

PHARMA- BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nr. 1, Januar-März 1998

Health Action International (D)

K 11838

Wie man Pillen versüßt

Neue Werbestrategien der Pharmaindustrie

Pharmawerbung – das sind nicht nur Werbeanzeigen und VertreterInnen. Der Einfluß der Industrie reicht viel weiter als man denkt. Die australische Fachjournalistin Melissa Sweet hat dazu umfangreiche Recherchen angestellt. Ihr Beitrag gibt einen guten Einblick in die oft verborgene, aber dafür um so wirksamere Einflußnahme der Pharmaindustrie.

Vor noch gar nicht so langer Zeit war es nicht ungewöhnlich, daß die Pharmaindustrie ÄrztInnen und ihren Angehörigen Vergnügungsreisen nach Monte Carlo oder zu anderen exotischen Plätzen finanzierte. Einige Firmen versuchten sogar noch offener, ÄrztInnen zur Verschreibung ihrer Arzneimittel zu bringen und boten Bares oder Vielfliegerpunkte für jede Verschreibung.

Die Zeiten haben sich natürlich geändert. Industrie und ÄrztInnenenschaft rümpfen heutzutage die Nase über solche Anreize. Einige ärztliche Verhaltenskodizes raten davon ab, Geschenke anzunehmen. Und der Verhaltenskodex der australischen Pharmaindustrie enthält strenge Richtlinien über Geschenke und Bewirtung. Trotzdem hat die Pharmaindustrie nach wie vor starken Einfluß auf die Gesundheitsversorgung. Aber kaum jemand bemerkt das noch, weil die Methoden viel subtiler geworden sind – und heimtückischer.

Denken Sie mal darüber nach, wann Sie zuletzt von einem neuen Wundermittel gehört haben. Es ist gut möglich, daß die Nachricht aus der

Public Relations Maschinerie des Herstellers stammt. Die Medien sind zu einem der mächtigsten Instrumente der Industrie geworden, wenn es darum geht, VerbraucherInnenverhalten und Verschreibungsgewohnheiten der ÄrztInnen, aber auch politische Entscheidungen zu beeinflussen.

Es ist gut möglich, daß die Entscheidung Ihrer ÄrztIn, Ihnen dieses Medikament zu verschreiben, hauptsächlich auf Informationen der Industrie beruht, übermittelt vom Pharmavertreter oder vielleicht auf einer Konferenz, die die Firma gesponsort hat. Oder vielleicht von einem ärztlichen Experten, der von der Industrie als „Meinungsführer“ identifiziert worden ist und entsprechend „bearbeitet“ wurde.

Dies ist keine gewöhnliche Horrorgeschichte. Die Pharmaindustrie ist notwendig für unsere Gesundheit und für die Finanzierung von Forschung. Wie ständen wir da ohne Antibiotika, Impfstoffe und neue AIDS-Medikamente? Aber die ewige Suche nach „Wundermitteln“ hat ihren Preis.

Man denke nur an die alpträumhafte Zunahme von resistenten Bakterien

Editorial

Liebe LeserInnen,
mit immer subtileren Methoden versucht die Pharmaindustrie, Arzneimittel als Lösung für Gesundheitsprobleme zu verkaufen. Und ihr Einfluß reicht viel weiter als man denkt. Einen kleinen Einblick gibt der Leitartikel von Melissa Sweet. Auch wenn die australischen Verhältnisse einen Schwerpunkt bilden, haben viele der dargestellten Methoden universelle Gültigkeit. Sollte das eine oder andere bei uns noch nicht stattfinden, so können Sie sich jetzt schon einmal darauf einstellen, was auf uns zukommt.

Wir wollen Sie allerdings nicht ganz ohne Hoffnung lassen. Deshalb berichten wir auch über eine wirksame Gegenmaßnahme für ÄrztInnen: die Beteiligung an pharmazeutischen Qualitätszirkeln.

Wir bitten das späte Erscheinen dieser Ausgabe zu entschuldigen, aber die Weiterfinanzierung der Pharma-Kampagne zu sichern braucht seine Zeit.

Ihr

- Wie können ÄrztInnen ihre Verschreibungspraxis verbessern Seite 5
- Hamburg fordert Exportkontrolle für Arzneimittelrohstoffe Seite 8

und den Einfluß des Industrie-Marketings auf die massenhafte Verschreibung von Antibiotika. Man denke an eine kürzlich im *Australian Doctor* veröffentlichte Studie, die schätzt, daß jährlich über 80.000 AustralierInnen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen ins Krankenhaus müssen. Zumindest ein Teil dieser Fälle ist durch falsche Verschreibungen verursacht worden. Der australische Gesundheitsminister Michael Wooldridge schätzte 1996 die Kosten des irrationalen Medikamentengebrauchs auf 700 Millionen AU\$.¹

Es werden Milliarden von Dollar der SteuerzahlerInnen für Arzneimittel ausgegeben. Und warum hören wir so wenig von nicht-medikamentösen Möglichkeiten sich gesund zu halten, wie Ernährung und Sport? Die öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel sind in den letzten vier Jahren um zwei Drittel auf 2,54 Milliarden AU\$ gestiegen, während die Gesundheitsausgaben insgesamt relativ stabil geblieben sind. Die Werbeausgaben der Firmen werden auf 10-17% des Umsatzes geschätzt, das heißt: Die Firmen konnten 1996/97 Werbung in Höhe von mindestens 254 Millionen AU\$ aus der Tasche der SteuerzahlerInnen finanzieren.

Wir sollten uns nicht darüber wundern, daß das Gewinnstreben der Industrie nicht notwendigerweise bessere Gesundheit bedeutet. Es dürfte aber viele erstaunen, in welchem Ausmaß die Ziele der Industrie unser Gesundheitssystem und die Gesundheitsdebatte bestimmen.

