüttert werden.⁶

Bereits im Juni 2005 wurde von der EU-Kommission das industriedominierte Pharmaceutical Forum eingerichtet. Mit von der Partie sind der EU-Industriekommissar Verheugen (SPD) und der FDP-Abgeordnete Chatzimarkakis, vormals als Industrielobbyist in Brüssel tätig. Das Forum erarbeitet nicht nur Kriterien für Patienten-„Information“, sondern hat schon vor dem Kommissionsbericht eine Modellinformation zu Diabetes vorgelegt. Mit anderen Worten, die Kommission ließ schon Lösungsvorschläge produzieren, bevor überhaupt der oben genannte Bericht eine Bestandsaufnahme abgab. Nebenbei stieß die „Modellinformation“ wegen ihrer schlechten Qualität auf breite Kritik unabhängiger Gruppen und Fachorganisationen.⁷

ANTIDEPRESSIVA FÜR ALLE

Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel für VerbraucherInnen ist offensicht-

lich manipulativ. Sie enthält für medizinische Laien kaum überprüfbar verzerrende, selektive und irreführende Informationen (ein Beispiel im Kasten). Eine neue pharmakoökonomische Studie kommt zu dem Schluss, dass 96 % der PatientInnen in den USA, die durch eine (dort legale) Direktwerbung für Antidepressiva angeregt werden, zum Arzt zu gehen und eine Verschreibung erhalten, gar keine behandlungsbedürftige Depression haben.⁸ Weil diese Mittel eine eher bescheidene Wirksamkeit haben, bedeutet das: nur einer von hundert durch die Werbung Beeinflussten profitiert tatsächlich von der Medikamententherapie.

Das hält den Autor nicht davon ab, das Ganze für volkswirtschaftlich günstig zu halten. Er versteigt sich sogar zu der These, es wäre sogar günstig, jeden einzelnen US-Amerikaner mit Antidepressiva zu behandeln. Allerdings räumt der Autor ein, dass er die unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Antidepressiva in seine Berechnung nicht mit einbezogen hat. Dies könne den volkswirtschaftlichen Nutzen „beeinträchtigen“. Die unerwünschten Wirkungen können aber erheblich sein – bis hin zum Selbstmord.

BEWUSSTSEINSTRÜBUNG

Neben dieser offensichtlichen Form der Beeinflussung gibt es eine Reihe von subtileren Praktiken, die noch schwerer zu durchschauen sind. Dazu gehören die sogenannten „Krankheitsbewußtmachungskampagnen“, die die Angst

vor einer möglichen Erkrankung schüren, aber keinen Medikamentennamen nennen. Da in der Regel parallel bei ÄrztInnen geworben wird, kann die Umsatzsteigerung auch ohne Nennung eines konkreten Medikaments erzielt werden. Denselben Effekt erzielt der Verweis auf firmengesponserte Webseiten, die verzerrende Informationen enthalten und oft den Wirkstoffnamen nennen.

KRANKHEITEN ERFINDEN

Eine Steigerung solcher „Bewußtmachungskampagnen“ ist die Erfindung neuer Krankheitsbilder. Das heißt, Befindlichkeitsstörungen werden zur behandlungsbedürftigen Krankheit umgedeutet. Ein Beispiel dafür ist die Kreation der „überaktiven Blase“. Damit werden alle zu Kranken erklärt, die meinen zu häufig zur Toilette zu müssen, ohne dass sie unter unwillkürlichem Harnverlust (Inkontinenz) leiden. Eine Strategie „Detrol® positionieren: eine Krankheit erfinden“, wurde von einer Werbeagentur entwickelt. Detrol® (Tolterodine) wurde „vom Nischenprodukt zu einer Gelegenheit zur Massenvermarktung“ umdefiniert. Zum Ziel wurde erklärt: „Die Patientpopulation über diejenigen mit Inkontinenz auf die mit ‚überaktiver Blase‘ ohne Inkontinenz aus[zu]weiten“. „Detrol® als Therapie der Wahl bei überaktiver Blase [zu] etablieren“, ÄrztInnen in der Erkennung, Diagnose und Behandlung von überaktiver Blase zu erziehen und schließlich die „potentiellen PatientInnen mit Direktwerbung und PR zur Symptomerkenntnis zu den ÄrztInnen

