

Die Bündnisfrage*

A Question of Alliance

Michael M. Kochen

In Vorträgen vor Hausärzten frage ich öfter, welcher Verbündete im beruflichen Alltag der wichtigste sei. Von den hier in alphabetischer Reihenfolge genannten Optionen (Ärztchamber, KV, Apotheker, Kolleg/innen, Krankenkassen, Medizinische Fachangestellte, Patienten, Pharmaindustrie) soll hier nur eine korrekt sein. Wie auch immer Ihre Antwort ausfallen würde: Aus den vielen möglichen Bündnissen, die aus dieser Fragestellung hervorgehen könnten, möchte ich drei auswählen, die mir besonders wichtig erscheinen. Es sind die Bündnisse zwischen Ärzten und Patienten, Patienten und Industrie sowie zwischen Ärzten und pharmazeutischen Unternehmen.

Das Bündnis zwischen Ärzten und Patienten

Essenziell für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung [1] sind neben Wissen und Erfahrung des Arztes vorrangig Empathie und Respekt vor den individuellen Wertvorstellungen des Patienten sowie die Fähigkeit, geduldig zuzuhören und medizinische Sachverhalte in einfachen Worten auszudrücken. Hinzu kommt eine Eigenschaft, die im Englischen „*Make the patient comfortable*“ genannt wird, was physisch (z.B. durch eine einfache Berührung) wie auch emotional erfolgen kann. Unter anderem ist auch die dem Patienten gewidmete Zeit ein empirisch gut untersuchter Faktor für die Patientenzufriedenheit [2].

Wer nach Erfahrungen von Patienten mit ihren Ärzten sucht, stößt oft als erstes auf Patientenbeurteilungen in bestimmten Internetforen. Weiterführender sind aber Erfahrungsberichte über die Realität medizinischer Versorgung. Die vielleicht eindrucksvoll-

sten Schilderungen stammen von Ärzten, die selbst Patienten waren. Dazu einige kurze Zitate [3]:

Ein Kollege sucht nach der operativen Entfernung eines (metastasierenden) Schilddrüsen-Karzinoms die Universitätsklinik mit Stimmproblemen auf. Dabei stellt sich heraus, dass das linke Stimmband offensichtlich gelähmt ist. Die hinzugekommene Oberärztin stellt nüchtern fest, dass der Nervus recurrens durchtrennt sei: *„Das bleibt jetzt so, was erwarten Sie eigentlich?“* Darauf der Patient: *„Von Ihnen erwarte ich, dass Sie einen Kurs in angewandter Menschlichkeit besuchen“.*

Eine Kollegin aus Toronto, die an einem Mamma-Karzinom litt, schreibt: *„Ganz abgesehen von den surrealen Schrecken der Therapie musste ich entdecken, wie wenig ich von dem verstand, was meine Patienten durchmachen ... Es ist nahezu unmöglich, zu wissen, wie ein Patient sich fühlt, es sei denn, man war selbst schon in einer ähnlichen Situation.“*

Eine Nichtmedizinerin berichtet: *„Mitte April, die dritte Operation. Der linke Lungenflügel musste entfernt werden ... Nach der Operation war mir weinerlich zumute. Die Depression brach sich langsam Bahn und sollte mich viele Monate begleiten. Da sagte ein Arzt zu mir: ‚Seien Sie froh, nach einer Operation am Lungenflügel verlieren viele Patienten auch noch eine Niere‘. Es hat mich nicht getröstet.“*

Die meisten Patienten haben hingegen gute Erfahrungen mit ihren (Haus-)Ärzten gemacht und alle empirischen Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, dass das Vertrauen zur Berufsgruppe als solcher (noch!) ungebrochen ist [4].

Es gibt allerdings Risse in diesem Bild: In einer deutschen Studie aus 2012 [5], an der über 1.000 das Inter-

net nutzende Patienten teilnahmen, waren 76 % der Befragten der Meinung, dass finanzielle Interessen des Arztes Einfluss auf seine Therapieentscheidungen haben und 78 % gaben an, sich schon einmal über Zahlungen beim Arzt geärgert zu haben. Das bezieht sich offenbar auf Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die in den seltensten Fällen medizinisch rational begründbar sind, sondern meist nur dem reinen Kommerz dienen.