Sex und Depression

Vielleicht haben Sie schon einmal Michael Lowy im Radio gehört? Er ist ein Arzt aus Sydney, der eine Reihe von Interviews gegeben hat: Er vertrat die Meinung, daß Sex gut für die seelische Gesundheit ist, vor allem wenn man depressiv ist. Die Pressemitteilung, die Lowy viele Interviews bescherte, erwähnte auch, daß einige vielverschriebene Antidepressiva sexuelle Störungen hervorrufen können. Was die Pressemitteilung nicht erwähnte – und in den Medienberichten dann auch nicht auftauchte – war die Tatsache, daß sie von Roche in Auftrag gegeben worden war. Gleichzeitig bewarb Roche ihr Antidepressivum Moc-

lobemide (Aurorix[®]) aggressiv mit der Aussage, es steigere das sexuelle Verlangen bei depressiven PatientInnen. Die Werbekampagne machte auch vor Publikumszeitschriften nicht halt: In Anzeigen wurden PatientInnen, die Antidepressiva nehmen und sexuelle Probleme haben, aufgefordert, ihren Arzt aufzusuchen.

„Na und?“ werden Sie vielleicht denken. Die Wirtschaft benutzt ständig die Medien für ihre Marketingkampagnen. Aber Arzneimittel sind anders: Der falsche Gebrauch von Zahnpasta wird Sie kaum umbringen. Die Pharmaindustrie erkennt diesen Unterschied an, prinzipiell jedenfalls. Der freiwillige Verhaltenskodex der australischen Pharmaindustrie setzt enge Grenzen, was die Firmen PatientInnen über verschreibungspflichtige Medikamente mitteilen darf: Jede Aktivität, die PatientInnen ermutigt, ein bestimmtes Arzneimittel zu verlangen, wird als „inakzeptabel“ bezeichnet.

Es wäre unfair, nur Roche an den Pranger zu stellen: Redaktionen sind einem steten Materialstrom von PR-Firmen ausgesetzt, die im Auftrag der Pharmaindustrie arbeiten. Die Öffentlichkeit, und selbst viele ÄrztInnen, erkennen nicht, in welchem Ausmaß die Industrie die Medien für Firmenzwecke eingespannt werden. Vereinfacht gesprochen fallen die Ziele der Medien – möglichst viel zu verkaufen und erfolgreich zu sein – mit denen der Industrie zusammen. Artikel über „Durchbrüche in der Medizin“ bringen beide Produkte vorwärts. Berichte in den Medien ermutigen nicht nur VerbraucherInnen, ihre ÄrztInnen nach dem neuen Mittel zu fragen, sondern beeinflussen auch die ÄrztInnen selbst, was durch viele Untersuchungen belegt ist.

Plaudereien aus dem Nähkästchen

Martin Palin hat sich als PR-Berater auf die Gesundheitsversorgung spezialisiert und weiß, wie er den Bedarf seiner Medienkontakte nach „Neuigkeiten“ befriedigen kann. Das klassische Paket besteht aus Forschungsergebnissen, die bei einer Konferenz oder anläßlich eines „Aufklärungstages“ zu einer Krankheit veröffentlicht werden, einem medizinischen Experten für die Glaubwürdigkeit und einem Betroffe-

nen, um dem ganzen einen persönlichen Touch zu geben.

Palin beschreibt sich selbst als einen „Schüler der Medien“ und sagt: „Am Ende des Tages läuft die Sache, wenn das Paket richtig war.“ Um seinen Auftraggebern zu nützen, muß das „Paket“ nicht einmal ein bestimmtes Produkt erwähnen. Allein die Aufklärung über eine mögliche Krankheit kann die Anzahl der Menschen erhöhen, die diagnostiziert und behandelt werden.

Wenn eine Zeitung ein allgemeines Thema aufgreift, z.B. die Bedeutung von Depressionen, wird Palin das als Hebel benutzen, um seinem ExpertInnen Live-Interviews im Radio zu verschaffen. Dort ist es viel einfacher, Markennamen erwähnen. „Eine meiner Strategien ist, Zeitungen einen Exklusivbericht anzubieten“, sagt Palin. „Zeitungen sind unglaublich wichtig, um Berichte in Rundfunk und Fernsehen auszulösen.“

Die Industrie verfügt über zahlreiche PR Strategien. Aufklärungstage und -wochen zu verschiedenen Krankheiten wurden von Pharmaunternehmen unterstützt. Ein klassisches Beispiel ist die „Migräne-Aufklärungswoche“, die von Glaxo Wellcome finanziert wurde, aber unter der Schirmherrschaft der Migräne-Stiftung lief.

Eine andere beliebte Strategie ist die Finanzierung von Forschung, deren Ergebnisse dann in den Medien präsentiert werden kann. Oder „bekannte Experten aus Übersee“ einzufliegen, die zwischen Reden auf Ärztekongressen PressevertreterInnen Interviews geben.

Die Industrie unterstützt auch viele PatientInnengruppen – die sind viel überzeugendere Anwältinnen für ein Medikament als der Hersteller. Oder organisiert Experten-Treffen: Eine Gruppe von Fachleuten wird eingeladen und die Ergebnisse werden dann in den Medien veröffentlicht. Die „Gesellschaft zur Verhütung der Virus-Hepatitis“, die in Presseerklärungen die Hepatitis-B Impfung propagiert, wird hauptsächlich vom Impfstoffhersteller SmithKline Beecham finanziert.

Einzelne JournalistInnen werden auch ins Visier genommen. Viele medizinische FachjournalistInnen (mich

eingeschlossen) haben auf Kosten der Pharmaindustrie Konferenzen in Übersee besucht.

Medizinische Sprachrohre

Michael Lowy war über seine PR Erfahrung sehr unglücklich und sehnt sich nicht nach einer Wiederholung. Aber viele ÄrztInnen machen immer wieder gerne mit.

