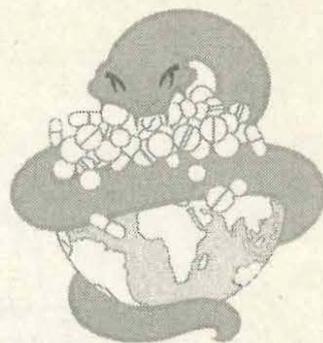


PHARMA- BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne
Health Action International (D)

Nr. 2-3, April-Mai 1998

K 11838

Im Dschungel der Medikamentenpreise

Dritte Welt zahlt oft mehr für Arzneimittel

Preise für ein und dasselbe Medikament können in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich sein. Eine aktuelle Untersuchung von Health Action International (HAI)¹ an der die Pharma-Kampagne mitwirkte zeigt: Es herrscht Preischaos. Klare Muster lassen sich kaum erkennen, aber bedenkliche Trends: Oftmals sind Preise in der Dritten Welt höher als in Industrieländern.

HAI erfaßte in 42 Ländern rund um den Globus die Preise für 21 häufig gebrauchte Arzneimittel. Dabei wurden sowohl Markenmedikamente als auch – soweit erhältlich – generische (wirkstoffgleiche) Produkte untersucht. Für Menschen in der Dritten Welt kann der Preis eines Arzneimittels manchmal über Leben und Tod entscheiden. Meist ohne staatlichen Krankenversicherungsschutz sind sie dem „freien“ Markt ausgeliefert. Hat man das Pech im falschen Land zu leben, kann das lebensrettende Mittel durchaus unbezahlbar sein.

Wie stark die Preise für ein und denselben Arzneimittel-Wirkstoff variieren ist schon erstaunlich. So kosten 100 Tabletten des gebräuchlichen Antibiotikums Amoxycillin (250 mg) in Laos nur 2 US\$, in Finnland zahlt man für dieselbe Menge mit 58 US\$ den höchsten Preis von allen untersuchten Ländern. Dabei gibt es keineswegs ein einheitliches Nord-Süd Preisgefälle: So kostet Amoxycillin in Spanien 3 US\$, in Uruguay aber 57 US\$. Die Preise für das Markenpräparat Amoxil[®], das

ebenfalls Amoxycillin enthält, liegen in der Regel noch höher. Sie betragen je nach Land zwischen 4 und 71 US\$.

Teures Tansania

Die Pharmaindustrie behauptet gerne, Preisunterschiede wären durch die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungskraft begründet, d.h. in armen Ländern wären Medikamente billiger. Das stimmt aber offensichtlich nicht. Tansania ist mit einem pro Kopf Bruttosozialprodukt von 120 US\$ eines der ärmsten Länder der Welt. Für einen Korb mit 13 Arzneimitteln müßte man dort 409 US\$ bezahlen, der gleiche Korb würde in Kanada nur 277 US\$ kosten. Noch deutlicher wird der Unterschied, wenn man berechnet, wie lange ein ungelerner Arbeiter für diesen Korb arbeiten müßte: In Tansania 215 Tage, in Kanada gerade 8 Tage.

Enorme Preisunterschiede

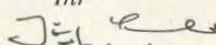
Die Preispolitik der Firmen ist äußerst undurchsichtig. Das zeigt die HAI-Studie bei allen untersuchten

Editorial

Liebe LeserInnen,
Arzneimittelpreise zählen zu den eher undurchschaubaren Dingen. Unser internationales Netzwerk HAI hat jetzt aufgezeigt, daß der Markt im Weltmaßstab nicht zum Nutzen der PatientInnen funktioniert. Mehr dazu können Sie im nebenstehenden Artikel lesen.

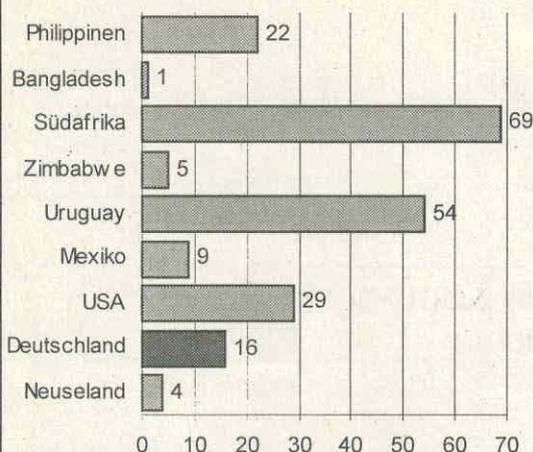
„Abhängigkeit auf Rezept“ hatten wir eine Untersuchung zu Informationen über das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen in der Dritten Welt genannt. Nun scheint sich die Geschichte mit Antidepressiva zu wiederholen: Mehr dazu ab Seite 3.