Das Bündnis zwischen Patienten und pharmazeutischen Unternehmen

Die Industrie umwirbt seit geraumer Zeit Selbsthilfegruppen als neue Verbündete [6, 7] und zeigt auch großes Interesse an den Patientenrechten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der u.a. über die Erstattung von Arzneimitteln durch die gesetzlichen Krankenkassen entscheidet. In diesem Gremium sitzen Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Krankenkassen und Patienten (letztere ohne Stimmrecht), aber keine pharmazeutischen Hersteller. Letztere werben daher um die Gunst von Patientenvertretern im Gremium, um auf diesem Wege mehr Einfluss zu gewinnen.

Das hat bereits einige „Erfolge“ gezeigt. Immer wieder genannt wird der Anwalt Dieter Möhler, der den Deutschen Diabetiker Bund im GBA vertritt. Anlässlich der Verleihung der *Goldenen Tablette für den besten Arzneimittelhersteller* merkte er laut Süddeutscher Zeitung an, die Industrie werde nicht etwa aus Gewinnstreben tätig, es gehe ihr allein um den Menschen [8].

Der zitierte Bericht der Zeitung enthält auch eine Recherche über die Größenordnung der Beziehung zwi-

Lehrbereich Allgemeinmedizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

* Modifiziert nach der ersten Hufeland Lecture am 15.11.2014 in Jena, ausgerichtet durch die „Stiftung Allgemeinmedizin“

DOI 10.3238/zfa.2014.0488-0493

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP ...



... Medizinstudium in München und Berlin, Studium der Epidemiologie und Biostatistik an der University of California in Berkeley. Nach Grundlagenforschung in Heidelberg (DKFZ) und an der Stanford University Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin am Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin und der Med. Poliklinik der LMU München. Habilitation in Allgemeinmedizin 1988. 26 Jahre als Allgemeinarzt niedergelassen. Von 1989–2011 Leiter der Abt. Allgemeinmedizin an der Universität Göttingen; seit 2011 Lehrauftrag am Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Freiburg.

schen Patientenorganisationen und pharmazeutischen Unternehmen. Danach sponsorte die Firma Novartis im Jahre 2011 deutsche Patientenorganisationen mit 690.000 €, Pfizer gab 540.000 € und Roche 350.000 € [8].

Markus Grill und Kolleg/innen vom Spiegel veröffentlichten in 2014 eine Datenbank mit den Namen aller Firmen, aller Selbsthilfegruppen und sämtlichen gespendeten Beträgen. Nach diesen Daten betrug das gesamte Spendenvolumen im Jahre 2013 knapp 5,6 Millionen Euro [9]. Der größte Spender war mit 881.000 € die Firma Boehringer Ingelheim.

In einem Kommentar zu der Überschrift des Spiegels „Die fürsorgliche Belagerung“ schreibt ein Leser, der Patient sei für die Pharmaindustrie „nur ein zu bewirtschaftendes Lebewesen, und dessen Krankheiten ein wesentlicher Teil der Kapitalanlagen, die es zu erhalten gilt.“

Mittel- bis langfristig möchte die Industrie natürlich auch das noch gültige Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Europäischen Union aufheben. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe (die für manche ihrer Vertreter äußerst lukrativ ist) könnte den Herstellern helfen, dieses Ziel schneller zu erreichen.

Parallel laufen Bemühungen pharmazeutischer Unternehmen im Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, möglichst viele Medikamente aus der Rezeptpflicht zu entlassen und ihr Werbebudget schrittweise weg von der Ärzteschaft hin zum Konsumenten umzuschichten. Wer einmal das Fernsehprogramm insbesondere vor 20:00 Uhr betrachtet, weiß, was damit gemeint ist.

Die vom neuen EU-Kommissionspräsidenten Juncker geplante Verlagerung des Bereichs Arzneimittelzulassung aus der Verantwortung des Gesundheitskommissars in den Zuständigkeitsbereich der Kommissarin für Binnenmarkt, Industrie und Unternehmertum ist inzwischen auf massiven Druck vieler Organisationen und Einzelpersonen im Gesundheitswesen zurückgenommen worden [10].

Das Bündnis zwischen Ärzten und pharmazeutischen Unternehmen

Diese Liaison in allen Einzelheiten zu schildern, würde den verfügbaren Platz sprengen. Daher sollen zu diesem Themenkreis nur die wichtigsten Informationsquellen genannt werden. Die vielleicht umfangreichste und informativste Arbeit stellt der annähernd 700 Seiten starke Report des Gesundheitsausschusses des britischen Parlamentes aus den Jahren 2004 und 2005 dar [11]. Das Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bestätigt die Ergebnisse der Parlamentspublikation in allen Punkten und geht darüber hinaus auch auf deutsche Besonderheiten ein [12].