Ich habe bei Hill and Knowlton, einer der großen PR-Agenturen, die hauptsächlich für die Pharmaindustrie tätig sind, gearbeitet, und ich war erstaunt, wie viele berühmte Mediziner-

aber auch sonst anders. Die Praxis, in der sie arbeitet, wird selten mehr als zweimal pro Woche von PharmavertreterInnen besucht. Dr. Mann glaubt, daß PharmavertreterInnen eine wichtige Informationsquelle sind. Aber sie macht keinen Hehl daraus, daß sie ihnen das Leben schwer macht, wenn sie irreführende Behauptungen aufstellen. „Ich habe VertreterInnen hier weggeschickt, die waren so unglücklich, daß sie das Mittagessen wieder mitgenommen haben, das sie für die ÄrztInnen mitgebracht hatten.“

Viele ÄrztInnen geben nur unger-



AmbulanzfahrerInnen protestieren in Brisbane gegen Kürzungen im Krankentransportwesen

Foto: Jörg Schaaber

Innen bei solchen Kampagnen mitmachen. Soweit ich das beurteilen kann, handelten die meisten nicht aus unehrenhaften Motiven: Sie machten gern mit, wenn dadurch PatientInnen zur Behandlung ermuntert wurden, oder ihr Fachgebiet mehr Aufmerksamkeit bekam, oder wenn sie wegen einer in ihren Augen falschen Politik Druck auf die Regierung ausüben konnten. Einige sahen aber auch einfach gern ihr Konterfei im Fernsehen. Eine Minderheit sucht zweifellos auch persönliche Vorteile in Form von „Honoraren“ und Überseereisen.

Wie beeinflusst man ÄrztInnen?

Dr. Linda Mann lacht, als sie sagt, sie würde wahrscheinlich nicht der durchschnittlichen ÄrztIn entsprechen. Sie ist sicher nicht so konservativ wie viele ihrer KollegInnen. Dr. Mann ist

zu, daß Marketingmaßnahmen und insbesondere die Besuche der PharmavertreterInnen sie in der Ausübung ihres Berufs beeinflussen. Dr. Mann sagt: „Ich würde ja gerne glauben, daß sie mein Verschreibungsverhalten nicht beeinflussen, aber ich weiß, daß es so ist, denn ich habe mein Verschreibungsverhalten untersucht.“ Viele Untersuchungen haben den Einfluß von Werbemaßnahmen auf ÄrztInnen gezeigt. „Zweifellos hat Pharmawerbung den größten Einfluß auf das Verschreibungsverhalten“ sagt Richard Day, Professor für klinische Pharmakologie an der Universität von New South Wales. Er tritt schon seit langem aktiv dafür ein, den Gebrauch von Arzneimitteln zu verbessern.

Peter Mansfield ist ein Allgemeinarzt aus Adelaide. Er ist in der Pharmaindustrie als kleiner, aber sehr lästiger

Stachel bekannt. Vor vierzehn Jahren gründete er die Medical Lobby for Appropriate Marketing (MaLAM), nachdem ihn die Anabolika-Werbung eines Pharmamultis für verarmte, unterernährte Kinder in Bangladesh, die eigentlich mehr Nahrungsmittel gebraucht hätten, zornig gemacht hatte.

Seither haben die Aktivitäten seiner Gruppe mit einem Jahresbudget von nur 18.000 AU\$ zum Rückzug von mehreren Medikamenten geführt, und die Veränderung zahlloser Werbeausagen erzwungen.

Mansfield ist im Interview ein bißchen vorsichtig, denn eine Firma hat kürzlich mit einer Klage gedroht, nachdem MaLAM sich über ihre Werbung beschwert hatte. Aber er erzählt gern über die Verkaufstaktiken von PharmavertreterInnen (siehe Kasten auf Seite 4). Zum Beispiel, daß attraktive junge Frauen bevorzugt werden, weil sie Ärzten und ÄrztInnen am besten gefallen. Er fügt hinzu: „Wir lassen uns viel leichter von Leuten beeinflussen, die wir mögen.“

„Wendy“, eine attraktive extrovertierte Frau, die als Pharmavertreterin und Produktmanagerin in der Pharmaindustrie gearbeitet hat, widerspricht Mansfield in einigen Punkten: „Der Mann mit dem Bierbauch war der beste Verkäufer in unserer Firma.“ Aber sie fügt hinzu, daß viele Ärzte sich darüber freuten, wenn sie kam. „Du bist nicht krank.“ sagt sie. „Wenn du sie besser kennenlernst, dann empfangen sie dich manchmal, obwohl PatientInnen warten; du machst den Besuch zu einem erfreulichen Ereignis, du lächelst, hörst ihnen zu und läßt sie die Themen bestimmen.“

„Uneigennützig“ Aktionen

Die Industrie benutzt auch subtilere Wege, um ihr Verhältnis zu ÄrztInnen zu verbessern. Karin, eine Krankenschwester, arbeitete vor einigen Jahren sechs Monate für Merck, Sharp & Dohme (MSD) in einem Programm, das PatientInnen bei AllgemeinärztInnen eine kostenlose Untersuchung von Risikofaktoren für Herzerkrankungen anbot. PatientInnen mit erhöhten Cholesterolverwerten oder einer Kombination anderer Risikofaktoren wurden wieder an ihre ÄrztIn zurückverwiesen.

Wie die Pharmaindustrie ÄrztInnen beeinflusst

Amerikanische Forscher haben herausgefunden, daß Krankenhauses-ärztInnen ihre Apotheke eher darum bitten, neue Medikamente vorrätig zu halten, wenn sie vorher Geld von einer Firma angenommen hatten, um Forschungen durchzuführen oder an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen oder dort Vorträge zu halten, oder wenn sie PharmavertreterInnen empfangen hatten.²

Eine andere Studie zeigte, daß ÄrztInnen durch Marketing so stark beeinflusst wurden, daß sie Schmerzmittel eher nach den Botschaften der Werbung als entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Literatur verordneten.³ Eine Studie mit dem ironischen Titel „Ein nahrungsmittelverursachter Ausbruch vom Einsatz teurer Antibiotika in einem städtischen Lehrkrankenhaus“ dokumentierte den Anstieg der Verschreibung eines kostspieligen Antibiotikums, nachdem die ÄrztInnen an einer extravaganten Dinner-Party des Herstellers teilgenommen hatten.⁴

Dr. Peter Mansfield von der Medical Lobby for Appropriate Marketing weist auf fünf wichtige Verkaufstechniken der PharmavertreterInnen hin:

◆ Geschenke, sogar so kleine Dinge wie Kugelschreiber, schaffen ein Klima gegenseitiger Verpflichtung, das im Arzt unbewußt den Wunsch weckt, dem Pharmavertreter einen Gefallen zu tun.