Das späte und verkleinerte Erscheinen dieses Pharma-Briefs ist eine Folge unserer Finanzkrise. Zwar hat sich die Situation des „Intensivpatienten Pharma-Kampagne“ stabilisiert und es besteht Aussicht auf Heilung, doch haben unsere therapeutischen Bemühungen viel Zeit gekostet. Sie können uns dabei unterstützen! Der beiliegende Spendenaufruf könnte Ihr „Rezeptblock“ sein. Vielen Dank!

Ihr

Jörg Schaaber

- Im Netz der Antidepressiva Seite 3
- Wie Arzneimittelstudien entstehen Seite 7

Grafik 1:
Preise für 100 Tabletten Lasix® in US\$



Preisstand Jan/ Feb 1998, Quelle: HAI-News, April 1998

Markenmedikamenten. Ein Beispiel: Glaxo, der Hersteller von Zantac® (in Deutschland Zantic®). Der scheint herausholen zu wollen, was nur irgend möglich ist. 1992 mußten KonsumentInnen bis zu 124 US\$ für 100 Tabletten zahlen (in Tansania), in Indien² aber nur 4,90 US\$. Damit war Zantac® in Tansania 25 mal so teuer wie in Indien.

Die aktuelle Untersuchung von HAI zeigt, daß noch Steigerungen möglich sind: 100 Tabletten Zantac® kosten jetzt in Indien nur noch 2 US\$, in Chile aber 198 US\$ – das ist der höchste Preis in allen untersuchten Ländern. Damit ist 1998 die maximale Preisdifferenz auf 1:98 gewachsen, d.h. PatientInnen in Chile müssen fast das hundertfache für Zantac® bezahlen wie indische PatientInnen.

Auch bei deutschen Herstellern lassen sich deutliche Preisunterschiede feststellen: So verlangt Hoechst für 100 Tabletten Lasix® (Furosemid) in Uruguay 54 US\$, in Südafrika gar 69 US\$, in Indien aber nur 1 US\$. Hierzulande kostete Lasix® 16 US\$. Grafik 1 zeigt nach Regionen geordnet die Länder mit den jeweils höchsten und niedrigsten Preisen für Lasix® (und zum Vergleich den Preis in Deutschland).

Regionale Unterschiede

Generell kann man sagen, daß Arzneimittel in Lateinamerika am teuersten und in Asien am billigsten sind. So kosten in Asien die Medikamente im Schnitt 12 US\$, in Lateinamerika

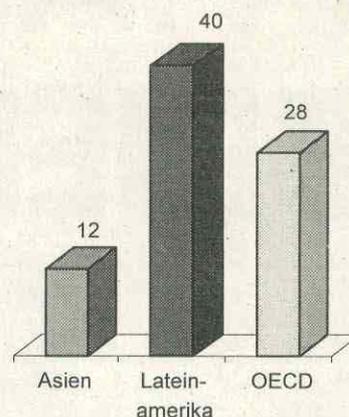
jedoch 40 US\$. Die Industrieländer (OECD) lagen preislich mit 28 US\$ dazwischen (Grafik 2).

Diese Zahlen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß es innerhalb jeder Region erhebliche Preisunterschiede gibt. Dies macht Grafik 3 deutlich. Hier wurde der Durchschnittspreis von 10 Arzneimitteln verglichen, die in allen genannten Ländern erhältlich waren.

Das Gesetz des Dschungels

Eine Erklärung für die krassen Unterschiede: Die Pharmaindustrie holt sich, was sie unter den Rahmenbedingungen in den jeweiligen Ländern herausholen kann. D.h. wo die Regierung sich wenig um die Versor-

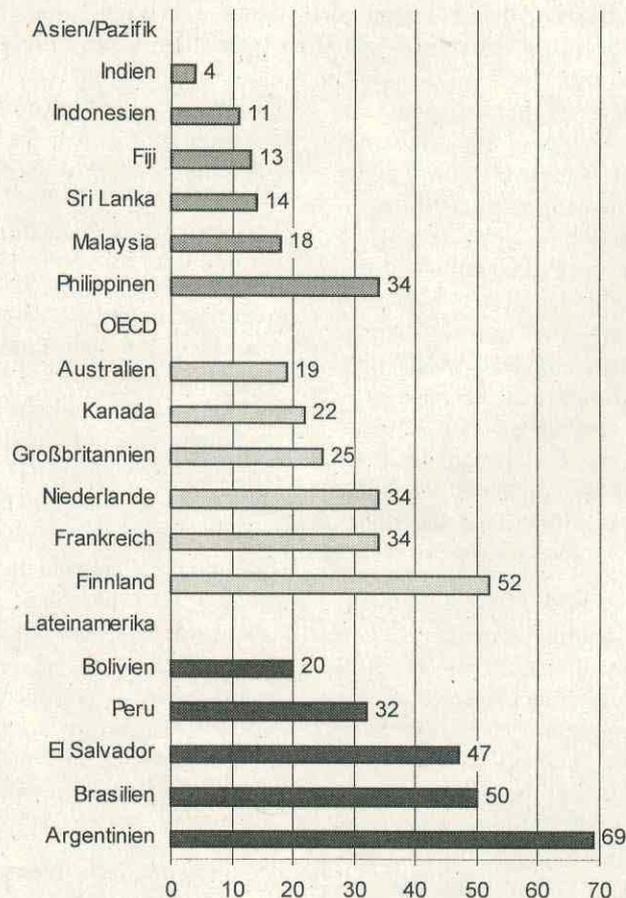
Grafik 2:
Durchschnittspreise in verschiedenen Regionen in US\$