Die Vorgehensweisen und Strategien der Industrie können hier nur auszugsweise wiedergegeben werden (zusammengefasst in [13]).

Pharmareferenten

Rund 20 Millionen Mal pro Jahr sprechen in Deutschland geschätzt 12.000 psychologisch gut geschulte Männer und Frauen, sog. Pharmareferenten, im Auftrag ihrer Firmen persönlich bei

Ärztinnen und Ärzten vor. Dabei werben die Vertreter nicht nur für ihre Präparate. Sie machen auch (heutzutage meist kleine) Geschenke und laden zum Essen ein – Sozialpsychologen haben schon vor Jahren experimentell bewiesen, dass solche Zuwendungen ein Gefühl der reziproken Verpflichtung auslösen [14].

Pharmareferenten verteilen auch Ärztemuster, Informationsbroschüren und Vortragsfolien, organisieren Fortbildungsveranstaltungen und Symposien (oft in Luxushotels) und animieren nicht selten zum Off-Label-Gebrauch ihrer Präparate. Auch zahlen sie überhöhte Honorare für die Teilnahme an sog. Anwendungsbeobachtungen, die alleine dem Marketing dienen und so gut wie keine wissenschaftlichen Erkenntnisse bringen.

Die Ausbildungsinhalte und -ziele für Pharmareferenten sind keineswegs geheim und können von jedermann z.B. in Zeitschriftenveröffentlichungen oder im Internet eingesehen werden [15]. Einige wenige Zitate verdeutlichen, worum es bei diesem Training geht [16]:

- „Wenn Sie mit einem Arzt zu Abend essen, vergessen Sie nie: Der Doktor speist zusammen mit einem Freund; Sie essen mit einem Kunden“.
- „Geschenke dürfen unter keinen Umständen als das erscheinen, was sie sind: Bestechung“.
- „Das oberste Ziel Ihrer Arbeit ist: Ändern Sie die Verordnungsgewohnheiten der von Ihnen betreuten Ärzte“.

Gekaufte Artikel

Marketingexperten der Industrie sorgen dafür, erwünschte Ergebnisse ihrer Präparate auf seriös wirkende Weise breit zu streuen, z.B. in bezahlten Supplementen renommierter Fachblätter, die als Sonderdrucke von Firmenvertretern tausendfach an Ärzte verteilt werden. Auf „wissenschaftlichen“ Veranstaltungen, oft im Rahmen zertifizierter Fortbildungen sprechen von den Herstellern hoch bezahlte, vermeintlich unabhängige Meinungsführer. Meist gelingt es den Firmen über Berufsverbände oder Fachgesellschaften, solche Veranstaltungen mit Pflichtpunkten bei den Landesärztekammern zu akkreditieren, obwohl dies nach den Regularien der ärzt-

lichen Selbstverwaltung nicht statthaft ist.

Kollegen, die Ansehen in der Ärzteschaft genießen und die man im Englischen als *key opinion leaders* bezeichnet, publizieren nicht selten Material, das unter ihrem Namen erscheint, aber von den Mitarbeitern des zahlenden Unternehmens geschrieben wird (*ghost authorship*). Selbst in den besten Zeitschriften der angelsächsischen Welt finden sich in 21 % der Texte eine Autorenschaft gegen Honorar oder eine Ghost-Autorenschaft [17].

Während und nach Fachkongressen, die von den Unternehmen gesponsort wurden, schreiben Journalisten (die auf Firmenrechnung eingeflogen wurden) in kostenlos verteilten Ärzteblättern Positives bis Phantastisches über die beworbenen Präparate.

Ergebnisse von Studien, die von der Industrie gesponsort wurden, werden nicht selten über Jahrzehnte in der Schublade verwahrt, selektiv veröffentlicht oder unerwünschte Ergebnisse verschwiegen (prominentes Beispiel der letzten Zeit: Oseltamivir/Tamiflu®).

Eine der absatzwirksamsten Geschäftsmodelle ist die Erfindung und Vermarktung von angeblichen Krankheiten (*disease mongering*). Durch Veränderung von Grenzwerten – wie z.B. bei Blutdruck, Blutzucker oder Cholesterin – mutieren gesunde Menschen plötzlich zu Kranken. Diese Strategien eröffnen der Industrie neue gigantische Absatzmärkte [18].

