PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne | H 11838 | ISSN 1618-4572 | November 2026 | Nr. 8-9


© SKapl/iStock

Ein Essen für 20 Dollar

Pharmawerbung verändert, wie Ärzt*innen verschreiben

Werbung, Geschenke, gesponserte Fortbildungen: Pharmaunternehmen investieren Milliarden, um Ärzt*innen auf verschiedenste Weisen für ihre Produkte zu gewinnen. Eine neue Cochrane-Übersichtsarbeit zeigt jetzt, dass sich das für die Industrie auszahlt.

Im Jahr 2020 gaben sieben der zehn größten Pharmaunternehmen weltweit mehr für Marketing und Vertrieb aus als für die Entwicklung neuer Medikamente.[1] Allein in den USA flossen 2016 knapp 30 Milliarden US-Dollar in Marketing, rund 20 Milliarden davon zielten direkt auf Ärzt*innen ab.[2] Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit fragt nach den Auswirkungen dieser massiven Investitionen. 93 Studien wurden dafür ausgewertet – 82 aus den USA, elf aus Europa.[3] Sie untersuchten, wie sich Zahlungen, Essenseinladungen, Werbung und gesponserte Fortbildungen auf Angemessenheit, Menge und Kosten von Verordnungen sowie auf Anträge zur Aufnahme in Krankenhaus-Arzneimittellisten auswirken. Das alles im Vergleich zu Ärzt*innen ohne oder mit weniger Industriekontakten.

Werbung wirkt – auch wenn man es nicht merkt

Was als Arzneimittelwerbung gilt, hat die WHO schon 1988 weit gefasst. In ihren „Ethischen Kriterien für die Arzneimittelwerbung“ bezeichnet sie Werbung als „alle informierenden und überzeugenden Aktivitäten von Herstellern und Händlern, deren Wirkung darin besteht, die Verschreibung, die Abgabe, den Kauf und/oder die Anwendung von Arzneimitteln herbeizuführen“.[4] Entscheidend ist also die Wirkung, nicht die

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

ein Präsident verhandelt mit Pharmaunternehmen über Arzneimittelpreise für den öffentlichen Sektor. Dabei geht es auch um die Erstattung einer Abnehmspritze. Gleichzeitig kauft er Aktien der Firma, die sie herstellt.[1] Sie ahnen schon, es geht um Donald Trump. Aber es kommt noch schlimmer: Zahlen sollen für die Einsparungen in den USA andere Länder, darunter auch Deutschland, denn Big Pharma wird geschont. Lesen Sie mehr auf Seite 3.

Diese Ausgabe ist etwas schmaler geraten. Dafür haben wir viel Energie in den beiliegenden Spezial zum Thema Zoonosen gesteckt. Es geht um Krankheiten, die von Tieren auf Menschen und/oder umgekehrt übertragen werden. Sie sind weltweit Teil des Alltags und von großer Vielfalt. Wir bieten Einblicke in ein echtes Menschheitsthema.

Ihr



Jörg Schaaber

1 Tahir D (2026) Trump bought Lilly stock as his admin boosted its obesity drugs. USA Today, 25 May https://eu.usatoday.com/story/news/politics/2026/05/25/trump-invested-in-eli-lilly-meanwhile-admin-boosted-its-obesity-meds/902499730007/ [Zugriff 28.10.2026]

vorgebliche Absicht, und damit zählen auch scheinbar neutrale Angebote wie gesponserte Fortbildungen dazu. Das Spektrum der Beeinflussung ist breit: Besuche von Pharmareferent*innen, Anzeigen in Fachzeitschriften, Online-Werbung, Essenseinladungen, Reisekosten, Vortragshonorare und sogar Ghostwriting.[3] Weil Werbung in so vielen Formen auftritt, ist sie in der Wahrnehmung der Zielgruppe oftmals gar nicht so präsent.

„Für den Preis einer Pizza bin ich nicht käuflich."[3] So oder ähnlich denken viele Ärzt*innen – sie halten sich für immun gegen Pharmawerbung. Dem ist aber nicht so. Die Autor*innen des Reviews beschreiben: Werbung diene der Industrie „als Gedächtnisstütze, die die Aufmerksamkeit der Ärzt*innen auf die beworbenen Produkte lenkt, sodass sie bei einer Verschreibungsentscheidung eher an diese denken".[5] Dies spiegelt sich in den Ergebnissen der Analyse wider.

