

## Workshop II

### **„Pharmaindustrie schreibt Rezepte“ -**

#### **Übertriebene Kritik oder realistische Zustandsbeschreibung?**

Cora Koch

Bei den zahlreichen Medikamenten, die sich auf dem deutschen Markt befinden, ist es leicht, den Überblick zu verlieren. Ist hier die Pharmaindustrie in der Lage, uns sicher und zuverlässig zum Beispiel über neue Medikamente zu informieren? Bei einem Waschmaschinenkauf würden wir uns doch auch nicht ausschließlich von der Herstellerfirma beraten lassen.

Im Workshop sollten die Werbestrategien der Pharmafirmen und Möglichkeiten, damit umzugehen, besprochen werden. Wie kann man als Ärztin auf diese Beeinflussung reagieren und welche Möglichkeiten gibt es, national und international an neutrale Informationen zu gelangen?

Diskutiert haben wir vor allem über die Punkte pharmafreie Fortbildungen, Zugang zu unabhängigen Informationen (vor allem für Ärztinnen, aber auch Patientinnen) und Ausschluss von Zuwendungsnehmern von Schlüsselpositionen. Weitere wichtige Punkte waren die Vernetzung von Vereinen, die zu diesem Thema arbeiten und die Einführung eines Studienregisters beziehungsweise einer Registrationspflicht für Studien.

Hier werden zunächst die Folien des Vortrags dokumentiert. Im Anschluss folgt Cora Kochs Zusammenfassung der gesamten Diskussion, in der mögliche Handlungsansätze kursiv markiert sind. Vielen Dank an Angelika Zollmann für die schnellen Recherchen zum Anhang!

1. Folien des Vortrages

## Wer ist MEZIS?

### Mein Essen zahl ich selbst e.V.

- 2007 gegründete kleine Nicht-Regierungs-Organisation
- unabhängige **Ärztinnen und Ärzte** (und inzwischen auch **Medizinstudierende**), die konsequent patienten-orientiert verordnen wollen
- Gegründet von der BUKO-Pharmakampagne und TI
- Inzwischen etwa 260 Mitglieder



MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V.

4

## MEZIS e.V. ist Teil ...



... des weltweiten No-free-Lunch-Netzwerks ...

... in Italien



... Großbritannien



... USA



... bald auch in der Schweiz?

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V.

5

## Interessen



„Die Pharma-Unternehmen sind keine Verbündeten der Ärzteschaft. Die Branche verfolgt eindeutig andere Interessen – sie will mit ihren Produkten Profit machen. Als Mediziner müssen wir dagegen die Wirksamkeit von Medikamenten unabhängig beurteilen und dabei deren Risiken sowie ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis berücksichtigen.“

Interview Prof. Ludwig 2007  
in: „G + G Gesundheit und Gesellschaft“ AOK Forum, Juni 2007

## Die Hersteller haben ein Problem...




Geforscht wird an Medikamenten und in Bereichen, in denen es sich **finanziell** lohnt

Leider ist die Erfindung wirklich neuer Medikamente **teuer, schlecht planbar, sehr zeitaufwändig**

Im Moment sind die "pipelines" leer...

Aber: Die Pharmaindustrie kann nur durch **regelmäßige Neueinführung (Launch)** patentierter Medikamente überleben, für die dann für 7-13 Jahre ein **Vermarktungsmonopol** besteht.




## Die Lösungsoptionen

Möglichkeiten der Hersteller, dem Problem zu entkommen, sind:

- **I. Aquisitionen** kleiner innovativer Firmen (v.a. im Sektor Biotech üblich, aber ebenfalls extrem teuer)
- **II. Auslagerung von F&E** (Auftragsforschung, Tochterfirmen), nur bedingt erfolgreich, weil schwer steuerbar und Erfolge nicht planbar
- **III. Konzentration auf risikoarme Pseudoinnovationen** = Molekülvarianten etablierter Wirkstoffe, denen marginale Nutzenvorteile unterstellt werden (manchmal haben sie sie auch tatsächlich).
  - Deren Patentierung und Markteinführung ermöglicht
    - Preiserhöhungen um Faktor 3 – 10 gegenüber Originalmolekül
    - und de facto Verlängerung des Patentschutz des Altmoleküls bzw. der entsprechenden Marktposition um weitere Jahre

---

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 10



## Wie können Pseudoinnovationen so erfolgreich sein?

Die erfolgreiche Vermarktung von Pseudoinnovationen erfordert **weltweite Öffentlichkeitsarbeit**

Um dies zu gewährleisten, bauen die Hersteller **strategische Allianzen**. Diese werden bei praktisch jedem Launch eines Moleküls aufgebaut und zu einem Netzwerk verknüpft - mit bis zu 8 Jahren Planungs- und Vorlaufzeit.