[zu] treiben.“⁹

NACHRICHTEN PLATZIEREN

Ein zunehmender Trend zur Vermarktung von neuen Arzneimitteln über die Laienpresse ist zu beobachten. Dabei werden oft schon Jahre vor der Markteinführung Nachrichten über neue Wundermittel lanciert. Zu diesem Zweck dienen z.B. vom Hersteller organisierte Pressekonferenzen oder Berichte von industriegesponserten WissenschaftlerInnen. Dies geschah zum Beispiel mit den später wegen Risiken wieder von Markt genommenen Mitteln wie Rofecoxib (Vioxx®) oder dem Schlankmacher Rimonabant (Acomplia®), der zunächst als effektives Mittel gegen Übergewicht (Spiegel Schlagzeile: „Raus aus der Todeszone“¹⁰) und zur Raucherentwöhnung angepriesen wurde, schließlich in der EU aber nur eine sehr eingeschränkte Zulassung als Lifestyle-Mittel bekam. In den USA wird das Mittel wegen Sicherheitsbedenken (Depressionen, Selbstmordrisiko, epileptische Anfälle¹¹) womöglich überhaupt nicht zugelassen.¹²

PATIENTINNEN EINSPANNEN

Die Förderung von Selbsthilfegruppen fördert ebenfalls den Umsatz, wenn Mitglieder dieser Gruppen durch unkritische und einseitige Informationen zum Wechsel zu neuen, teuren und oft risikoreichen Substanzen bewegt werden. Darüber hinaus sind solche gesponserten Patientengruppenwillkommene Fußtruppen zur

Durchsetzung politischer Ziele. Verschiedene Untersuchungen haben ergeben, dass zwischen einem und zwei Drittel aller Patientengruppen Industriegelder erhalten.¹³ Weitere Methoden zur Umsatzsteigerung sind beispielsweise sogenannte Patienten-Compliance-Programme, bei denen Hersteller den PatientInnen „helfen“, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen.

ALTERNATIVEN SIND MÖGLICH

Statt der Industrie noch mehr Einfluss auf die PatientInnen zu gewähren, sollte eine schärfere Kontrolle versteckter Industrie-propaganda mit schmerzhaften Sanktionen eingeführt werden. Dazu gehört auch die – in den USA übliche – öffentliche Richttstellung falscher Informationen. Eine stärkere Förderung unabhängiger qualitativ hochwertiger VerbraucherInneninformation ist notwendig. Auch die Industrie sollte zu mehr

Transparenz beitragen, in dem sie alle Studien zu ihren Medikamenten öffentlich macht. All diese Forderungen müssen in Deutschland und Europa Gehör finden, damit die EU-Kommission mit ihrer Rolle als Pharmabüttel nicht doch noch Erfolg hat.

1 European Commission. Draft report on current practice with regard to provision of information to patients on medicinal products. Brussels 19 April 2007 http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2007/2007_04/draft_infopati-ents2007_04.pdf

2 European Commission aaO p 16

3 Tim Kendall. Truth, Disclosure and the Influence of Industry on the Development of NICE Guidelines: An Interview with Tim Kendall BioSocieties (2007), 2, 129–140

4 Dazu zählen beispielsweise die Zurückhaltung von Studien zu den Selbstmordrisiken von SSRI-Antidepressiva (siehe Kendall aaO) oder

die Manipulation von Daten zu den Häufigkeit von Herz-Kreislauf-krankungen von COX-2-Hemmern (Risiken erfolgreich vermarktet. Pharma-Brief 4/2005, S. 1-2)

5 European Commission aaO p 13

6 Europäische PatientInnen von der

Industrie gekauft? Pharma-Brief 6.7/2005, S. 1-2

7 MiEF. Patient information in Europe: many concerns May 2007

8 Adam e Block. Costs and Benefits of Direct-to-Consumer Advertising. Pharmacoeconomics 2007. 25: p 511-521

9 Les Toop et al. Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines in New Zealand. Submission from the four Departments of General Practice and Primary Care at the Christchurch, Wellington, Dunedin and Auckland Schools of Medicine. April 2006, Part 2 (submission of 2003) p 27

10 Titel eines Spiegel Artikels zu Rimona-bant. Spiegel Nr. 27/2006, S. 114

11 FDA Panel Focuses of Suicidality at Hearing on Diet Drug Rimonabant. Zimulti Acomplia Report June 2007 www.acompliareport.com/News/news-061407.htm

12 Panel Urges FDA Not to Approve Weight-Loss Drug Washington Post 14 June 2007 www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/06/13/AR2007061300214.html?hpid=sec-nation

13 Barbara Mintzes. Should patient groups accept money from drug companies? British Medical Journal 5 May 2007 p 935

aus: Pharma-Brief Nr. 5/2007

(Jörg Schaaber, BUKO Pharma-Kampagne)

USA: Register für Zahlungen von Industrie an ÄrztInnen verlangt

Der einflussreiche republikanische US-Senator Grassley fordert, dass alle Firmen gesetzlich dazu verpflichtet werden, alle Zahlungen an ÄrztInnen öffentlich zu machen. Anlass dazu gibt es genug.