Werbung und Fortbildung

Mit Werbung und Fortbildungen sind Besuche von Pharmareferent*innen, Anzeigen in Fachzeitschriften und in Verordnungssoftware, Werbepost und Online-Werbung bis hin zu gesponserten Kongressvorträgen und Fortbildungen, gemeint – auch dann, wenn eine Firma diese nur finanziert und ein Dritter sie durchführt. Untersucht wurden in dieser Kategorie überwiegend die Besuche von Pharmareferent*innen.

Die Übersichtsarbeit belegt mit sieben Studien und über 151.000 Teilnehmenden, dass Ärzt*innen, die sich solchen Angeboten aussetzen, mehr Medikamente verschreiben. Sechs Studien mit rund 1.300 Ärzt*innen fanden mehr unangemessene Verschreibungen, zwei weitere mit 986 Teilnehmenden höhere Verschreibungskosten. Ob der Kontakt mit der Pharmaindustrie auch dazu führte, dass Ärzt*innen bestimmte Präparate für die Arzneimittelliste ihres Krankenhauses vorschlagen, hat nur eine einzige, über 30 Jahre alte Studie untersucht. Sie deutet zwar darauf hin, ist aber zu klein und zu alt, um belastbar zu sein.

Geschenke und Zahlungen

Am deutlichsten fallen die Ergebnisse bei Geschenken und Zahlungen aus. Ärzt*innen, die sie annehmen, verschreiben weniger angemessen, das zeigen 10 Studien mit 2,9 Millionen teilnehmenden Ärzt*innen. Sie stellen mehr Rezepte aus (39 Studien mit 3,8 Millionen teilnehmenden Ärzt*innen) und, dass diese Rezepte wahrscheinlich auch noch teurer sind, zeigen 25 Studien mit 2,5 Millionen Ärzt*innen. Dabei gilt: Viel hilft viel. Je öfter sich Ärzt*innen von einer Firma zum Essen einladen ließen und je mehr Geld oder Geschenke sie erhielten, desto deutlicher veränderte sich ihr Verschreibungsverhalten. Je wertvoller die Zuwendung, desto größer der Effekt. Schon eine Mahlzeit für 20 US-Dollar ging mit mehr Verordnungen für das Medikament einher, und jede weitere Einladung brachte zusätzliche Rezepte.

Die massenhafte Verschreibung von Opioiden hat in den USA eine Welle von Abhängigkeit und Überdosis-Todesfällen ausgelöst (wir berichteten[6]). Verstörend ist, dass eine im Review ausgewertete Studie zeigte: Je mehr Mahlzeiten Ärzt*innen von Opioidherstellern erhielten, desto mehr wurden diese Schmerzmittel verschrieben: Mit jeder zusätzlichen Einladung stiegen die Opioid-Verordnungen im Folgejahr durchschnittlich um 9,3 %.

Klare Regeln helfen

Das Review ging auch der Frage nach, welchen Einfluss Regeln haben, die die Beeinflussung durch die Industrie eindämmen sollen – und ob sie sich auf das Verschreibungsverhalten auswirken. Einige medizinische Fakultäten und Krankenhäuser beschränken den Kontakt zwischen Studierenden, Ärzt*innen und der Industrie, etwa indem sie Besuche von Pharmareferent*innen oder bestimmte Geschenke verbieten. Das zahlt sich aus: Dort wird wahrscheinlich angemessener verschrieben, das zeigen 2 Studien mit 3.065 Ärzt*innen. Möglicherweise wird auch weniger verschrieben (das zeigen 6 Studien mit 110.470 Ärzt*innen). Ob solche Regeln auch die Kosten senken, ist dagegen unklar. Je mehr Beschränkungen gelten, desto größer ist aber ihr Effekt.