Preis je 100 Tabletten/Kapseln. Auf der Basis von 20 Präparaten, die in allen verglichenen Ländern erhältlich sind. Preisstand Jan/ Feb 1998, Quelle: HAI-News, April 1998

gung der Bevölkerung sorgt oder relativ kaufkräftige Schichten vorhanden sind, gibt es hohe Preise. Starke Kon-

Grafik 3:
Durchschnittliche Arzneimittelpreise je 100 Stück in verschiedenen Ländern in US\$



Auf der Basis von 10 Präparaten, die in allen verglichenen Ländern erhältlich sind. Preisstand Jan/ Feb 1998, Quelle: HAI-News, April 1998

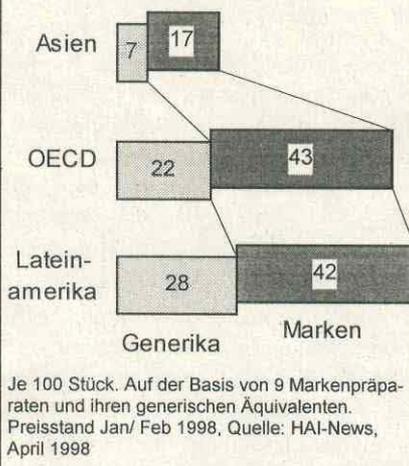
kurrenz – wie z.B. in Indien – oder eine konsequente Medikamentenpolitik wie in Zimbabwe sorgen für (relativ) niedrige Preise.

Was kann man ändern?

Die Intransparenz der Märkte und mangelnde Kontrolle der Arzneimittelpreise machen die gravierenden Preisunterschiede in verschiedenen Ländern überhaupt erst möglich.

Die offensichtlichste Einsparmöglichkeit ist die Verwendung von Generika statt teurer Markenprodukte. Grafik 4 zeigt, daß dadurch in allen Regionen erhebliche Einsparungen möglich wären. Generika kosten grob gesagt die Hälfte. Dennoch ist es erstaunlich, wie unterschiedlich die Generikapreise in den verschiedenen Regionen sind.

Grafik 4:
Durchschnittspreise von
Markenmedikamenten und
Generika in US\$



Die Herstellung von Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt ist eine unabdingbare Voraussetzung für einen besseren Zugang zu Medikamenten. Denn nur dann können Einsparpotentiale auch deutlich werden. Aber das allein wird nicht reichen. Ohne eine Kontrolle und Regulierung von Medikamentenpreisen wird sich wohl nicht viel ändern. HAI fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Regierungen aller Länder der Welt auf, allen Menschen den Zugang zu preiswerten unentbehrlichen Arzneimitteln zu sichern. (JS)

1 K. Bala/ Oscar Lanza/ Shila R. Kaur, Retail Drug Prices: The Law of the Jungle; in: HAI news, April 1998

2 In Indien verwendet Glaxo für das Präparat den Namen Zinetac[®]

Im Netz der Antidepressiva

Schafft die Pharmaindustrie neue Abhängigkeiten?

Antidepressiva werden in Industrieländern zunehmend populär. Die neueste Generation dieser Medikamente, sogenannte Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sollen angeblich besser verträglich sein und kein Abhängigkeitspotential besitzen. Dies behaupten jedenfalls die Hersteller. Die britische Bürgerrechtsorganisation Social Audit formulierte jetzt eine harsche Kritik: Die weitverbreitete Einnahme von Antidepressiva sei keineswegs immer medizinisch gerechtfertigt und vor allem gebe es ein Abhängigkeitsproblem.

In dem angesehenen *International Journal of Risk & Safety in Medicine* konnte Charles Medawar von Social Audit seine Positionen ausführlich darlegen.³ In der Tat sind die dort publizierten Fakten beunruhigend. Und mindestens ebenso beunruhigend ist, was man alles über SSRI-Antidepressiva noch nicht weiß.

Abhängig von Antidepressiva?