◆ Die Erwähnung von medizinischen Kapazitäten, z.B. eines Spezialisten, der von dem Arzt respektiert wird.

◆ Gruppendruck: Die Erwähnung, daß andere ÄrztInnen in der Gegend dieses Arzneimittel auch verwenden.

◆ „Zustimmung zu einer Verpflichtung.“ Dazu gehört zum Beispiel die Zustimmung zu einer Aussage, mit der der Arzt in eine passive Rolle gedrängt wird: „Sie finden es doch auch wichtig zu wissen, wie man Bluthochdruck behandelt.“ Dies ist eine Taktik, um den Arzt die Zustimmung abzurufen, sich etwas über ein neues Medikament erzählen zu lassen.

◆ Freundlich sein.

„Sie bewarben diese Aktion als eine selbstlose Angelegenheit, aber wie die Sache sich entwickelte, hatte ich den Eindruck, daß es sich um eine PR-Aktion handelte und um eine Methode, PatientInnen ihre cholesterolsenkenden

Medikamente näher zu bringen,“ sagt Karin. Die Firma betont, daß ihr Programm als ärztliche Fortbildung genehmigt worden ist, und daß die teilnehmenden ÄrztInnen nicht verpflichtet waren, MSD-Medikamente zu verschreiben.

Die Tage der großzügigen Geschenke und Bewirtung von ÄrztInnen sind gezählt, aber die Industrie hat sich versteckteren Techniken zugewandt: sie zielt auf MeinungsführerInnen, fördert von medizinischen Fakultäten anerkannte Fortbildungsprogramme, stiftet Preise für Fortbildungen oder kauft Medizingeräte und -ausrüstung.

Wie unabhängig ist die Fachpresse?

Die Pharmaindustrie hat einen enormen Einfluß auf medizinische Fachzeitschriften. Ein erfahrener Arzt aus den USA hat beschrieben, wie eine PR-Firma ihm anbot, ein Editorial für eine Fachzeitschrift zu schreiben: die Firma würde den Artikel verfassen, er könnte Korrekturen vornehmen und dabei 2.500 US\$ verdienen. Der Arzt schrieb statt dessen im *New England Journal of Medicine* einen Artikel, in dem er darauf hinwies, daß solche Angebote den wachsenden Einfluß der Pharmaindustrie auf das Gesundheitswesen dokumentieren.⁵

Ein Editorial in derselben Zeitschrift stellte die Ergebnisse einer dort publizierten Studie zu einem appetitzügelnden Medikament in Frage.⁶ Das Editorial war von zwei „Experten“ verfaßt worden, von denen sich später herausstellte, daß sie seit langem als Berater von Firmen arbeiteten, die das kritisierte Medikament herstellen.⁷ Inzwischen wurde das Medikament übrigens weltweit zurückgezogen, weil es die Herzkappen schädigt.

Aber auch in Australien sieht es nicht viel besser aus. Der frühere Herausgeber des *The Medical Journal of Australia* gab nach Beschwerden von Ärzten^{8,9} zu, daß die Zeitschrift aus Finanznot Anzeigen neben inhaltlich passenden redaktionellen Beiträgen plazieren mußte. „Wir alle hoffen, daß eine Verbesserung unserer finanziellen Situation es uns erlauben wird, zu der Reinheit früherer Tage zurückzukehren,“ schrieb Dr. Laurel Thomas.¹⁰

Die Ahnungslosigkeit der VerschreiberInnen

Eine 1988 veröffentlichte Studie zeigte, daß ÄrztInnen, die 1960 ihr Studium abgeschlossen hatten, über 85% der von ihnen verschriebenen Medikamente in ihrer Ausbildung noch nichts erfahren hatten.¹¹ Dr. Ken Harvey von der La Trobe Universität in Melbourne sagt dazu: „Wir sind ein Land, das gemessen an internationalen Standards zuviel Medikamente verbraucht und wir tragen die Konsequenzen in Form einer überhöhten Zahl von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.“ Er fügt hinzu: „Wir lehren die StudentInnen, daß sie niemals die ersten sein sollten, die ein neues Medikament einsetzen, und niemals die letzten, die ein altes einsetzen. Das sagen wir genau deshalb, weil weniger über unerwünschte Wirkungen von neuen Medikamenten bekannt ist.“ Er erwähnt den Fall von Benaxoprofen (Opren®), das Mitte der achtziger Jahre in Großbritannien eingeführt und aggressiv als Mittel gegen Arthritis beworben wurde. Zwei Jahre später wurde es wieder vom Markt genommen, nachdem es mit 100 Todesfällen in Großbritannien in Verbindung gebracht wurde und fast 4.000 PatientInnen schwere Nebenwirkungen erlitten hatten.^{14,15}

(Fortsetzung Seite 5)