Transparenz: USA versus Deutschland

Nicht selten verweisen wir auf die Beeinflussung durch die Pharmaindustrie. Wir berichteten beispielsweise über Pharmagelder für die Autor*innen des psychiatrischen Diagnosehandbuchs DSM,[7] über mehr als eine Milliarde US-Dollar an Zahlungen für Gutachter*innen renommierter Fachzeitschriften[8] und darüber, wie die Dachorganisation der medizinischen Fachgesellschaften AWMF Interessenkonflikte kleinredet.[9]

In Deutschland veröffentlichen Pharmafirmen ihre Zahlungen freiwillig nach einem Kodex der Industrie, aber nur, wenn die Ärzt*innen zustimmen, und das tun die wenigsten.[10] In den USA hingegen sind Zahlungen gesetzlich offenzulegen. Dass das Review auf so viele Daten zurückgreifen kann, verdankt es vor allem dem US-amerikanischen „Physician Payments Sunshine Act" von 2013[11,12] und ähnlichen Transparenzdatenbanken in anderen Ländern.

Dass man sich dem Einfluss aber auch entziehen kann, zeigt die Initiative MEZIS – „Mein Essen zahl ich selbst". Die Ärzt*innen in diesem Netzwerk lehnen Geschenke, Essenseinladungen und pharmafinanzierte Fortbildungen ab und setzen sich für unabhängige Fortbildung und Transparenz ein.[13] (EF)

1 AHIP (2021) Pharmaceutical Industry Marketing vs. R&D. web.archive.org/web/20211027200634/https://web.archive.org/web/20211027200634/www.ahip.org/wp-content/uploads/202107-AHIP_Rx-Marketin-gRD-1.pdf [Zugriff 27.10.2026]

2 Schwartz LM, Woloshin S (2019) Medical Marketing in the United States, 1997–2016. JAMA; 321, p 80 https://doi.org/10.1001/jama.2018.19320

3 Mintzes B et al. (2026) Pharmaceutical industry information and promotional strategies aimed at prescribers. Cochrane Database of Systematic Reviews; (10), CD013423 https://doi.org/10.1002/14651858.CD013423.pub3

4 WHO (1988) Ethical criteria for medicinal drug promotion. Geneva. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4d5f499f-3dcd-4eaa-8f9e-6d690ff93631/content [Zugriff 27.10.2026]

5 Lexchin J et al. (2026) Drug company promotion negatively affects how doctors prescribe: insights from a new Cochrane review. The Conversation, 9 Oct https://theconversation.com/drug-company-promotion-negatively-affects-how-doctors-prescribe-insights-from-a-new-cochrane-review-292682 [Zugriff 27.10.2026]

6 Pharma-Brief (2025) Eine Facette der internationalen Opioid-Krise. Nr. 5-6, S. 2

7 Pharma-Brief (2024) Wer klassifiziert Erkrankungen? Nr. 2-3, S. 7

8 Pharma-Brief (2025) Sponsort die Pharmaindustrie Peer-Reviewer? Nr. 2-3, S. 5

9 Pharma-Brief (2022) Wissenschaftsverband AWMF auf Abwegen Nr. 3, S. 4

10 Pharma-Brief (2019) Klagewelle gegen Transparenz. Nr. 3, S. 8

11 ein US-amerikanisches Bundesgesetz, das die Dokumentation und Veröffentlichung von finanziellen Beziehungen zwischen der Gesundheitsindustrie und Ärzt*innen sowie Lehrkrankenhäusern vorschreibt

12 Pharma-Brief (2013) USA: Sonnenschein jetzt amtlich. Nr. 1, S. 8

13 https://mezis.de

TRUMPS PHARMA-DEALS

Public Citizen sichtet geheime Preisabkommen

Monatelang hielt die US-Regierung ihre Preisabkommen mit Pharmakonzernen unter Verschluss. Jetzt hat Public Citizen den Zugang zu zwei davon erstritten. Die Verträge mit Big Pharma sind zwar massiv geschwärzt, doch das Lesbare zeigt: Profitieren sollen vor allem die Konzerne, bezahlen sollen andere Länder.