Charles Medawar fragt: „Wird sich herausstellen, daß Medikamente wie Fluctin[®] (Fluoxetin, in anderen Ländern Prozac[®]) genauso abhängig machen wie Valium[®]? Könnte Abhängigkeit die Erklärung dafür sein, daß man

glaubt Antidepressiva würden über Jahre wirken? Und warum glauben Ärzte, daß Antidepressiva wirksam sind, wenn sie sie doch oft in Placebo-Dosierungen verschrieben haben?“⁴

Mit der Frage „Wirken Antidepressiva?“ will Medawar den Blick auch auf den weiteren Kontext lenken: „Das Verhältnis von Natur und Erziehung, von Krankheit und Gesundheit und von Nutzen und Risiko. Es stellt sich auch die Frage nach den Geschäftspraktiken und der Bedeutung von Geld und Einfluß, nach organisatorischen Zwängen und Gesundheitszielen, nach der Qualität von Wissenschaft und der Grundlage von Vertrauen und nach der Effektivität von Gesetzen und Vorschriften.“⁵

Medawar weist auf die Erfahrungen der jüngeren Medizingeschichte hin: Alle neuen psychoaktiven Substanzen in der Medizin sind zunächst als harmlos und hilfreich dargestellt worden. Das gilt für den im letzten Jahrhundert in Arztpraxen als „Medizin“ sehr populären Alkohol genauso wie später dann für Opium, Morphin, Kokain, Heroin, Barbiturate und zuletzt die Tranquilizer wie Valium[®]. In allen Fällen wurden deutliche Anzeichen von Sucht- und Abhängigkeitsgefahr über Jahre hinweg ignoriert, kleingeredet oder durch andere Studien zu widerlegen versucht.⁶

Medawar meint, daß all diese Fragen eigentlich schon vor zehn Jahren hätten gestellt werden müssen, als die Kontrollbehörden endlich zu dem Schluß gelangt waren, daß Tranquilizer wie Valium nur wenige Wochen wirken. Bis dahin wurde stets angenommen, Tranquilizer würden dauerhaft wirken. Dies jedoch erwies sich als Illusion. Seinerzeit nahm man an, Valium würde wirken, da es so viel verschrieben wurde und weil es so vielen Menschen, die es absetzen wollten, schlecht ging. 25 Jahre lang dachte man, daß es sich dabei um einen Rückfall des/r PatientIn handele, also den besten Beweis, daß das Medikament zuvor gewirkt hatte.

Dann wurde klar, daß die Ursache der Leiden Entzugssymptome waren und der wirkliche Grund, aus dem Leute jahrelang Tranquilizer nahmen, die Furcht vor Entzugerscheinungen war.

Aber könnte mit Antidepressiva nicht alles anders sein? Die wenigen vorhandenen Daten sollten uns warnen. So erhielt das staatliche britische Nebenwirkungserfassungssystem (CSM⁷) bis März 1997 über 850 Meldungen über Entzugerscheinungen nach Absetzen von SSRI-Antidepressiva. Das ist ein vielfaches der Zahl der Meldungen die das CSM innerhalb von 17 Jahren für die bekanntermaßen abhängig machenden Benzodiazepin-Tranquilizer erhielt. Dies Ungleichgewicht muß als Alarmzeichen gelten. Da nur ein Bruchteil der tatsächlich auftretenden Fälle gemeldet werden (selbst bei schweren oder tödlichen Komplikationen wird in Großbritannien in der Regel weniger als ein Zehntel der Fälle gemeldet⁸) weisen die Zahlen auf ein Abhängigkeitsproblem von großem Ausmaß hin.

Daß die Nebenwirkungsmeldungen des CSM in dem Artikel von Medawar erstmals ausführlich diskutiert werden, mag nicht nur mit der gesetzlich verordneten Geheimniskrämerei um Arzneimittel in Großbritannien zusammenhängen. Bereits bei der Zulassung der neuen Antidepressiva gab es denkwürdige Fakten. Der Hauptexperte für Antidepressiva beim CSM gab damals eine Erklärung ab, daß er mit nicht weniger als 4 der 7 Firmen, die SSRI Antidepressiva herstellen, Interessenverflechtungen habe.

So wundert es wenig, daß eine gemeinsam vom CSM und der Medicines Control Authority (MCA) veranlaßte Untersuchung über die Nebenwirkungsmeldungen zu SSRI's zum Schluß gelangt, daß zwar ein Abhängigkeitsrisiko existiere, das aber angesichts der hohen Zahl von Verschreibungen gering wäre. Kein Wort darüber, daß nur ein kleiner Teil der Nebenwirkungen überhaupt gemeldet wird. CSM und MCA gehen sogar so weit, die Ergebnisse ihrer eher fragwürdigen Untersuchung umzuinterpretieren. Die befragten ÄrztInnen hatten die Entzugssymptome in 8 von 10 Fällen als „mittelschwer“ oder „schwer“ bezeichnet. Die Medikamen-

tenkontrolleure gelangen aufgrund dieser Zahlen aber zu dem Schluß, daß „die beobachteten Entzugssymptome scheinen nicht schwer zu sein, die Untersuchung legt nahe, daß sie mild sind.“⁹ (Siehe auch Kasten: *Geheimhaltung gesundheitsschädlich*)

Ein weiterer Grund, warum so wenig von Entzugerscheinungen berichtet wird, kann mit der langen Wirkungsdauer des meistgebrauchten SSRI-Antidepressivums Fluoxetin zusammenhängen. Fluoxetin hat eine Halbwertszeit¹⁰ von 4-16 Tagen, die PatientInnen spüren die unangenehmen Entzugssymptome nach und nach und fangen deshalb meist schnell wieder an, die Tabletten zu schlucken. In diesem Zusammenhang lohnt ein kleiner Ausflug in die Geschichte der Benzodiazepin-Tranquilizer: Bei ihnen wurde das Abhängigkeitsproblem erst so recht deutlich, als ein Wirkstoff mit sehr kurzer Halbwertszeit und hoher Dosis eingeführt wurde. Die Entzugssymptome traten schnell und kraß auf. Dagegen hatten die etablierten Benzodiazepine eine lange Halbwertszeit, so daß die Symptome nach Absetzen des Medikaments langsam auftraten, und sie wurden oft nicht als solche erkannt bzw. die PatientInnen fingen bei den ersten Symptomen wieder an, das Medikament einzunehmen.