Oft halten die Knoten dieses Netzwerks so dicht, dass selbst **vielfache tödliche Nebenwirkungen** von Pseudoinnovationen, obwohl publik, jahrelang missachtet werden (Beispiel: COX2-Hemmer)

---

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 12

## Wer spielt mit bei diesem Netzwerk?



Neun Beteiligte werden in der Regel herangezogen\*\*:

1. Die meinungsführenden Ärztinnen und Ärzte (Opinion leaders) → dazu im 2. Teil mehr
2. Die klinisch-forschenden Ärztinnen und Ärzte → dazu im 2. Teil mehr
3. Die ärztlichen Fachgesellschaften → dazu im 2. Teil mehr
4. Die Anbieter der Ärztlichen Weiterbildung → dazu im 2. Teil mehr
5. **Die Niedergelassenen**
6. Die Krankenhäuser → dazu im 2. Teil mehr
7. Die Medizinjournalisten
8. Die Selbsthilfegruppen
9. Die Politik → dazu im 2. Teil mehr

\*\* viele würden die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung, wie (in DE) die KVen, die KBV und LÄKs noch in diese Liste mitaufnehmen – hier aber hat sein 2005 ein Sinneswandel stattgefunden: mehrere KVen (Hessen, Bayern) haben öffentlich das hier dargestellte Netzwerk angeprangert und teilweise die Abschaffung von Ärztemustern und Pharmavertretern gefordert [z.B. Munte, KVB, Bayer. Ärzteblatt 2.2006]

## Die Niedergelassenen



Die Niedergelassenen spielen im Maintenance-Marketing die **Hauptrolle**.

Als Kommunikationsscharnier dienen **Pharmavertreter**

Instrumente sind:

- Überwachung und Incentivierung des Ordnungsverhaltens
- Anwendungsbeobachtungen
- Informationskontrolle
- Gratismusterabgabe
- “Kooperationen”



[www.ims-health.com](http://www.ims-health.com)

## zu 5: Anwendungsbeobachtungen



**Anwendungsbeobachtungen** sind zwar als wissenschaftliches Instrument zur Erkennung besonderer Risiken in der Phase 4 AMG nach der Zulassung in DE gesetzlich verankert, bringen aber für die Arzneimittelsicherheit praktisch nichts. Gründe

- niedrige methodische Standards sowohl von Seiten der Industrie als auch von Seiten der durchführenden Ärzte
- keine regelmäßige Publikation
- keine unabhängige Supervision
- von Seiten der Ärzte kein richtiges Patiententracking, Honorare (25 – 100 € pro Pat.) stehen im Vordergrund
- Aufwand in DE allein pro Jahr 1 Mrd € [wird als „Forschung“ verbucht]
- Patient werden durch kostenlose Arzneimittel = ersparte Zuzahlung motiviert

## zu 5. die Kooperationen



**Kriminelle Unterstützung** in Form diverser “Kooperationen” (Buchgeschenke, bezahlte Teilnahme von Kongressbesuchen, Reisespesen für Reisen, die nie stattfinden, Kickbacks, übergroße Ärztemusterabgabe) waren früher beliebt und geduldet

- Bsp. Schering: Betaferon, HET; GlaxoSmithKline: Teveteon, GSK (Italien): Hycamtin ...
- bei vielen Konzernen (v.a. die SEC-tangiert sind und wo ethical investments eine Rolle spielen) findet hier Umdenken statt



Abb. aus: Oben: Dt. Ärzteblatt 22.03.2002, A. Finzen: Wir dankbaren Ärzte, Unten: SZ vom 19.12.2006, S. 1