Die Verbraucherorganisation Public Citizen verlangte die Herausgabe der Verträge zwischen der US-Regierung und den großen Pharmakonzernen. Als die Regierung nicht reagierte, klagte die Organisation im Januar 2026. Die Organisation berief sich auf den Freedom of Information Act, das US-Informationsfreiheitsgesetz. Es erlaubt allen Einsicht in Behördendokumente, ob Bürger*innen, Journalist*innen oder Organisationen. Im September 2026 gab das US-Gesundheitsministerium (HHS) schließlich die Verträge mit Pfizer und Eli Lilly heraus, zwei von insgesamt 27. Preise und Produktlisten sind geschwärzt. Doch das Lesbare bestätigt die Kritik: Die Klauseln erleichtern es den Konzernen, Medikamente im Ausland teurer zu verkaufen oder andere Länder gar nicht mehr zu beliefern.[1]

Trumps „Meistbegünstigung“

Seit Herbst 2025 schließt die US-Regierung Einzelverträge mit Pharmakonzernen. Die Firmen sagen niedrigere Preise und Investitionen in den USA zu, dafür entgehen sie den angedrohten Zöllen von 100 % auf patentgeschützte Arzneimittel.[2] Das Muster zeichnete sich schon vorher ab (wir berichteten[3]), denn damals drohten die USA mit hohen Zöllen auf Arzneimittelimporte. Wer die Preise für den US-Markt senkt, sollte Ermäßigungen bekommen, wer Teile der Produktion ins Land verlegt, gar keinen Zoll zahlen.

Trumps erklärtes Ziel ist, dass Medikamente in den USA nicht mehr kosten als im günstigsten vergleichbaren Industrieland – klingt auf den ersten Blick nicht verkehrt.[3] Erreichen will die US-Regierung das aber vor allem, indem andere Staaten mehr zahlen. Die Konzerne sollen im Ausland höhere Preise durchsetzen und einen Teil der Mehreinnahmen in die USA zurückführen.[1] Großbritannien hat bereits nachgegeben. Das Land hat auf Druck der USA zugesagt, seine Arzneimittelausgaben zu verdoppeln, was bis 2036 Mehrkosten von 52 Milliarden Euro verursacht. Weil dafür an anderer Stelle im NHS gespart werden muss, rechnen Wissenschaftler mit 291.000 zusätzlichen Todesfällen.[4]

Gegen Deutschland läuft seit Juni 2026 eine Untersuchung des US-Handelsbeauftragten, weil es angeblich zu wenig für Medikamente zahlt.[4]

Was die Dokumente offenlegen

Die brisanteste Klausel steht im Pfizer-Vertrag: Erhöht der Konzern seine Preise im Ausland, erhält das US-Gesundheitsministerium einen Teil der Mehreinnahmen. Wie hoch dieser Anteil ist und welche Medikamente betroffen sind, bleibt geschwärzt. Pfizer steht nach Angaben einer Sprecherin „zu seiner Überzeugung, dass die freiwillige Vereinbarung, die Pfizer im vergangenen September 2025 mit der Regierung getroffen hat, ein Gewinn für amerikanische Patienten ist“.[1] Von „freiwillig“ kann angesichts angedrohter Zölle von 100 % kaum die Rede sein. Und dafür, dass US-Patient*innen tatsächlich profitieren, gibt es keinerlei stichfeste Hinweise, vermutlich bleiben die Preise relativ hoch, um die Gewinne der US-Firmen zu schützen. Das ist bitter in einem Land, in dem viele einen großen Teil der Medikamentenkosten selbst tragen müssen.

Außerdem wurde für Public Citizen ersichtlich, dass sich das Weiße Haus zu früh freute. Den Pfizer-Deal feierte es schon im September 2025 als fertig. Unterschrieben wurde er laut Dokumenten aber verbindlich erst im Februar 2026. Auch der Vertrag mit Eli Lilly hat einen Haken. Eigentlich soll Medicaid, die staatliche Krankenversicherung für Menschen mit geringem Einkommen, künftig weniger für Medikamente zahlen. Doch ausgerechnet die teuren Abnehmspritzen von Lilly sind davon ausgenommen. Würde auch Konkurrent Novo Nordisk diese Ausnahme bekommen, entgingen Medicaid laut Public Citizen bis zu 1,7 Milliarden US-Dollar an Einsparungen. Zudem billigt die US-Regierung im Lilly-Vertrag ausdrücklich, dass Firmen andere Länder gar nicht mehr mit einem Medikament beliefern, um ihre US-Preise zu steuern.[1]