Ähnliches wiederholt sich nun bei den SSRI-Antidepressiva. Die meisten Meldungen über Entzugerscheinungen liegen für das relativ kurzwirkende Paroxetin vor, ein Medikament mit einer mittleren Halbwertszeit von 21 Stunden.¹¹

Erst kürzlich warnten Ärzte in einem Editorial im *British Medical Journal* mit der Wortneuschöpfung „discontinuation reactions“ (Reaktionen bei Stop der Einnahme) vor Entzugerscheinungen nach Antidepressiva-Einnahme.¹² Als Begründung geben sie an, daß manche dieser Reaktionen sehr heftig sein können, vor allem aber irrtümlich die „Reaktionen“ als Wiederauftreten der Krankheit mißdeutet werden könnten, was zu einer unnötigen Wiederverschreibung von Antidepressiva führen könnte. Sie vermeiden aber bewußt den Begriff „Medikamentenabhängigkeit“, da dieser dazu beitragen könnte, daß zu wenig Menschen mit Depressionen behandelt würden.

Geheimhaltung gesundheitsschädlich

In Großbritannien bedroht ein 1911 verabschiedetes und 1968 verschärftes Gesetz BehördenmitarbeiterInnen, die etwas über ihre Arbeit in der Arzneimittelzulassung ausplaudern, mit Gefängnisstrafen. In einer Untersuchung befragte J.W. Abraham 17 wissenschaftliche Berater der britischen Zulassungsbehörde. Es waren immerhin acht gegen das Ausmaß an Geheimhaltung, das ihnen auferlegt wurde. Einige bezeichneten es als Mangel an Demokratie. Einer ging sogar so weit und sagte: „Mir ist dieser Mangel an Offenheit zuwider. Ich glaube das geheime Verfahren ermöglicht es ihm [dem CSM] ätzende Entscheidungen zu treffen und damit ungeschoren davonzukommen. Weil sie niemals rechtfertigen müssen, warum sie x,y oder z getan haben, kann das niemals in Frage gestellt werden [...] und wenn man seine Entscheidungen öffentlich machen würde, wäre das CSM nicht in der Lage, sie zu verteidigen.“¹³

Großbritannien verweist auf die EU, wenn es um mehr Offenheit geht. Man wolle den EU-Regelungen nicht vorgehen. Aber die EU Arzneimittelbehörde EMEA begründet u.a. mit den britischen Geheimhaltungsvorschriften, warum sie bestimmte Informationen nicht an die Öffentlichkeit geben kann.

„Zulassungsbehörden verteidigen die Situation mit dem Argument, daß die Firmen das Recht haben, ihre Geschäftsgeheimnisse vor skrupellosen Mitbewerbern in der Industrie zu schützen. Aber das Ironische an diesem Argument ist, daß, weil die Pharmahersteller sich gegenseitig nicht trauen, in Europa Arzneimittelbehörden auf der Erwartung aufgebaut sind, daß ÄrztInnen, PatientInnen und die allgemeine Öffentlichkeit der Industrie und ihren Kontrolleuren vertrauen.“¹⁴

Wirkung oder Nebenwirkung?

Wenn viele Menschen Entzugerscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva bekommen, schürt das Zweifel an ihrem Langzeitnutzen. Weil den ÄrztInnen suggeriert wird, daß Entzugerscheinungen sehr selten sind, können sie Entzugssymptome fälschlicherweise für einen Rückfall in die Krankheit halten. Unter diesen Voraussetzungen könnten ÄrztInnen wie PatientInnen dem Irrtum erliegen, daß Antidepressiva immer weiter wirken. So wie sie das vor 25 Jahren von Tranquilizern geglaubt haben.

Auf diese Weise wiederholt sich die Geschichte mit Mitteln gegen psychische Leiden immer wieder. Medawar sagt: „Ich sage psychische Leiden dazu, weil es erdrückende Belege dafür gibt, daß das, was zu Valiums Hochzeiten 'Angst' genannt wurde, heute zu 'Depression' umetikettiert wird. Der Rückgang im Tranquilizerumsatz Ende der achtziger Jahre ging mit einer entsprechenden Zunahme der Antidepressiva-Verschreibungen einher. Früher waren sie 'ängstlich', jetzt sind sie 'deprimiert'. Valium ist 'out', Prozac ist 'in'.“¹⁴ Ähnliche Trends kann man auch in Deutschland feststellen: Vor 10 Jahren wurden drei mal soviel Tranquilizer wie Antidepressiva verschrieben, heute haben die Antidepressiva die Tranquilizer überholt (Grafik 5).