Polizei durchsucht 400 Wohnungen

## Justiz bekämpft Betrug in der Pharmabranche

Ratiopharm-Mitarbeiter sollen Ärzte durch Geschenke zum Verschreiben ihrer Medikamente veranlasst haben

## zu 5. Informationskontrolle der niedergelassenen Ärzte



**Informationskontrolle** funktioniert über

- Oralen Vortrag, Broschüren und Sonderdrucke des Außendienst
- Pharma-Essen-Kultur (im Schnitt Mo bis Do in München-Stadt und Landkreis 4 Pharmaessen in gehobenen Hotels oder Erlebnisgastronomie, alle umsonst, 3-4 Gänge, Essenswert 40-50 €)
- Regionale und überörtliche Veranstaltungen
- Standespresse
  - jeden Werktag erreichen jeden niedergelassenen Arzt 1 kg Papier, der überwältigende Anteil davon beschäftigt sich mit Arzneiverordnungen



Beispiel für eine ärztliche Tageszeitung. Nicht, dass dort vieles falsch oder gar gefälscht wäre, was dort zu lesen steht – aber der Arzt lernt, statt auf den Patient auf die Bedürfnisse der Hersteller zu schauen.

## Das Maßnahmenpaket für Niedergelassene



Niedergelassene Ärzte im MEZIS-Netzwerk wollen

- keine Pharmavertreter und -vertreterinnen mehr empfangen
- und von Pharmaherstellern keine Geschenke – insbesondere keine Gratismuster – mehr annehmen
- an Anwendungsbeobachtungen nicht teilnehmen
- nur sichere und bewährte Medikamente verordnen und Zurückhaltung in der Rezeptierung erst jüngst zugelassener Arzneimittel üben, über deren Risiken in den ersten Jahren ihres Gebrauchs wenig bekannt ist
- keine Computerprogramme einsetzen, die von Arzneimittelherstellern finanziert werden (in DE der Regelfall, Generika-Konzerne sind Sponsoren)
- keine Rezeptdaten aus dem Praxiscomputer verkaufen
- sich aus herstellerunabhängigen Veranstaltungen und Fachzeitschriften weiterbilden
- die Teilnahme an Veranstaltungen meiden, deren Finanzierung nicht offengelegt wird.
- ihre Wartezimmer frei von pharmaabhängigen Zeitschriften halten.

Teil III. Was die Ärzte konkret dagegen tun könn(t)en

**Streitthema Außendienst**

**MEZIS**  
MEIN ESSEN ZAHL ICH SELBST

- Studien zeigen, dass der massive Einsatz von Pharmavertretern im Außendienst effektiv ist – rund 80% aller Ärzte sind empfänglich  
BuKo Pharmabrief 2002, Steinmann et al. PLS medicine Vol. 4. 4 e13ff (2007)
- Sonst würde die Pharmaindustrie auch nicht so viel Geld für diesen Marketingkanal ausgeben
  - 15000 Vertreter allein in Deutschland
  - jeder besucht 8 – 10 Ärzte pro Werktag
  - d.h. jeder Arzt bekommt 400 Besuche p.a.
- Ärzte schätzen sich auch untereinander so ein, dass 84% der Kollegen durch Pharmavertreter beeinflussbar sind (Am Journ Med 2000)
- Allenfalls 15% der Arztpraxen haben aber Maßnahmen ergriffen, um den wachsenden Besucherstrom von Pharmareferenten wenigstens zu steuern, unter 5 % verzichten ganz darauf (eigene Recherche)

**Das Letzte**

*„Der Pharma-Außendienst wird - trotz erschwelter Rahmenbedingungen - auch in Zukunft das wichtigste (und teuerste) Instrument bei der Vermarktung verschreibungspflichtiger Arzneimittel sein. [...] Das Seminar zeigt Ihnen, wie Sie erreichen, dass Ihre Marketingpläne wirksam in der Arztpraxis umgesetzt werden.“*

Seminarausarbeitung des Colloquium Pharmaceuticum vom 11.9.2006, einer Servicegesellschaft des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie.

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 21

Teil III. Was die Ärzte konkret dagegen tun könn(t)en

**Streitthema Außendienst**


**MEZIS**  
MEIN ESSEN ZAHL ICH SELBST

Auf Pharmavertreter zu verzichten, ist für niedergelassene ein Lackmus-Test.