Ein Beispiel ist die bekannte Kinderpsychiaterin Dr. DelBello. Sie förderte den Umsatz des Astra-Zeneca Medikaments Seroquel® (Quetiapin) erheblich. Obwohl ihre Studien zu keinen eindeutigen Ergebnissen führten, propagierte DelBello den Einsatz des

Neuroleptikums mit der Behauptung, manchen Kindern würde es helfen. In einem Zeitungsinterview war sie gefragt worden, wie viel Geld sie vom Hersteller bekäme. Ihre Antwort: „Vertrauen Sie mir, ich bekomme nicht sehr viel.“¹ Charles E. Grassley deckte

jedoch auf, dass die Wissenschaftlerin in zwei Jahren von AstraZeneca 180.000 US\$ erhielt.

Die Pharmaindustrie ist, wie nicht anders zu erwarten, gegen eine solche Offenlegungspflicht per Bundesgesetz.

„Eine unserer Sorgen ist, dass diese Zahlungen als Bestechung angesehen werden,“ so der Industrieanwalt John Ben-tivioglio. „Die große Mehrzahl sind aber legitime Zahlungen für Dienstleistungen“.¹ Das überzeugt Senator Grassley aber nicht. Er fragte bei einer Handvoll Universitäten nach und musste feststellen, dass niemand die an den meisten Unis üblichen Erklärungen zu Interessenkonflikten überprüft. Die PatientInnen würden sowieso rein gar nichts von dieser möglichen sachfremden Beeinflussung ihrer BehandlerInnen erfahren.

Einige wenige Bundesstaaten der USA sind da schon weiter. Minnesota hat ein solches Register für Zahlungen der Industrie an ÄrztInnen bereits etabliert. Associated Press fand so heraus, dass ÄrztInnen in den Beratungsgremien für die Sozialversicherung keineswegs „sauber“ sind. Ein achtköpfiges Komitee entscheidet in Minnesota über die Medikamente, die im Medicaid-Programm für Arme und Behinderte eingesetzt werden dürfen. Ein Apotheker und ein Arzt in diesem Komitee bekamen dicke Schecks von verschiedenen Firmen. Der Psychiater John E. Simon kassierte innerhalb von drei Jahren auf diese Weise über 350.000 US\$. Die beiden Betroffenen bestritten, durch die Zahlungen beeinflusst zu werden. Da die Beschlüsse des Komitees nicht namentlich protokolliert werden, kann man einen Zusammenhang zwischen den Zahlungen und dem Abstimmungsverhalten schwer nach-

weisen.² Den Empfehlungen des Beratungsgremiums wird fast immer gefolgt. Die teuersten Medikamente für Medicaid wurden von 2000-2004 Zyprexa® (Olanzapin) von Eli Lilly gefolgt von Seroquel (Quetiapin) 2005-2006 von Astra-Zeneca. Man mag kaum an einen Zufall glauben, dass gerade diese beide Firmen Simon die höchsten Summen zukommen ließen. Von 1998-2006 erhielt der Psychiatrie-Professor von Lilly fast eine halbe Million US\$ und von AstraZeneca über 67 Millionen US\$.

Eins haben die Recherchen von AP immerhin bewirkt. Minnesota nimmt jetzt die alten Entscheidungen des Komitees unter die Lupe. Und ab sofort müssen alle Mitglieder entsprechender Komitees ihre finanziellen Interessenkonflikte offen legen und dürfen ggf. nicht abstimmen. In Idaho geht man einen Schritt weiter, dort kann ein Komitee-Mitglied auf der Stelle gefeuert werden, wenn es einen Interessenkonflikt verschweigt.

Dr. Arthur Caplan, Leiter der Medizinethik an der University of Pennsylvania School of Medicine, sagt, dass Berater in solchen Komitees überhaupt kein Geld von der Pharmaindustrie annehmen dürften, denn schließlich entschieden sie über die Behandlung der ärmsten, wehrlosesten PatientInnen. In Nevada ist man schon so weit: Dort dürfen Mitglieder des Entscheidungsgremiums für die öffentliche Arzneimittelversorgung gar keine Verbindungen mit der Industrie haben.