Streuzeitschriften

Ein weiteres Wirkungsfeld pharmazeutischer Unternehmen sind die nach Ende des Zweiten Weltkrieges in Deutschland erfundenen **Streuzeitschriften**. Diese von Werbeanzeigen durchsetzten Fachblätter werden kostenlos an alle niedergelassenen Ärzte geschickt und publizieren regelmäßig von Firmenmitarbeitern geschriebene Texte unter dem Deckmantel redaktioneller Meinung. Andere Artikel werden nicht selten von sog. „Mietmäulern“ verfasst (Kollegen mit einem guten Namen in der Ärzteschaft, die mit der Industrie verbunden sind und die Fachöffentlichkeit beeinflussen sollen). Kritische Berichterstattung können sich diese Blätter gar nicht leisten,

da sie ihre Inserenten vergrätzen würden.

Insbesondere die Anzeigen der pharmazeutischen Industrie in Fachzeitschriften übertreiben entgegen den wissenschaftlichen Belegen den Nutzen der beworbenen Arzneimittel und verharmlosen deren Risiken.

Die Verführung geht aber weit darüber hinaus: Anzeigen ohne oder nur mit marginalen Aussagen rufen beim ärztlichen Leser (z.B. durch die bildliche Darstellung glücklicher Menschen oder einer schönen Landschaft) gute Gefühle in Zusammenhang mit einem Arzneimittel hervor. Diese Art von Werbung kann Ärzte dazu bringen, ein Medikament für nützlicher oder sicherer zu halten als es tatsächlich ist – die Leser weisen das natürlich weit von sich ... [19].

Annette Becker und Kollegen aus Marburg, Göttingen, Hamburg und Toronto publizierten im Jahre 2011 eine Studie, die untersuchte, ob die Art der Finanzierung von elf deutschen Zeitschriften mit den dort abgegebenen Empfehlungen für oder gegen ein Medikament zusammenhängt [20]. In Streuzeitschriften, Blättern, die zum Teil durch Werbung und zum Teil durch Abonnementsgebühren finanziert werden, sowie Zeitschriften, die ausschließlich von deren Abonnenten bezahlt werden, wurden alle 297 Artikel, alle 638 Werbeanzeigen und alle redaktionellen Empfehlungen für oder gegen ein Medikament analysiert. In den durch Werbung finanzierten Zeitschriftenartikeln wurden die besprochenen Medikamente überdeutlich empfohlen, während in der großen Mehrheit der Artikel aus den kostenpflichtig abonnierten Blättern eine kritische Meinung transportiert wurde.

Der ehemalige Inspektor des niederländischen Gesundheitsamts, Hans ter Steege, schätzt, dass die Branche 25 bis 30 % ihres Umsatzes für Marketing und Vertrieb ausgibt, während nur 15 % in Forschung und Entwicklung investiert werden [21]. Die Aussagen von Industrieverbänden, dass sehr viel höhere Summen für Forschung und Entwicklung ausgegeben werden, sind wissenschaftlich widerlegt [22, 23].

Obwohl evidenzbasierte Studien zeigen, dass Ärzte, die pharmazeutischer Werbung ausgesetzt sind, unnötig viel, irrational und unnötig teuer

verordnen [24], sehen viele ärztliche Berufsverbände und medizinische Fachgesellschaften in der Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen kein Problem. Als exemplarisches Beispiel, das wegen seiner offenen Sprache auffällt, sei ein Pegnitzer Kinder- und Jugendarzt zitiert [25]: „Was ist an Zuwendungen der Industrie falsch? Wenn sich mehrere Anbieter eines Medikaments gleicher Qualität um Marktanteile bemühen, ist es da nicht ökonomisch vernünftig gedacht, das Präparat eines Herstellers zu verordnen und dafür von ihm eine Prämie zu erhalten? Problematisch ist es doch nur, wenn der verordnende Arzt seine Indikationen künstlich ausweitet und mehr als notwendig verordnen würde. Erst dann ist das unethisch, erst dann wäre der Tatbestand der Korruption erfüllt“.

Klaus Lieb und Simone Brandt von der Mainzer Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie veröffentlichten 2010 eine Studie, bei der sie 300 Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie, Allgemeinmedizin und Kardiologie zu ihren Kontakten mit Pharmareferenten befragten [26]. Sie konnten zeigen, dass 77 % der Ärzte mindestens einmal wöchentlich und 19 % sogar täglich von Vertretern der Pharmaindustrie besucht wurden. Obwohl sich die Hälfte der Ärzte dabei nicht angemessen informiert fühlt, werden diese Usancen aufrechterhalten. Ganze 6 % der Ärzte hielten sich selbst, 21% hingegen ihre Kollegen für beeinflussbar. Die Ergebnisse der zitierten Untersuchung sind im In- und Ausland vielfach reproduziert worden.