Behandelt Depressive!

Von 1992 bis 1997 gab es in Großbritannien eine Kampagne „Bekämpft die Depression“, die von den PsychiaterInnen- und AllgemeinärztInnen-Verbänden organisiert wurde. Eine wichtige Botschaft der Kampagne: Bei Antidepressiva gibt es kein Abhängigkeitsproblem. Die Kampagne wurde von der Pharmaindustrie mitfinanziert. Die AllgemeinärztInnen wurden aufgefordert, 70% mehr PatientInnen wegen Depressionen zu behandeln und die Medikamente offensiver einzusetzen. Dabei wurde ein klarer Schwerpunkt auf SSRI-Antidepressiva gesetzt. Es erstaunt wenig, daß alle bedeutenden SSRI-Hersteller die Kampagne unterstützten, aber kein Produzent herkömmlicher Antidepressiva. Heute wird diese Kampagne von der „Depression Alliance“, einer Industrie-gespon-

sorten PatientInnen-Organisation weitergeführt.¹⁶

Was ist eine Depression?

Selbst unter Fachleuten besteht keine vollständige Einigkeit darüber, was eine Depression genau ist. Es wird zwar versucht, diese Unklarheit mit immer weitergehenden Definitionen zu beseitigen, aber das muß nicht unbedingt zur Klarheit beitragen. Als internationaler Standard gilt das „Diagnostic and Statistical Manual“ (DSM) der US-amerikanischen PsychiaterInnenvereinigung. Die erste Fassung des DSM hatte 1952 gut hundert unterscheidbare Manifestationen der Depression definiert, in seiner fünften Fassung (DSM-IV, 1994) hat sich die Zahl der Definitionen verdreifacht.

Hier einige Kostproben, was das DSM-IV als Zeichen einer Depression wertet:

- ◆ In manchen Fällen wird die Traurigkeit zuerst geleugnet, aber dann während des Gesprächs dem Patienten entlockt (z.B. indem man darauf hinweist, daß die PatientIn so aussieht, als müsse sie gleich weinen). [...] Einige Individuen betonen eher körperliche Beschwerden, als daß sie über ein Gefühl von Traurigkeit berichten.
- ◆ Individuen berichten vielleicht, daß sie weniger Interesse an ihren Hobbys haben.
- ◆ Gewöhnlich gibt es Appetitlosigkeit [.. aber] andere Individuen haben vielleicht mehr Appetit [... und] es kann deutlichen Gewichtsverlust oder -zunahme geben.
- ◆ Die häufigste Schlafstörung, die mit einer schweren depressiven Episo-

de einhergeht, ist Schlaflosigkeit [... und] seltener kommen Individuen, die zuviel schlafen. [...] Manchmal kommen Individuen, die sich wegen Schlafstörungen behandeln lassen wollen.

◆ Zu den psychomotorische Veränderungen gehören Agitiertheit (z.B. die Unfähigkeit stillzusitzen) [...] oder Retardierung (z.B. verlangsamtes Sprechen, Müdigkeit oder Körperbewegungen)

Es geht dabei nicht darum, ob die geschilderten Beschwerden nicht tatsächlich Ausdruck einer Depression sein können, sondern ob die Definitionen nicht so weit gefaßt sind, daß sie etliche Menschen erfassen, die gar keine Depression haben und die damit unnötigerweise zu Kranken gestempelt werden.

Die unklaren und ausgeweiteten Definitionen sind auch im unmittelbaren Interesse der Pharmaindustrie, denn derzeit besteht die Behandlung von Depressionen im wesentlichen in der Gabe von Medikamenten, genauer gesagt von Antidepressiva.

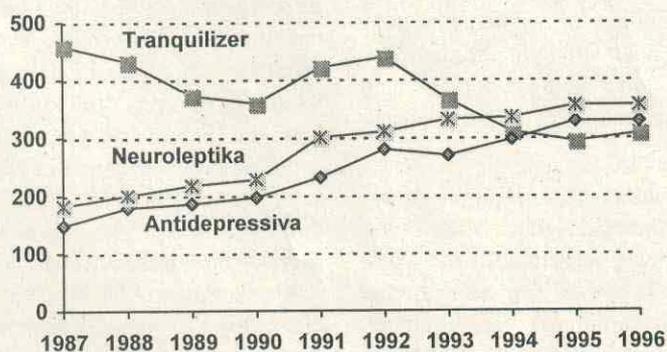
Auch die Abgrenzung zwischen Depression und Ängstlichkeit ist schwammig. Weitgehende Einigkeit besteht lediglich darüber, daß eine Depression mit Ängstlichkeit einhergeht. Eine diagnostische Vermischung dieser beiden Zustände bedeutet aber für die Medikamententherapie, daß Tranquilizer die bislang hauptsächlich gegen Ängstlichkeit eingesetzt wurden, durch Antidepressiva ersetzt werden.