- Fast alle (deutschen) Ärzte empfinden Pharmavertreterbesuche als lästig, zudem ihre Frequenz stark angestiegen ist seit 1995
- Die meisten Ärzte betonen aber ihre Vorteile
  - Muster, die sie kostenfrei (meistens) an Privatpatienten oder (seltener) an bedürftige Patienten abgeben können
  - Bequeme Informationen frei Haus, garniert mit (zumeist) kleinen Geschenken
  - Türöffner für weitere Zuwendungen
- Nach einer Studie der KV Bayern verordnen Kassenärzte die Pharmavertreter aussperren, umsatzmäßig aber 20% weniger an Medikamenten
- Umgekehrt gesprochen: wer Pharmavertreter ins Haus lässt, für den muss die GKV-Gemeinschaft 25 % mehr an Arzneikosten einkalkulieren – bei laut KV Bayern nicht vorhandenem Mehrnutzen für die Patienten

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 22





## Wer spielt nochmal mit beim Marketing-Netzwerk?

---


Neun Beteiligte werden in der Regel herangezogen\*\*:

1. **Die meinungsführenden Ärztinnen und Ärzte (Opinion leaders)**
2. **Die klinisch-forschenden Ärztinnen und Ärzte**
3. **Die ärztlichen Fachgesellschaften**
4. **Die Anbieter der Ärztlichen Weiterbildung**
5. Die Niedergelassenen
6. **Die Krankenhäuser**
7. Die Medizinjournalisten
8. Die Selbsthilfegruppen
9. **Die Politik**

\*\* viele würden die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung, wie (in DE) die KVen, die KBV und LÄKs noch in diese Liste mitaufnehmen – hier aber hat sein 2005 ein Sinneswandel stattgefunden: mehrere KVen (Hessen, Bayern) haben öffentlich das hier dargestellte Netzwerk angeprangert und teilweise die Abschaffung von Ärztemustern und Pharmavertretern gefordert [z.B. Munte, KVB, Bayer. Ärzteblatt 2.2006]

---

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 26



## „Opinion leaders“

---

- **3% des Werbeetats** gehen an “opinion leaders”
- I.d.R. Chefärztinnen/-ärzte der Universitätskliniken
  - Großes fachliches/gesellschaftliches **Ansehen**
  - oft gleichzeitig auch **Funktionäre** ärztlicher Berufs- und Fachverbände
  - Mitwirkung an **Leitlinien**
  - Bei Forschung angewiesen auf **Drittmittel**
- Inzwischen viele der einflußreichen fachärztlichen Verbände in die Interessen der Pharmaindustrie eingebunden  
[Fall Prof. Teichmann Schering / HRT]

---

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 27

## Opinion leaders- so läuft es praktisch



---


<i>Phase I</i>	<i>Anfüttern:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Honorar für Teilnahme (!) Fortbildung</li><li>• Anwendungsbeobachtungen mit Personalunterstützung</li><li>• Finanzierung Kongressbesuche von Mitarbeitern</li></ul>
<i>Phase II</i>	<i>Angeln:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Großzügige Forschungsförderung (Sponsoring)</li><li>• Karriereförderung (Vortragsvermittlung)</li><li>• Überhöhte Vortragshonorare</li></ul>
<i>Phase III</i>	<i>Einsatz:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gutachter / Berater mit Pauschalvertrag</li><li>• Promotion /Desinformation</li><li>• Gezielte Delegation als Meinungsbildner und Funktionär (Ethikkommission, Selbstverwaltung)</li><li>• Nicht publizieren von Negativstudien</li></ul>

[verändert nach P. Schönhöfer 2004]

---

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 28

## Die forschenden Ärztinnen und Ärzte



---

Die forschenden Ärzte stehen am Anfang der Pseudoinnovations-Wertschöpfungskette.