- 1 1 australischer Dollar AU\$ entspricht ca. 1,20 DM
- 2 Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies. *JAMA* 1994; 271: 9: 684-689
- 3 Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Am J Med* 1982; 73: 4-8
- 4 A Food-Borne Outbreak of Expensive Antibiotic Use in a Community Teaching Hospital. *JAMA* 1995; 273:24: 1908
- 5 Brennan TA. Buying editorials. *N Engl J Med* 1994; 331: 10: 673-674
- 6 Manson JE, Faich GA. Pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 1996; 335: 9: 659-660
- 7 Angell M, Kassirer JP. Editorials and conflicts of interest. *N Engl J Med* 1996; 335: 14: 1055-1056
- 8 Davis I. Inadvertent placement of advertisements. *Med J Aust* 1994; 160: 727
- 9 Cooper DA, Kaldor J. Inadvertent placement of advertisements. *Med J Aust* 1994; 160: 727
- 10 Thomas L. Inadvertent placement of advertisements. *Med J Aust* 1994; 160: 727
- 11 Horton R. Spinning the risks and benefits of calcium antagonists. *Lancet* 1995; 346: 586-587
- 12 Calcium antagonists: overused and inadequately assessed. *Prescr Int* 1996; 5: 23: 87-91
- 13 *Ann Intern Med* 1988; 108: 145-147
- 14 "Opren scandal" [editorial]. *Lancet* 1983; 8318: 219
- 15 Lessons from the benoxaprofen affair [editorial]. *Lancet* 1982; 8297:529-530

Forschung für wen?

Die medizinische Forschung verpaßt gegenwärtig viele Chancen, weil sie sich eher an den Marketinginteressen der Firmen als an den Interessen der Allgemeinheit ausrichtet. Der Professor für klinische Pharmakologie David Henry sagt dazu, daß viel Zeit und Geld in den Vergleich konkurrierender Medikamente investiert wird, und viele wichtigere Fragen — wie: welches ist die beste Behandlung für eine bestimmte Krankheit? — unbeantwortet bleiben.

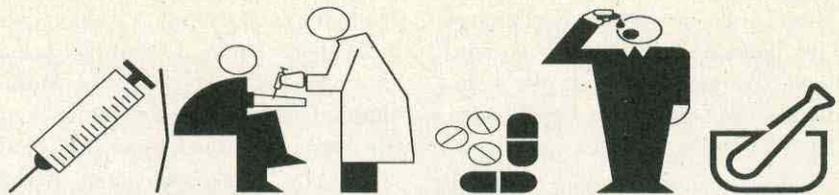
Peter Mansfield weist darauf hin, daß der Einfluß der Industrie zu einer Verzerrung der Forschungsschwerpunkte in Richtung Entwicklung von Medikamenten für die chronischen Krankheiten der Reichen der Welt geht, statt Methoden zur Bekämpfung der wichtigsten Gesundheitsprobleme in der Welt zu entwickeln.

Das umfassendere Bild ist wohl, daß wir eine Gesellschaft geworden sind, die eine Pille für jede Krankheit haben will. Viele in der Gesundheitsindustrie sehen ÄrztInnen eher als „VerschreiberInnen“ denn als „Betreuende“.

Denken Sie nur daran, warum wir in den letzten Jahren soviel über Depressionen gehört haben. Viele dieser Informationen wurden durch die Vermarktungskampagnen für neue Antidepressiva produziert. [Über die Vermarktung von Antidepressiva werden wir in der nächsten Ausgabe des *Pharma-Briefs* ausführlich berichten; Anm. der Red.]

Leonie Manns ist die Geschäftsführerin des *Mental Health Coordinating Council*, einem Zusammenschluß von VerbraucherInnen, Gesundheitspersonal und Dienstleistern. Sie meint, medikamentöse Therapien haben ihren Platz, aber ihr Stellenwert wird — hauptsächlich wegen des Einflusses der Industrie auf die ÄrztInnen — überschätzt. „Die Leute fangen an, sich total auf Medikamente zu verlassen“, sagt sie. „Niemand wird ermutigt, seine Lebensweise zu verändern.“

Wir danken Melissa Sweet und Ma-LAM für die Abdruckgenehmigung. Der Artikel erschien zuerst im Sydney Morning Herald und wurde gekürzt. Übersetzung: Jörg Schaaber



Medikamentengebrauch

Qualitätssicherung in der Arzneimittelverordnung

ÄrztInnen können auf vielfältige Weise lernen, Arzneimittel in ihrer Praxis rationaler einzusetzen. Ihnen stehen dabei einige Hilfsmittel zur Verfügung: Arzneimittellisten, Fortbildungsveranstaltungen, Computerprogramme, kollektive und individuelle Verordnungsanalysen, Gruppenarbeit und anderes mehr. In dieser Ausgabe des Pharma-Brief setzen wir uns mit einem vielversprechenden Modell auseinander, dem Pharmakotherapie-zirkel. Dort versuchen ÄrztInnen gemeinsam, ihre Arzneimitteltherapie zu verbessern. Zunächst beschreibt Ingrid Schubert, wie die Arbeit von solchen Zirkeln funktioniert. Dörte Meyer und KollegInnen nennen dann wichtige Rahmenbedingungen. Wir hoffen, daß insbesondere unsere ärztlichen LeserInnen von diesem Thema angeregt werden. Vielleicht haben Sie ja auch Interesse, einen solchen Zirkel zu gründen?

Darüber hinaus stehen die beiden Artikel aber auch mit dem Leitthema dieser Ausgabe in Verbindung: der Einflußnahme der Pharmaindustrie auf ÄrztInnen. Pharmakotherapie-zirkel bieten eine gute Möglichkeit, den Einfluß des Pharmamarketings auf die Arzneimittelverschreibung zu verringern. (Die Redaktion)

Pharmakotherapie-zirkel: ein bewährtes Konzept

von Ingrid Schubert

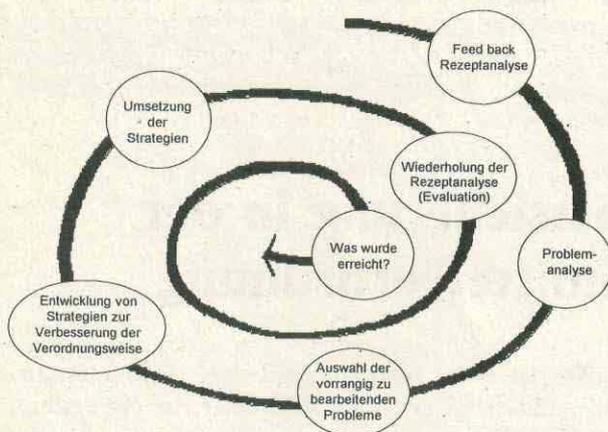
Die Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung hat unter der Leitung von Frau PD Dr. med. Liselotte von Ferber (Universität Köln) in enger Kooperation mit den Pharmakotherapieberatern der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Ende der 1980er Jahre das Konzept der Pharmakotherapie-zirkel entwickelt, das Gruppenarbeit und Feedback über die Verordnungsweise anhand der Verordnungsanalyse verbindet.