Drei Bündnisse – welches ist das bedrohlichste?

Die Darstellung wesentlicher Charakteristika der drei Bündnisse stellt aus guten Gründen das dritte, die Beziehung zwischen Ärzten und pharmazeutischen Unternehmen, am stärksten heraus. Die Begründung dafür liegt auf der Hand.

Das Bündnis zwischen Patient und Arzt ist quasi naturgegeben. Ohne Vertrauen in die Kenntnisse, die Fähigkeiten, das handwerkliche Geschick, die Empathie und die unbe-

dingte Loyalität ihrer Ärzte würden die meisten Kranken mit ihren Leiden und Beschwerden vorwiegend Angehörige anderer Berufsgruppen aufsuchen.

Das relativ neue **Bündnis zwischen Patienten-Selbsthilfegruppen und der Industrie** ist zwar potenziell gefährlich, hat aber bei Weitem noch nicht die Dimension der Kooperation zwischen Ärzten und pharmazeutischen Unternehmen erreicht. Da die Autonomie des Patienten einen hohen Wert in unserer Gesellschaft darstellt, lässt sich durchaus eine Entwicklung vorstellen, bei der keiner mehr den Wünschen von Patienten widersprechen kann – selbst nicht mit Argumenten der evidenzbasierten Medizin.

Das dritte Bündnis zwischen Ärzten und pharmazeutischen Unternehmen ist mit Abstand das bedrohlichste und erscheint durch seine inhärenten psychologischen Mechanismen veränderungsresistent. Das bleibt es aber nur dann, wenn die Ärzteschaft das so will oder zumindest stillschweigend toleriert.

Bedrohlich ist das Bündnis nicht nur, weil es quantitative Ausmaße angenommen hat, die jede vernünftige Kooperation z.B. bei der Entwicklung eines neuen (wirklich neuen) Medikaments bei Weitem übersteigen. Es hat auch das Potenzial, die Basis für das seit Jahrhunderten tief verankerte Bündnis zwischen Ärzten und Patienten, nämlich Vertrauen, zu zerstören und damit die Gesellschaft in ihrem innersten Kern zu tangieren.

Trotz einer Vielzahl an Manipulationen und Bestechungsversuchen, die von einem prominenten dänischen Cochrane-Forscher der organisierten Kriminalität zugeordnet werden [27], steht die pharmazeutische Industrie nicht als Alleinschuldiger da. Denn: Die Unternehmen handeln weitgehend systemkonform.

Werbung per se ist integraler Bestandteil von Konkurrenz und Marktwirtschaft – die man natürlich ablehnen kann. Wer aber das System bejaht oder zumindest mit und in ihm lebt, wird an diesen Erscheinungen schwerlich vorbei kommen.

Sollte z.B. die Firma Porsche eines Tages auf den verwegenen und sicher unrealistischen Gedanken verfallen, in der Zeitschrift für Allgemeinmedi-

zin eine Werbung für eines ihrer Fahrzeuge zu platzieren, wäre ich als einer von fünf Herausgebern nicht abgeneigt, diese Annonce anzunehmen. Aus einem simplen Grunde: Als Arzt kann man ein Auto nicht verschreiben. Ob es bei seinen Patienten gut ankommt, wenn ein Hausarzt einen Porsche fährt, ist natürlich eine andere Sache ...

Was allerdings nicht akzeptabel erscheint sind intransparente Werbung mit Halbwahrheiten oder Manipulation von wissenschaftlichen Belegen durch bezahlte Autoren. Genauso wenig akzeptabel ist aber auch die unkritische Bündnisbereitschaft von Teilen der Ärzteschaft, trotz massiver Loyalitäts- und Interessenkonflikten dem Lockruf der Industrie zu folgen.

Die Gaben der Industrie sind für unsere Reputation und die Beziehung zu unserem Hauptverbündeten, dem Patienten, mehr als riskant. Sie sind schädlich.

Was tun?

Was kann die Ärzteschaft tun, um diese bedrohliche Gefahr abzuwenden, zumindest zu reduzieren? Lassen Sie mich einige vielversprechende Entwicklungen erwähnen.