Kraß formuliert könnte man sagen, daß der einzige gemeinsame Nenner dessen, was als eine Depression bezeichnet wird, die Tatsache ist, daß die Störung/Erkrankung mit Antidepressiva behandelt wird.

Wirken Antidepressiva?

Die Frage, ob Antidepressiva überhaupt wirken, mag auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheinen und wird möglicherweise Empörung unter ÄrztInnen und Verunsicherung bei PatientInnen auslösen. Es geht aber darum, die vorhandenen Studien zur Wirksamkeit von Antidepressiva vorurteilsfrei zu überprüfen und sich nicht darauf zu beschränken, mögliche Unterschiede in

Grafik 5: Verbrauch von Psychopharmaka in Deutschland



Angaben in Millionen Tagesdosen (DDD)¹⁵

der Wirksamkeit verschiedener Medikamente zu suchen.

Erstaunlicherweise zeigen alle Studien über die verschiedenen Antidepressiva den gleichen Trend: Etwa 60-70% der PatientInnen sprechen auf Antidepressiva an (einige sehr stark, andere weniger), auf Placebos sprechen typischerweise 30-35% an. „Dies hat grundlegende Implikationen für die Analyse. Erstens, weil es keinen Unterschied in der Qualität der Reaktion zwischen Antidepressiva und Placebos gibt. Der Unterschied besteht darin, daß die Medikamente doppelt so häufig dasselbe Ergebnis bewirken wie

Wie krank sind wir eigentlich?

„Wenn man die Menschen in dem Glauben erzieht, sie seien grundsätzlich zerbrechlich, immer am Rande einer tödlichen Krankheit, selbstverständlich der Stütze eines Mediziners an jeder Seite bedürftig, abhängig von einer imaginierten Fachrichtung 'vorbeugende' Medizin, dann gibt es keine Grenzen für die Zahl der benötigten ÄrztInnen, Verwaltungen, Praxen und Krankenhäuser, die benötigt werden, um diesen Bedarf zu decken. [...] Im wirklichen Leben sind wir ziemlich gesunde Menschen. Wir sind weit davon entfernt, schlecht konstruiert zu sein, wir sind erstaunlich hart, haben belastbare Organismen, sind voller Gesundheit und bereit, die meisten Herausforderungen zu bewältigen. Wenn wir diesem ganzen Gerede zuhören, heißt die neue Gefahr für unser Wohlbefinden, daß wir eine Nation gesunder Hypochonder werden, übertrieben vorsichtig leben und uns selbst halb zu Tode fürchten.“¹⁷

Placebos; wenn Placebos bei Depressiven wirken, sind sie genauso effektiv wie die besten Medikamente. Zweitens, wenn viele verschiedene Medikamente zu einem ähnlichen und nur teilweise erfolgreichen Ergebnis führen, legt das einen Mangel an spezifischer Wirksamkeit nahe und es ist unwahrscheinlich, daß die Wirkung auf Depressionen in der besonderen chemischen Zusammensetzung des einzelnen Wirkstoffs liegt. Man könnte zu dem Schluß gelangen, daß die Wirkung von Antidepressiva mit starken Placebos vergleichbar ist, mit Placebos doppelter Stärke, um genau zu sein.“¹⁸

„Bis in die 80er Jahre betonten die meisten medizinischen Standardwerke und die meisten Experten, daß 80% aller Fälle von Depression selbstheilend wären. Wenn die Schlußfolgerung daraus war, daß man Depressionen oftmals gar nicht mit Medikamenten behandeln muß, dann gelten solche Ansichten heutzutage fast als Häresie.“¹⁹ Cole stellte 1964 bei dem Vergleich von neun kontrollierten Studien an PatientInnen, die wegen Depression ins Krankenhaus eingewiesen wurden, fest, daß sich der Zustand von 57% der PatientInnen, die mit Placebos behandelt wurden, innerhalb von zwei bis sechs Wochen besserte.²⁰

Die genaue Wirkung von Antidepressiva ist bis heute nicht so recht klar. Vermutlich trifft die Schlußfolgerung des National Institute for Health der USA, das 490 Studien zu Antidepressiva aus den Jahren 1955-1966 untersuchte, immer noch zu: „Die Qualität einer Studie ist für das Ergebnis von größerer Signifikanz als das geprüfte Medikament [...] In gut angelegten Studien ist der Unterschied zwischen Antidepressiva und Placebo wenig beeindruckend.“²¹ Aber eben diese Untersuchungen werden noch heute zum Maßstab für die Bewertung von neuen Antidepressiva gemacht.