Diese Pharmakotherapie-zirkelarbeit stellt, wie durch die Evaluationen gezeigt werden konnte, ein geeignetes Verfahren dar, um die Verordnungsweise zu optimieren. Als Pharmakotherapie-zirkel wird eine Gruppe von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung bezeichnet, die sich für eine be-

grenzte Zeit freiwillig und regelmäßig trifft, um auf der Grundlage von themen- oder indikationsgruppenbezogenen Verordnungsanalysen ihre jeweiligen Therapiekonzepte zu diskutieren sowie Leitlinien für eine rationale Arzneitherapie zu entwickeln. Die Zirkel werden von zwei Kollegen moderiert und folgen in ihrer Arbeitsweise den in der Qualitätssicherung üblichen Schritten, die sich in Form einer Spirale darstellen lassen (siehe Abbildung auf Seite 6).

Ausgangspunkt der gemeinsamen Arbeit ist die themenspezifische Analyse der Rezepte eines Quartals, die für jeden Teilnehmer des Zirkels erstellt wird. Diese Analyse beschreibt den Ist-Zustand; sie macht die Alltagsroutine im Verordnen — und Abweichungen

von den eigenen Idealvorstellungen – sichtbar. Durch Fragen des Moderators und der anderen TeilnehmerInnen wird deutlich, wie sich die Ärzte im therapeutischen Vorgehen trotz vergleichbarer Klientel unterscheiden.



Für die Verordnungsanalyse werden einerseits Indikationsgruppen gewählt, bei denen ein hohes Verordnungsvolumen auf Qualitätsprobleme deutet, wie z.B. unscharfe Indikationsstellung oder unkontrollierte Dauertherapien. Beispiele hierfür sind durchblutungsfördernde Mittel, Venenmittel, Prokinetika, Enzympräparate, Benzodiazepine oder auch Mukolytika. Andererseits werden auch Arzneimittelgruppen besprochen, bei denen Unsicherheiten hinsichtlich der Arzneimittelauswahl oder des Behandlungsschemas bestehen, wie z.B. Lipidsenker, Ulkusmittel, Opiate, steroidale Antiasthmatica. Bei den erstgenannten Arzneimittelgruppen zielt die Arbeit des Qualitätszirkels in der Regel auf eine Einschränkung der Verordnungshäufigkeit, einhergehend mit einer intensiveren Beratung der Patienten. Bei den letztgenannten Gruppen kann die Fortbildungstätigkeit auch durchaus zu einem höheren Arzneimitteleneinsatz führen.

Wie ein roter Faden zieht sich die Frage nach der Arzneimittelauswahl und Kontrolle der Therapiedauer durch die Zirkelsitzungen. So zeigt beispielsweise die Rezeptanalyse, daß fast ein Drittel der Benzodiazepinverordnungen auf die langwirkenden Präparate entfiel, die therapeutisch problematisch sind (hang-over Effekte, Gefahr nächtlicher Stürze bei älteren Patienten). Zudem erhielten 40% - 80% der Benzodiazepinempfänger (so die Streuung bei den einzelnen Ärzten) die

Präparate länger als einen Monat, so daß hier die Gefahr einer Abhängigkeit bedacht werden muß. Im Zirkel kam es zu einem Austausch, wie die Verordnungsqualität verbessert werden kann. Als Strategien wurden genannt: keine

Rezepte ohne Arztgespräch ausstellen, d. h., keine automatische Nachverordnung durch Bestellung bei den Arzthelferinnen, bei Nachverordnung die Indikation überprüfen, jede Verordnung mit Menge und Dosierung dokumentieren, bei Nachverordnungen den Verbrauch kontrollieren sowie eine persönliche Arzneimittelliste anlegen. Letzteres hilft auch,

das Spektrum der verordneten Arzneimittel einzuschränken.

Eine Besonderheit des Konzeptes ist die Durchführung einer Evaluation nach Beendigung der 6 - 8 Zirkelsitzungen, d. h. nach ca. einem Jahr. Die Evaluation ist für die Pharmakotherapiearbeit unabdingbar, denn durch die erneute Verordnungsanalyse erhalten die Ärzte ein Feedback, ob

und wie sich ihr Verordnungsverhalten verändert hat. Hierdurch schließt sich der Kreis der qualitätssichernden Schritte, da die erneute Verordnungsanalyse zugleich wieder als Ausgangspunkt für das Erkennen weiterer oder noch bestehender Ordnungsprobleme dient. Die Evaluationen zeigten bei den meisten Teilnehmern Veränderungen im Ordnungsverhalten – so z. B. eine Reduzierung der Ordnungshäufigkeit von Arzneimitteln mit nicht gesicherter Wirksamkeit.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Pharmakotherapiearbeit, die den kollegialen Erfahrungsaustausch mit der Analyse der getätigten Ordnungen verbindet, sich als Fortbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahme bewährt hat und zunehmend Verbreitung findet. Wichtig ist jedoch, daß die Auseinandersetzung mit der Thematik sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, da Verhaltensänderungen Zeit benötigen und nur so auch längerfristige Wirkungen erzielt werden können.

Dr. Ingrid Schubert, Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, Köln.