- In allen Ländern der westlichen Welt wurden in den letzten Jahren unabhängige Organisationen gegründet, welche die Unabhängigkeit von pharmazeutischen Unternehmen auf ihre Fahnen geschrieben haben. Die erste war die US-amerikanische Gruppe *nofreelunch.org* (<http://www.nofreelunch.org/>), gefolgt von Schwesterverbänden in Deutschland (MEZIS) und vielen anderen europäischen Ländern.
- Ein weltweiter Verbund von industriekritischen, anzeigefreien Arzneimittelzeitschriften, die *International Society of Drug Bulletins* (ISDB; <http://www.isdbweb.org/>) informiert die Fachöffentlichkeit und zunehmend auch die Massenmedien.
- Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ; <http://akdae.de/>) ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer, legt inzwischen die ausführlichen Erklärungen von Interes-

senkonflikten aller ordentlichen Mitglieder lückenlos im Internet offen.

- 2016 feiert die bundesweit einzige industrieunabhängige Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM; <http://www.degam.de>) ihr 50-jähriges Bestehen. Ihre Mitgliederzahl hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als vervierfacht. Die von der DEGAM herausgegebene Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA; <https://www.online-zfa.de/>) ist frei von pharmazeutischen Anzeigen.
- In den USA müssen seit Anfang Oktober dieses Jahres alle Arzneimittel- und Medizingeräte-Hersteller detaillierte Daten über die von ihnen *mit mindestens 10 USD (!) bezahlten* Ärzte machen – mit genauer Angabe der Zuwendung sowie Name und Adresse des jeweiligen Arztes (*The Physician Payment Sunshine Act*; <https://openpaymentsdata.cms.gov>). Nichtbeachtung oder Verletzung dieser Pflichten können mit einer Buße für die Unternehmen von jährlich bis zu 1 Million USD geahndet werden. In den letzten fünf Monaten des Jahres 2013 erfolgten Zuwendungen von mindestens 3,5 Mrd. USD, wahrscheinlich 7 Mrd. USD an 60 % aller amerikanischen Ärzte. 90 % der 300 höchstbezahlten Ärzte waren Männer, die in den USA aber nur 68% der Ärzteschaft ausmachen [28].

Die im deutschen Wirtschaftsverband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) organisierten Firmen wollen angeblich nachziehen. In einer Ende Mai 2014 publizierten Absichtserklärung des Verbandes heißt es, man wolle „ein neues Kapitel in Sachen Transparenz aufgeschlagen“ und „gläserne Verhältnisse zwischen Ärzten und Firmen schaffen“. Ab 2015 sollten „Zuwendungen systematisch erfasst und erstmals bis Mitte 2016 – für jedermann zugänglich auf einer Website des jeweiligen Unternehmens – im Internet veröffentlicht“ werden. Leider hinge aber die Offenlegung des Zuwendungsempfängers – „aus datenschutzrechtlichen Gründen“ – von dessen Zustimmung ab. Stimme der nicht zu, würden Zahlungen „auf je-

den Fall in zusammengefasster, anonymisierter Form“ veröffentlicht [29].

Im Einklang mit dieser offensichtlichen Blockadehaltung stehen (einflussreiche) Kollegen, welche die bisherige Zusammenarbeit mit der Industrie fortsetzen wollen und gegen alle wissenschaftlichen Erkenntnisse behaupten, diese Beziehung hätte keine negativen Einflüsse. Sie attestieren sich selbst Unbeeinflussbarkeit und bescheinigen den Vertretern einer strikten Unabhängigkeit „Purismus“.

Solche Reaktionen sind keineswegs auf Deutschland beschränkt. So berichtet eine amerikanische Notfallmedizinerin, die eine Kampagne für uneingeschränkte Offenlegung bestehender Interessenkonflikte namens „*Who's my doctor*“ ins Leben gerufen hat, über Hassmails wie z.B.: „Gehen Sie nach Russland oder Kuba, dort können Sie ihre Art von Medizin betreiben“ oder „Ihre Arbeit ist eine Invasion meiner Privatsphäre, Sie Ferkel“ [30].

Wir dürfen uns daher nicht auf den bislang errungenen Erfolgen ausruhen. Aus meiner Sicht sollten wir keine Pharmareferenten empfangen, den Empfang von Streuzeitschriften verweigern, wenige, aber unabhängige und bezahlte Zeitschriften lesen, eine Arzneimittelliste mit strikt limitierter Substanzzahl benutzen und ungeprüfte Empfehlungen („Eminenzbasierte Medizin“) kritisch überprüfen.

Kolleginnen aus der amerikanischen Georgetown University in Washington D.C. sagen, das nur eine Kultur, in der die Annahme von Geschenken der Industrie bei den so bedachten Ärzten Scham auslöst, dazu führen kann, dass diese Kooperation seltener und die soziale Norm des „Sich-Erkennlich-Zeigens“ abgemildert werden [31].

Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen allerdings, dass gutgemeinte Appelle alleine keinen Umschwung in der Haltung vieler Kolleginnen und Kollegen bewirken werden.

Guido Bohsem, Wirtschaftsjournalist bei der Süddeutschen Zeitung, ging Mitte 2012 auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) ein, das die Annahme von Geld und anderen Geschenken durch niedergelassene Ärzten *nicht* mit Bestechung gleichsetzte [32]. Als Begründung wurde angeführt, dass Niedergelassene im Gegensatz zu Angestellten (die per Gesetz schon lange keine Geschenke mehr annehmen dürfen) auf eigene Rechnung arbeiten würden und daher niemandem Rechenschaft schuldig seien. Die gesetzliche Gleichbehandlung niedergelassener und angestellter Ärzte wäre das Ende der ärztlichen Freiberuflichkeit.

Diese realitätsferne, möglicherweise interessengeleitete Betrachtung des BGH lässt die Sozialbindung des Vertragsarztes weitgehend außer Betracht, die den öffentlichen Auftrag beinhaltet, über die Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten zur medizinischen Versorgung des Landes beizutragen.

Bohsem empfiehlt als Mittel der Wahl die *Änderung der ärztlichen Berufsordnung*, welche die Annahme von Geschenken der Industrie unter Androhung harter Sanktionen ächten müsste.

Soweit mir bekannt ist, hat die Selbstverwaltung in dieser Richtung allerdings so gut wie nichts getan. Und wie immer in solchen Fällen nimmt sich die Politik der Sache an. Soeben hat der bayerische Justizminister Winfried Bausback (Professor für öffentliches Recht) eine Gesetzesinitiative auf der Justizministerkonfe-

renz in Berlin eingebracht, nach der künftig auch freiberuflich tätige Ärzte wegen Bestechlichkeit bestraft werden sollen und nicht nur die Klinikärzte.

Schlussfolgerungen

Sollte die deutsche Öffentlichkeit die einträgliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten und pharmazeutischer Industrie in vollem Umfang wahrnehmen und die Tragweite dieses Bündnisses verinnerlichen, dürfte das Arzt-Patienten-Verhältnis, die Beziehung zu unserem wichtigsten Bündnispartner, einer Zerreißprobe ausgesetzt werden. Einmal verlorenes Vertrauen kann zu einer schweren Belastung unseres Berufsstandes werden. Wer das für ein Hirngespinnst hält, sollte einen Blick auf die Transplantationskandale der letzten Jahre und die massiv gesunkene Organspendebereitschaft der Bevölkerung werfen.

Unsere Beziehung zur Industrie zu entflechten und unser Vertrauen zu unseren Patienten zu bewahren, wird nach meiner Überzeugung zu einer der wichtigsten Aufgaben der nächsten Jahre: Der Bewältigung der Bündnisfrage.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen,
MPH, FRCP
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
mkochen@gwdg.de

Literatur

- Schattner A. The silent dimension. Arch Intern Med 2009; 169: 1095–99
- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract 2006; 23: 308–16. <http://fampra.oxfordjournals.org/content/23/3/308.long> (letzter Zugriff am 01.11.2014)
- Kochen MM. Erwartungen von Patienten an die ärztliche Ausbildung. ZAEFQ 1999; 93: 599–604
- Petek D, Künzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice – revisited after 11 years. Int J Qual Health Care 2011; 23: 621–8. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/6/621.long> (letzter Zugriff am 31.10.2014)
- Jameda-Patientenstudie 2012. <http://www.jameda.de/presse/patientenstudien/studien.php?which=2> (letzter Zugriff am 10.10.2014)
- Schubert K, Glaeske G. Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe. Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik, November 2006. www.medi-info.ch/d/data/data_12.pdf (letzter Zugriff am 1.11.2014)