Eine so profitable Branche versucht auf diese Weise mit wachsendem Erfolg, noch bessere Konditionen für sich durchzusetzen. Bezahlen sollen Patient*innen und Gesundheitssysteme in aller Welt. (EF)

1 Kansteiner F (2026) New MFN deal details reignite concerns that Trump's pricing policy favors pharma. Fierce Pharma, 21 Sep www.fiercepharma.com/pharma/new-mfn-deal-details-reignite-concerns-trumps-pricing-policy-favors-pharma [Zugriff 28.10.2026]

2 Gonsalves A (2026) US launches Section 301 probe into Germany over drug pricing policies. Supply Chain Dive, 22 June www.supplychaindive.com/news/us-launches-section-301-probe-into-germany-over-drug-pricing-policies/823422 [Zugriff 28.10.2026]

3 Pharma-Brief (2025) Wie die Pharmaindustrie der EU droht. Nr. 4, S. 1

4 Pharma-Brief (2026) Und bist du nicht willig … Einschüchterungsstrategien der Pharmaindustrie. Nr. 5-6, S. 1

Impressum: Herausgeber BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, Verleger: Gesundheit – global und gerecht e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Ella Feldmann, Max Klein, Susan Weise (Layout).
Design: Heinrich Dunstheimer, dunemaison, Bielefeld, Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne, © 2026 BUKO Pharma-Kampagne. Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Ab 2027 Einzelabo 30 €, Institutionen- oder Auslandsabo 59 €. Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-Bezieher*innen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.
Konto Gesundheit – global und gerecht e.V., Sparkasse Bielefeld, für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01
Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27, BIC: SPBIDE3BXXX, Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

pharma-brief@bukopharma.de
www.bukopharma.de

Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften. www.isdbweb.org

USA: GEKAUFTE PATIENT*INNEN?

In den USA finden bei der FDA[1] regelmäßig vor der Zulassung Anhörungen zu neuen Medikamenten statt. Dort kommen nicht nur Expert*innen zu Wort, sondern auch Betroffene und Verbrauchervertreter*innen. Zwei Forschende nahmen die Beteiligten an 234 Treffen unter die Lupe.[2] Bei 38 % der Treffen waren Organisationen vertreten, die Geld von der Pharmaindustrie erhalten. Bei 11 % der Treffen wurde eine der anwesenden Organisationen sogar von genau der Firma finanziert, um deren Medikament es in der Anhörung ging. Zu Beginn jeder Anhörung wird zwar eine Erklärung zu Interessenkonflikten verlesen, die ins Protokoll eingeht. Bedenklich ist aber, dass diese Verbindungen in den allermeisten Fällen verschwiegen wurden. Es müssen scheinbar strengere Regeln für den Umgang mit Interessenkonflikten bei der FDA her. (JS)

1 Food and Drug Administration, US-Zulassungsbehörde

2 Kanter GP and Mankowitz T (2026) Prevalence of ties to industry-funded organizations among patient and consumer representatives on FDA advisory committees. Health Affairs Scholar; 4, (10) p 1 https://doi.org/10.1093/haschl/qxag269

PUTEANUS: SOZIALPHARMAZIE

Wer immer schon einmal wissen wollte, was es mit der Sozialpharmazie auf sich hat, ist mit der gleichnamigen Publikation von Udo Puteanus gut bedient. Am Beispiel Nordrhein-Westfalens stellt er die Entwicklung der Sozialpharmazie als staatlichen Auftrag in NRW und ihre Umsetzung ausführlich vor. Ziel ist es, zu einem möglichst rationalen Arzneimittelgebrauch beizutragen. Das Spektrum reicht von der Überwachung der Produktion, der Importe und der Abgabe in Apotheken bis hin zur Untersuchung von problematischem Gebrauch und der Aufklärung für benachteiligte Gruppen. (JS)

Udo Puteanus (2026) Sozialpharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen. Eine Übersicht 1998–2023. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, 126 Seiten, kostenlos https://doi.org/10.61163/sozpharm_v1