In Deutschland ist man noch lange nicht so weit. Erst seit relativ kurzer Zeit müssen im Gemeinsamen Bundesausschuss, der über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidet, Erklärungen über Interessenkonflikte abgegeben werden. Gegebenenfalls darf das Mitglied an einer Entscheidung zu dem betroffenen Medikament nicht teilnehmen. Ob die Vollständigkeit der Erklärungen zu Interessenkonflikten überprüft wird, ist nicht bekannt.

1 Gardiner Harris. Lawmaker Calls for Registry of Drug Firms Paying Doctors. New York Times 4 August 2007

2 MSNBC.com. Minn. law shines light into money big pharma spends on panel members. The Associated Press, Aug. 21, 2007 www.msnbc.msn.com/id/20379563/

aus: Pharma-Brief Nr. 6/2007

(Jörg Schaaber, BUKO Pharma-Kampagne)

IMPRESSUM

MEZIS e.V. (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 dieser Ausgabe:
Dr. Eckhard Schreiber-Weber

Layout: Kai-Uwe 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 aber in der Regel gern erteilt.

MEZIS-INFORMATIONSVORANSTALTUNG UND MITGLIEDERVERSAMMLUNG

28. Mai 2008, Hörsaal der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz, Tel. 06131 17-7335, klaus.lieb@ukmainz.de, <http://www.klinik.uni-mainz.de/Psychiatrie>

13:30-15:00 Uhr Mitgliederversammlung (Einladung folgt noch)

15:30-18:00 Uhr Veranstaltung mit Dr. Peter Mansfield, Healthy Skepticism, Australien: Healthy Skepticism about drug promotion

Dr. Peter Mansfield ist Allgemeinmediziner, Gründer und Vorsitzender der ärztlichen Initiative Healthy Skepticism (www.healthyskepticism.org) und Forscher am Fachbereich für Allgemeinmedizin der Universität Adelaide, Australien. Er zeigt auf, dass unabhängiges Handeln und Arbeiten für Ärzte und Ärztinnen weltweit möglich ist. In dieser unabhängigen ärztlichen Fortbildung wird er auf folgende Fragen eingehen:

- Werden wir durch Werbung beeinflusst?

- Erhalten kleine Geschenke die Freundschaft? Oder vernebeln sie den Sinn von Ärztinnen und Ärzten und machen korrupt?

- Wie verändert Werbung unsere Arbeit?

- Was denkt die Öffentlichkeit?

- Welche internationalen Initiativen gibt es zur Verminderung der Bestechlichkeit?

- Was sind dringende Aufgaben für die Zukunft?

Im Rahmen der Veranstaltung wird auch MEZIS vorgestellt.

Programmablauf

15.30 Kurzvortrag Dr. Christiane Fischer: Unabhängigkeit ist möglich – Wer ist MEZIS?

15.45 Kurzvortrag Dr. Eckhard Schreiber-Weber: Eine pharmafreie Praxis ist möglich – Eine von Pharmawerbung unabhängige Praxis berichtet

16.00 Kurzvortrag Prof. Dr. Klaus Lieb: Eine unbestechliches Krankenhaus ist möglich – Ein Kliniker berichtet

16.15 Diskussion

16.30 Pause

16.45 Vortrag Peter Mansfield: Healthy Skepticism about drug promotion

(Vortragssprache: Englisch)

anschließend Diskussion

Moderation Prof. Dr. K. Lieb

18.00 Ende

REGIONALTREFFEN

Die Zuordnung nach Regionen ist nur grob. Jedes MEZIS-Mitglied darf selbstverständlich am Treffen seiner Wahl teilnehmen.

Region Südwest (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Süd-Hessen)

Donnerstag, 12.06.2008, 18.00 Uhr, Mannheim, Ort wird noch bekannt gegeben

Ansprechpartner: Prof. Dr. Klaus Lieb, E-Mail klaus.lieb@ukmainz.de, Tel. 6131 17-7335,

Region Süd-Niedersachsen, Nord-Hessen, West-Thüringen

September 2008, Göttingen, Ort und Zeit werden noch bekannt gegeben

Ansprechpartner: Dr. Wolfgang Schwinzer, E-Mail praxis.dr.schwinzer@t-online.de, Tel. 05523 8212

Region NRW und Norden

11.06.2008, 18:00 Uhr, Bielefeld, Ort wird noch bekannt gegeben

Ansprechpartner: Dr. Eckhard Schreiber-Weber, E-Mail praxis@dr-schreiber-weber.de, Tel. 05222 61901

Region Bayern

05.03.2008, 18.30 Uhr, München, Nähe HBF, Ort wird noch bekannt gegeben

Ansprechpartner: Dr. Arne Schöffler, E-Mail schaeffler@mezis.de, Tel. 0821 319540-17