7. Klemperer D. Interessenkonflikte der Selbsthilfe durch Pharma-Sponsoring. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 2009; 52: 71–76. [kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2009-02bgb.pdf](http://www.kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2009-02bgb.pdf) (letzter Zugriff am 1.11.2014)
8. Keller M. Die Männer mit der goldenen Tablette. Süddeutsche Zeitung vom 30.07.2012
9. Elmer C, Grill M, Schäfer M. So viel Geld spendiert die Pharmaindustrie. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/patienten-datenbank-pharmaindustrie-spendete-millionen-an-organisationen-a-969476.html> (letzter Zugriff am 12.10.2014)
10. Kochen MM. Juncker lässt Arzneimittel und Medizinproduktezulassung beim Gesundheitsressort. DEGAM-Benefits, 16.10.2014
11. House of Commons Health Committee. The influence of the pharmaceutical industry. Fourth Report of Session 2004–05, Volume I + II. London: The Stationery Office Limited, 2005. www.lindalliance.org/pdfs/HofCHealthCommittee.pdf (letzter Zugriff am 29.10.2014)
12. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Stuttgart, Kohlhammer 2005. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505670.pdf> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
13. NN. Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen beeinflusst. Arzneimittelbrief 2005; 39: 65–68. <http://www.der-arzneimittelbrief.de/Jahrgang2005/Ausgabe09Seite65.htm> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
14. NN. Meals: a very effective gift. Prescribe 2013; 33: 374. <http://english.prescribe.org/en/81/168/48625/0/NewsDetails.aspx?page=8> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
15. Elliott C. The drug pushers. The Atlantic 2006 (April). <http://www.theatlantic.com/magazine/print/2006/04/the-drug-pushers/304714/> (letzter Zugriff am 13.10.2014)
16. Fugh-Berman A, Ahari S. Following the script: how drug reps make friends and influence doctors. PLoS Med 2007; 4: 621–25. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040150> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
17. Wislar JS, Flanagan A, Fontanarosa PB, DeAngelis CD. Honorary and ghost authorship in high impact biomedical journals: a cross sectional survey. BMJ 2011; 343: d6128. <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6128.long> (letzter Zugriff am 28.10.2014)
18. Masche UP. Disease Mongering. Pharma-kritik 2006; 28: 25–28. http://www.infomed.ch/pk_template.php?pkid=155 (letzter Zugriff am 28.10.2014)
19. Biegler P. Tricks of the trade in drug promotion. Non-propositional content in pharmaceutical advertising to health professionals. Aust Prescrib 2014; 37: 163–6. <http://www.australianprescriber.com/magazine/37/5/163/6> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
20. Becker A, Dörter F, Eckhardt K, et al. The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes. Can Med Ass J 2011; 183: 544–48. <http://www.cmaj.ca/content/183/5/544.long> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
21. Koch K. Wer rasiert wird, hält besser still (Interview mit dem Inspektor des niederländischen Gesundheitsamts, Hans ter Steege, über die Manipulationsversuche der Pharma-Konzerne). Süddeutsche Zeitung vom 15.03.2002
22. Light DW, Warburton R. Demythologizing the high costs of pharmaceutical research. Biosocieties 2011; 6: 34–50
23. Gagnon MA, Lexchin J. The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. PLoS Med 2005; 5: e1. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050001> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
24. Spurling GF, Mansfield PR, Montgomery BD, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. PLoS Med 2010; 7: e1000352. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000352> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
25. Goering U. Korruption bei Ärzten. Raus aus der Ethikfalle. Allgemeinarzt 2013; 35: 3 <http://www.allgemeinarzt-online.de/a/1584356> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
26. Lieb K, Brandtönies S. Eine Befragung niedergelassener Fachärzte zum Umgang mit Pharmavertretern. Dtsch Arztebl 2010; 107: 392–98. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/76324/Eine-Befragung-niedergelassener-Fachaeerzte-zum-Umgang-mit-Pharmavertretern> (letzter Zugriff am 29.10.2014)
27. Götzsche PC. Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität. Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert. München: Riva Verlag, 2014
28. Carlat D. Exploring the link between industry payments to doctors and prescribing habits. BMJ 2014; 349: g6651 <http://www.vfa.de/de/verband-mitglieder/transparenzkodex-der-pharmaindustrie/kooperation-sichtbar-machen.html> (letzter Zugriff am 23.10.2014)
29. Wen L. Patients can't trust doctors' advice if we hide our financial connections with drug companies. BMJ 2014; 348: g167
30. Wen L. Patients can't trust doctors' advice if we hide our financial connections with drug companies. BMJ 2014; 348: g167
31. Sah S, Fugh-Berman A. Physicians under the influence: social psychology and industry marketing strategies. J Law Med Ethics 2013; 41: 665–72
32. Bohsem G. Dr. med. und sein Geschenk. Süddeutsche Zeitung 23./24.06.2012



Für Ihre längerfristige Planung

49. DEGAM-Jahreskongress in Bozen/Südtirol vom 17. bis 19. September 2015
50. DEGAM-Jahreskongress in Frankfurt/Main vom 15. bis 17. September 2016