Voraussetzungen für die erfolgreiche Arbeit in Qualitätszirkeln

von Dörte Meyer, Edith Andres und Joachim Szecsenyi

Die ersten Qualitätszirkel entstanden in Deutschland Ende der 80er Jahre. 1991 beschloß dann die Kassenzentrale Bundesvereinigung (KBV), Qualitätszirkel flächendeckend als Instrument der Qualitätssicherung einzuführen. Die KBV und das Bundesministerium für Gesundheit beauftragten 1992 die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQuA) mit einem Modellvorhaben, das Trainingsseminare für Moderatoren und die Erarbeitung eines Leitfadens beinhaltete. Seit einigen Jahren wächst die Zahl der ärztlichen Qualitätszirkel stetig.

Wichtige Merkmale der Arbeit in Qualitätszirkeln zeigt die Abbildung

auf Seite 7. Die Arzneimitteltherapie ist dabei eines von vielen Themen, das als Arbeitsschwerpunkt gewählt werden kann. In den Niederlanden ist diese Art von Qualitätszirkeln seit Jahren fest etabliert: Pharmaco-therapie Overleg (FTO) oder „Pharmakotherapie-Überlegungen“. 1995 waren 90% aller Hausärzte in dauerhaften Gruppen engagiert. Apotheker liefern die Ordnungsanalysen und spielen eine wichtige Rolle als externe Berater.

Hausärztliche Qualitätszirkel mit dem Schwerpunkt Pharmakotherapie können verschiedene Zielsetzungen verfolgen: fachlicher Austausch unter Kollegen, Verbesserung der Ordnungsqualität, Senkung der Kosten. Insbesondere im Hinblick auf den er-

sten Punkt profitieren die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen selbst deutlich und sofort feststellbar. Als Kontrast zur eher isolierten Arbeit im Praxisalltag erfahren sie, daß ihre Kollegen mit ähnlichen Schwierigkeiten zu tun haben, und suchen gemeinsam nach praktikablen Lösungen.

Voraussetzungen für selbstkritische und konstruktive Diskussionen sind dabei vor allen Dingen Gleichberechtigung, Offenheit, Akzeptanz konträrer Meinungen und Vertraulichkeit. Diese Voraussetzungen sind am ehesten zu verwirklichen, wenn auch die Moderatoren als „Gleiche unter Gleichen“ agieren (englisch: peer review), d.h. selbst als niedergelassene Ärzte tätig sind.

lysen zunächst einmal Transparenz über des Ordnungsverhalten der Ärzte hergestellt. Da Ärzte eher patienten- oder problembezogen denken, werden die Ordnungsdaten durch Fallbeispiele simulierter oder realer Patienten ergänzt. Anhand konkreter Beispiele versucht die Gruppe sich zu einigen, in welchen Situationen überhaupt Arzneimittel angezeigt sind und welche Wirkstoffe dann am besten geeignet sind.

Je kleiner die Zahl der verordneten Wirkstoffe, desto besser kann ein Arzt Nutzen und Risiken beurteilen und auch Kosten vergleichen. Erschwert wird eine solche Beschränkung durch Faktoren wie den unüberschaubaren deutschen Arzneimittelmarkt, das

auf hin, daß Ärzte diese Erwartungen häufig überschätzen.

Für viele Ärzte gehört es einfach dazu, eine Konsultation mit einem Rezept abzuschließen oder zu beenden. Als Ersatz für eine Arzneiverordnung kann hier ein „Beratungsrezept“ dienen: Patienten erhalten auf einem Informationsblatt verständliche Hinweise, was sie selbst bei ihren Beschwerden tun können.

Veränderungen der medikamentösen Therapie sind nur möglich mit dem Verständnis und der Akzeptanz von Ärzten und Patienten. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist daher immer wieder Thema in den Qualitätszirkeln. Dabei soll vermittelt werden, daß Ärzte, die gute Gründe für oder gegen ein Arzneimittel haben, diese auch den meisten ihrer Patienten verständlich machen können. Dies zeigen zumindest die Erfahrungen einiger Ärzte und Patientenbefragungen.

Insgesamt wird eine bewußte Ordnungsweise angestrebt. Dazu zählt auch, Ärzte zu erinnern, daß Arzneimittel nicht ihr einziges „Handwerkszeug“ sind. Vieles erreichen Hausärzte auf andere Art, indem sie die Probleme ihrer Patienten ernst nehmen und ihren wirklichen Bedürfnissen nachgehen: Oft ist das Rezept nur scheinbar die schnelle Lösung.

Dörte Meyer, Edith Andres, Joachim Szecsenyi, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Qualitätszirkel mit Schwerpunkt Pharmakotherapie arbeiten ...



Schwerer haben es „Experten“, d.h. Mediziner ohne eigene Praxis, Pharmakologen oder Pharmazeuten. Schnell äußern Hausärzte die Kritik, daß deren Lösungsvorschläge theoretisch gut begründet sein mögen, im Praxisalltag aber aus verschiedensten Gründen nicht umsetzbar seien.

Als Grundprinzip gilt also, daß die Gruppe Erfahrungen austauscht und eigene Lösungen entwickelt. Dennoch sollen neue und manchmal unbequeme Erkenntnisse aufgegriffen werden, die tatsächlich zu einer Änderung der bisherigen Ordnungsweise führen. Dies gelingt nur bei gut strukturierter Diskussion mit gezielter Unterstützung von außen.

Wie im vorangehenden Artikel beschrieben, wird durch Ordnungsana-

Marketing und die Fortsetzung der Ordnungen von Fachärzten und Kliniken. Der Qualitätszirkel liefert hier Anregungen für eine persönliche Arzneimittelliste.

Je nach Indikationsgruppe werden neben der Arzneitherapie weitere Fragen angesprochen, z.B. Diagnostik, nicht-medikamentöse Maßnahmen und Kontrolle des Therapieziels. Entsprechende Empfehlungen für bestimmte Beschwerden werden in Handlungsleitlinien zusammengefaßt.