GUINEA-BISSAU: UMSTRITTENE STUDIE GESTOPPT

Eine von dänischen Forscher*innen geplante Untersuchung zum Hepatitis-B-Impfstoff (wir berichteten[1]) ist nun endgültig gestoppt. Die Regierung des westafrikanischen Landes gab keine Genehmigung. Vorgesehen war, nur der Hälfte der Neugeborenen die erste Impfung direkt nach der Geburt zu geben. Dabei hilft das, die Mutter-Kind-Übertragung zu verhindern.[2,3] Die dubiose Studie sollte unspezifische negative Effekte der Hepatitis-B-Impfung bei Geburt auf die Schutzwirkung anderer gleichzeitig verabreichter Vakzine prüfen. Die Hypothese sei „abwegig", da der Hepatitis-B-Impfstoff nur ein einziges Protein unter Milliarden sei, denen das Immunsystem täglich begegne, so Peter Offit vom Children's Hospital of Philadelphia: „Dafür gibt es keine Belege, und es ergibt biologisch keinen Sinn".[4] In Guinea-Bissau hat die Debatte zur Verunsicherung über den seit Jahrzehnten erprobten Impfstoff geführt. (JS)

1 Pharma-Brief (2026) Guinea-Bissau: Impfgegner am Werk. Nr. 2, S. 8

2 Neben weiteren Maßnahmen während der Schwangerschaft

3 WHO (2026) Consolidated guidance on hepatitis B and C prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: an implementation handbook for a public health approach. Geneva: WHO www.who.int/publications/i/item/9789240119529 [Zugriff 28.10.2026]

4 Schreiber M (2026) Controversial US-backed vaccine trial in African newborns. Guardian, 21 Oct www.theguardian.com/world/2026/oct/21/us-vaccine-trial-african-newborns-hepatitis-b [Zugriff 22.10.2026]

WIRKSAMKEIT UND NEBENWIRKUNGEN VON ARZNEIMITTELN

Der zweite Band von „Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Arzneimitteln" von Fritz Dolder und Peter Schönhöfer widmet sich Fragen des Patentschutzes und der Haftung für Nebenwirkungen.[1] Die Autoren sind der Auffassung, dass „gut fünfzig Jahre nach Abschluss des Contergan®-Verfahrens am 18. Dezember 1970 die Zeit gekommen ist, um zu untersuchen, wie sich die rechtliche Beurteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit von Arzneimitteln in der Zwischenzeit entwickelt hat."

Der Band ist als ausführlich kommentierte Fallsammlung angelegt. Er setzt Vorwissen voraus und den Wunsch, sich tiefer mit der Materie zu beschäftigen. Dann stellt er eine echte Fundgrube dar.

An exemplarisch ausgewählten Urteilen zeigt sich die breite Kluft zwischen dem Anspruch auf Patentschutz (und damit ein lukratives Vermarktungsmonopol) und der in aller Regel bei Anmeldung dürftigen Belege für einen möglichen Nutzen. Dabei fällt das Resümee düster aus: „Sie ist [...] im Wesentlichen durch eine Verringerung der Standards (Massstäbe) zum Beweis der ‚Wirksamkeit' und damit zu Gunsten des Patentanmelders/Patentinhabers gelöst worden." Als Beleg für die Wirksamkeit genügen zunehmend Laborversuche und Tierversuche statt klinischer Studien. Die Autoren diskutieren verschiedene Lösungsansätze zur Verbesserung der Lage.

Der zweite Teil des Buches befasst sich mit Schadensersatzprozessen wegen Nebenwirkungen. Die Fälle, die nach deutschem Recht verhandelt wurden, erwiesen sich für die Betroffenen wegen einer Klausel im Arzneimittelgesetz als aussichtslos. Zwar heißt es im Gesetz: „Ist das angewendete Arzneimittel nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet, den Schaden zu verursachen, so wird vermutet, dass der Schaden durch dieses Arzneimittel verursacht ist." Diese Vermutung gilt jedoch nicht, sobald im Einzelfall auch „ein anderer Umstand" infrage kommt.[2] In den meisten Fällen sind weitere Ursachen möglich, deshalb werden Klagen in aller Regel abgewiesen. Hier fordern die Autoren eine Gesetzesänderung ein. (JS)

Fritz Dolder und Peter Schönhöfer (2025) Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Hamburg: Books on Demand, 375 Seiten, 68 €

1 Eine Besprechung des ersten Bandes findet sich im Pharma-Brief (2023) Rechtsprechung zu Arzneimitteln. Nr. 1, S, 7

2 §84 AMG