Drei Gründe, warum sie mitmachen:

- Ob ein neues Molekül eine Innovation oder Pseudoinnovation darstellt, stellt sich erst nach 2-5 Jahren klinischer Forschung heraus → (späte) Projektabbrüche aber sind fatal für die Karriere
- Die Hauptmotoren der klinischen Forschung sind Mediziner vor der Habilitation → sie stehen unter hohem Zeitdruck → Forschungserfolge für wirkliche Innovationen aber gibt es nur auf lange Sicht
- Öffentliche Forschungsgelder sind knapp--> auf Drittmittel angewiesen

---

MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. 29



## Die Fachverbände und ihre Leitlinien

Durch die Beeinflussung der „Opinion leaders“ sind auch die Fachverbände nicht mehr unabhängig.

Gelegentlich sitzen Marketingreferenten von Herstellern offen am Tisch von Expertenrunden.

Zu was das führt, zeigt das deutsche Beispiel Alprostadil [nach P. Schönhöfer 2004]

1988:	Zulassung (intravenös) Deutschland
1995:	Zulassung (USA) abgelehnt (Inzw. zugelassen für ED)
2002:	Positivliste-Kommission: Alprostadil nutzlos
05/2003:	Anhörung Positivliste: Alprostadil nutzlos (Ende 2003 wurde Positivliste begraben)
09/2003:	AkdÄ: Alprostadil positiv

## Die Veranstalter der ärztlichen Weiterbildung



- Laut Gesetz: Fortbildungen müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein (§95d Sozialgesetzbuch)

### Dennoch:

- Die Pharmaindustrie beherrscht durch Zuwendungen den Markt der deutschen medizinische Weiterbildung
- Es gibt keinen einzigen nennenswerten medizinischen Fortbildungskongress, der frei von Pharmaeinfluss ist
- Die Problematik des „Agenda-Settings“ (wer entscheidet, worüber überhaupt geredet wird) scheint überhaupt nicht erkannt.

## Krankenhäuser



Seit 2006: Keine Gratisabgabe von großen Medikamentenmengen an Krankenhäuser erlaubt. Keine Rabatte für Krankenhäuser erlaubt.

Aber: Abgabe zu niedrigem Preis ist "legal".

So fungieren die Krankenhausapotheken als Markteintrittskanal, da die meisten Medikamente ambulant weiterverschrieben werden.

## Mögliche Forderungen



- Öffentlichkeit herstellen – Zuwendungen an öffentliche Funktionsträger, insbesondere Professoren, sollten generell publikationspflichtig werden
- Entbindung von Zuwendungsnehmern von Schlüsselfunktionen wie z.B. der AKDÄ aber auch der ÄKs.
- Unabhängige Ethikkommissionen
- Mehr Geld für öffentliche klinische Forschung
- Keine Fortbildungspunkte für pharmagesponserte Fortbildungsveranstaltungen

## 2. Zusammenfassung der Diskussion

### Ärztinnen

*Fortbildungen* Ärztekammern zertifizieren Fortbildungen und sollten auch überprüfen, ob sie werbefrei sind. Trotzdem sind noch viele Fortbildungsveranstaltungen pharmafinanziert.

- Wir wissen nicht, wie verschiedene Ärztekammern das handhaben. Sinnvoll wäre es, das bei den verschiedenen LÄKs zu recherchieren.
- Wahrscheinlich muss man auf Länderebene anfangen, wenn man etwas bewirken will, weil es keine "Kontrolle von oben nach unten" gibt.
- Recherche zur Ärztekammer Bremen und Bayern s. Anhang 1

*Zuwendungsnehmer in Schlüsselpositionen* Es wäre gut, Menschen, die Interessenskonflikte haben, von bestimmten Schlüsselpositionen auszuschließen (zum Beispiel in den Ärztekammern und Fachverbänden.), damit Richtlinien etc. frei von Beeinflussung bleiben.

- Vorher müsste allerdings geklärt werden, wer dann von wem kein Geld mehr annehmen dürfte. Also welche Art von Interessenskonflikt disqualifiziert eine Person für eine bestimmte Position?
- Außerdem ist es nicht so leicht, herauszufinden, wer von wem Geld bekommt. Vorschlag wäre eine Zusammenarbeit mit der Gruppe LobbyControl. (<http://www.lobbycontrol.de/blog/>, siehe auch Anhang 2). Bisher hat sich diese Gruppe allerdings nicht auf pharmaspezifische Themen konzentriert.