Immer wieder führen Ärzte an, wie stark der Druck durch die Patienten und Patientinnen ist. Wie häufig Wunschverordnungen tatsächlich sind und ob sie vermeidbar wären, müßte genauer untersucht werden. Ergebnisse aus Patientenbefragungen weisen dar-

Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, e-mail bukopharma@compuserve.com
Internet: www.epo.de/bukopharma

Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Annette Will, Mitarbeit: Karin Pichlbauer

Namentlich gekennzeichnete Beiträge und LeserInnenbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Druck: Off-Set, Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich, Einzelabo 25 DM, Institutionen- oder Auslandsabo 45 DM.

Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Konto für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



Aus aller Welt

Hamburg fordert Rohstoffkontrolle

Die Verwicklung der Hamburger Helm AG in den Tod von über 80 Kindern in Haiti zeigt jetzt auch politische Folgen. Das Bundesland Hamburg setzt sich für die Kontrolle von Arzneimittelrohstoffen ein.

Bislang gibt es keine Handhabe gegen den Export qualitätsgeminderter oder gefälschter Rohstoffe für Arzneimittel und auch die Kontrolle des Handels mit Fertigprodukten im Transithandel (Freihafen) ist äußerst dürftig.

Auf Initiative des Grünen Hamburger Abgeordneten Peter Zamory hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im November 1997 die Einführung von Kontrollen für den Transithandel gefordert. Das Bundesgesundheitsministerium soll sich für eine EU-weite Regelung einsetzen.

Handlungsbedarf sei gegeben, „weil einer der weltweit größten Händler seinen Sitz in Hamburg hat und in den Verdacht geraten ist, unter Ausnutzung einer Gesetzeslücke verdorbene Rohstoffe geliefert zu haben,“ sagte Zamory in der Begründung seines Antrags.¹⁶ Die Hamburger Bürgerschaft unterstützte einstimmig die Forderung nach Kontrolle von Rohstoffen und verlangt vom Senat bis zum 30.6.1998 einen Bericht über die Umsetzung auf Bundes- und Europaebene.

Zuvor hatte die Opposition noch versucht, den Antrag in einen Ausschuß zu überweisen. Zamory wies dies An-sinnen zurück: Wenn „aus Profitinteresse über Kinderleichen gegangen wird“ und es wegen juristischer Lücken nicht möglich sei, ein derartiges Vergehen Hamburger Unternehmen zu unterbinden, „dann müssen diese Menschen geächtet werden.“ Doch dahin ist noch ein Stück, wie Uwe Driest in der *Hamburger Rundschau* bemerkt: „Be-

steht doch eine funktionierende Personalunion zwischen Hamburgischer Landesbank und Helm Aufsichtsrat und dürfen sich die Helm-Chefs Dieter und Hermann Schnabel weiterhin als Sponsoren für Staatsoper, Theater und Universität feiern lassen.“¹⁶ (JS)

Neue WHO Generaldirektorin

Das Executive Board der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Karen Brundlandt als Kandidatin für den Generaldirektorsposten vorgeschlagen. Damit gilt ihre Wahl auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai dieses Jahres als Formsache.

Seminar



Foto: Jörg Schaaber

Spielend leicht verändern

Entwicklungspolitisches Theater zum Mitmachen bietet die BUKO Pharma-Kampagne vom 22.-24. Mai 1998 in Bielefeld an.

Politische Öffentlichkeitsarbeit wird mit viel Papier betrieben. Wir wollen eine andere Möglichkeit vermitteln, mit der Menschen mit sozialen und politischen Themen angesprochen werden können: **Straßentheater**. Szenen, Sketche oder ein kleines Stück – auf der Straße gespielt – eignen sich,

Menschen für ein Thema zu interessieren, zum Nachdenken anzuregen und zum Handeln zu motivieren. Unter der Anleitung einer erfahrenen Theaterpädagogin kann das Spielen praktisch ausprobiert werden.

An verschiedenen Themen aus dem Bereich Arzneimittel und Dritte Welt werden wir die Umsetzung von Problemen, Fakten und Skandalen in Theaterszenen ausprobieren. Am Ende steht die Erarbeitung von Szenen, die für die Aufführung auf der Straße geeignet sind.

Wer Spaß am Spielen gefunden hat, kann in der Straßentheatergruppe der Pharma-Kampagne ein praktisches Betätigungsfeld finden.

Teilnahmebeitrag 70 DM (für BUKO Mitglieder 50 DM).

Anmeldung und Infos: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33607 Bielefeld, Tel. 0521-60550 Fax 0521-61789; e-mail bukopharma@compuserve.com

16 Zitiert nach *Hamburger Rundschau* vom 12.3.1998

Zu guter Letzt

In der Auseinandersetzung über den zensierten Arzneiverordnungsreport (AVR) [siehe Pharma-Brief 7-8/97] halten Firmenanwälte dem Herausgeber des Buches vor, vom AOK-Bundesverband ein Honorar erhalten zu haben – wie Insider wissen, bereits seit Jahren vor Erscheinen des ersten AVR im Rahmen eines Werkvertrages für die Mitarbeit am GKV-Arzneimittelindex und nicht für den AVR. Ein Firmenanwalt interpretiert dies dennoch als „weiteres Indiz dafür, daß es sich beim AVR nicht um eine zweckfreie wissenschaftliche Arbeit im klassischen Sinne handelt, sondern das Werk vielmehr den Charakter einer Auftragsarbeit zugunsten der Krankenkassen hat.“

Setzt sich diese Rechtsauffassung durch, dürften von Firmen (mit-) finanzierte Studien demnächst generell als wertlos anzusehen sein, da es sich nicht um „zweckfreie wissenschaftliche Arbeit“, sondern um „Auftragsarbeiten zugunsten“ von Firmen handelt. Gleiches trifft für „Therapieempfehlungen“ honorierter Meinungsbildner auf firmengesponserten Konferenzen, Satelliten-Symposien und Schinkenröllchen-Fortbildungen zu. Dies schafft endlich klare Verhältnisse.

schreibt das arznei-telegramm in seiner März-Ausgabe 1998