*Unabhängige Informationen* Was PharmavertreterInnen liefern können sind kompakte Informationen, die genau auf den Bedarf der Ärztin zugeschnitten sind. Etwas Vergleichbares in "unabhängig" gibt es derzeit nicht.

- die internationalen Fachjournale, die unabhängig (oder zumindest etwas kritischer) sind, sind auf Englisch.
- Informationen im Arzneitelegramm/Arzneimittelbrief/Pharmabrief sind nicht fachspezifisch. Sinnvoll wäre zum Beispiel eine Zusammenfassung, die seltener erscheint und die Artikel, die für ein bestimmtes Fachgebiet relevant sind, enthält.
- Eine zentrale unabhängige Stelle, die über Nebenwirkungen oder Interaktionen informiert, gibt es nicht. Hier hat die Industrie immer noch das Informationsmonopol. Mögliche Alternativen: das pharmakologische Institut in Bremen; für Mitglieder der BKKs: BKK-Arzneimittelberatung (inkl. Hotline. [www.bkk-arzneimittelberatung.de](http://www.bkk-arzneimittelberatung.de))

*Gratismuster* Streitpunkt: Muster von Medikamenten anzunehmen, die Patientinnen sonst selber zahlen müssten, ist sinnvoll, da sie sonst eventuell die Medikamente nicht nehmen würden, die sie aber brauchen. Nach einer Studie in den USA könnte aber vermutet werden, dass Muster eher innerhalb der eigenen sozialen Schicht verschenkt werden, zumindest ist es unwahrscheinlicher, dass PatientInnen aus niedrigeren Schichten kostenlose Arzneimittelmuster erhalten (Cutrona et al., American Journal of Public Health, Februar 2008: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376889/?tool=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376889/?tool=pubmed)).

*Habilitation* Die Art und Weise, in der im Moment die Habilitation organisiert ist, ist nicht besonders sinnvoll; sie setzt die ForscherInnen unter Druck, ohne dass sie wirklich durch den Prozess für die nachfolgende Lehrtätigkeit qualifiziert werden (siehe Folie 29).

### Patientinnen

Auch für Patientinnen fehlen unabhängige, leicht zugängliche Informationen. Möglichkeiten sind die Unabhängige Patientenberatung ([www.unabhaengige-patientenberatung.de/Arzneimittelberatung.html](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/Arzneimittelberatung.html)) und auch hier die BKK-Arzneimittelberatung. Kritik: die Beratungsangebote sind noch relativ neu und die MitarbeiterInnen im Moment mit einigen Anfragen überfordert.

### Politik

*Studienregister* Seit 2008 wird in Freiburg ein Studienregister geführt, es gibt aber keine Registrationspflicht. Daher ist das ganze nicht besonders sinnvoll. Eine Petition des AKF, eine Registrationspflicht einzuführen wurde abgelehnt. Ein neuer Versuch würde aber sicher nicht schaden!

*Ethikkommissionen* Die Art und Weise, wie Ethikkommissionen zusammengesetzt werden, ist meist sehr intransparent. Es wäre aber eigentlich wichtig, unabhängige Ethikkommissionen zu haben...

*Pharmafonds* In Italien zahlen Pharmaunternehmen eine Steuer, die direkt in einen Fonds geht, um öffentliche Forschung zu finanzieren. Wäre dies eine Möglichkeit, auch in Deutschland mehr Geld für öffentliche und damit unabhängige Forschung zu gewinnen?

### Vereine

*Vernetzung* Eine bessere Vernetzung von Vereinen, die zu diesem Thema arbeiten, wäre gut. Also zum Beispiel mit MEZIS, VDÄÄ und BUKO Pharmakampagne.

Möglichkeiten, zusammenzuarbeiten wären

- eine gemeinsame Arztsuche, wie es sie bei MEZIS schon gibt, so dass PatientInnen gezielt nach unabhängigen Ärztinnen suchen können.
- Die gemeinsame Ausrichtung einer Tagung zum Thema.

### Medien

*Medienforschung* Es gibt leider sehr wenig Medienforschung zum Thema Arzneimittel.

*Serien* Möglicherweise könnte man über veränderte Schwerpunkte in (Arzt-)Serien das Geschehen beeinflussen?