Die aktuelle Fassung des US-Standardwerks *Goodman & Gilman's* stellt den Antidepressiva auch kein gutes Zeugnis aus: „Eine in gewisser Weise überraschende Tatsache ist, daß Antidepressiva, die in der klinischen Praxis angewendet werden als Gruppe, unwirksame Placebos nur in zwei Drittel bis drei Viertel aller kontrollierten klinischen Studien übertreffen konnten, dabei zeigte ein ähnlicher Anteil von Erwachsenen klinisch relevante Verbesserungen. Bei Depressionen von Kindern und Alten sind die Ergebnisse noch unklarer. Studien bei Kindern konnten keine Überlegenheit von Medikamenten gegenüber Placebo belegen.“²²

Warum wurden trotz all dieser Zweifel Antidepressiva zum Mittel der Wahl? Medawar schreibt zu den Gründen: „Im Laufe der Zeit verstummte die Kontroverse und die Verschreibung von Antidepressiva wurde zur Routine, trotz der Ungewißheiten und wahrscheinlich auch gerade deswegen. Ein

Faktor, der zu der Ungewißheit beigetragen haben könnte, war die Komplexität und die Kosten einer strengen Prüfung von Medikamenten. Als weitere Faktoren wären zu nennen: das Fehlen von überzeugend besseren Alternativen, die niedrigeren Kosten und die Einfachheit der Medikamententherapie, [...] der wachsende Glauben in biologische Ursachen von Depressionen, die Tendenz, die Rolle von Placebo- und Nocebo²³ Faktoren zu ignorieren, Verwirrung über die unbegrenzten Möglichkeiten der Diagnose, die die Möglichkeit bietet, immer wieder etwas Neues auszuprobieren, und wahrscheinlich am allerwichtigsten: die Intensität der Pharmawerbung.“²⁴

Als Beispiel für Letzteres mag hier nur eine Werbung des Marktführers Lilly dienen, deren kompletter Text einer ganzseitigen Farbanzeige²⁵ lautete:

„Erste Wahl ... für alle neun Symptome von Depression

- Deprimierte Stimmung
- Verlust von Interesse
- Erschöpfung
- Schlafstörungen
- Gewichts-/ Appetitveränderungen
- Fehlende Konzentration
- Langsamkeit/ Ruhelosigkeit
- Schuldgefühle/ Gefühle von Wertlosigkeit
- Todesgedanken“

Mit solch suggestiven Botschaften wird wahrhaftig ein weites Anwendungsfeld für Antidepressiva geschaffen.

PatientInnen ernst nehmen

Medawar merkt an: „Die Erfahrung, die wir in der Vergangenheit mit durch Ärzte verursachte Abhängigkeit gemacht haben, läßt wenig Vertrauen in offizielle Riskoeinschätzungen aufkommen; sie unterstreicht die Wichtigkeit, die Sichtweise von PatientInnen zur Kenntnis zu nehmen. Fragmentarische und anekdotische Erkenntnis hat ihre Beschränkungen, und eine verzerrte Auswahl von Beispielen kann zu falschen Schlüssen über das Ausmaß und die Schwere eines Problems führen. Trotzdem sind die Sicht von PatientInnen Teil des Puzzles und geben manchmal gute Anhaltspunkte für die

Hintergründe möglicher Probleme. Viel gefährlicher als die anekdotischen Berichte anzuhören, wäre die Ansicht, die Meinung von PatientInnen zähle wenig oder wäre falsch, am schlimmsten allerdings wäre die Überzeugung, daß die am lautesten geäußerten Überzeugungen der Medizin gewöhnlich die richtigen wären.²⁶

In den USA gibt es Internet-Diskussionsgruppen von Menschen, die Antidepressiva einnehmen oder eingenommen haben. Aus den Berichten spricht sowohl große Begeisterung über die anfängliche Wirkung von Antidepressiva bei einigen, als auch das Fehlen von Wirksamkeit bei anderen. Eine Steigerung der Dosis, oder ein Medikamentenkarussell, bei dem von einem Wirkstoff zum nächsten gesprungen wird, scheint häufig vorzukommen. Beides Indikatoren für ein potentiell Abhängigkeitsrisiko. Aber auch Berichte über große Probleme, von Antidepressiva loszukommen, sind keineswegs selten, ebenso wie mangelndes Verständnis für Entzugsprobleme.

Medikalisierung des Lebens

Zusammenfassend kann man wohl sagen, daß die Übermedikalisierung durch Tranquilizer durch eine mit Antidepressiva ersetzt worden ist. Statt aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen, hat sich das Medizinsystem für eine einfach zu schluckende Lösung entschieden. Wiederum werden zahllose PatientInnen einem vermeidbaren Abhängigkeitsrisiko und Nebenwirkungen ausgesetzt. Was vielleicht noch wichtiger ist, den Betroffenen werden andere vielleicht erfolgreichere Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten und das Vertrauen in die eigene (Selbstheilungs-)Kraft genommen.

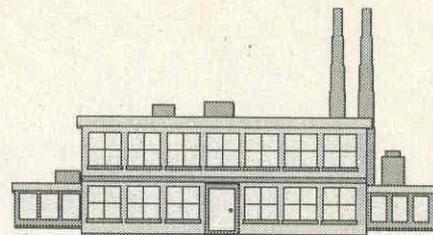
Diese kurze Geschichte der Antidepressiva weist über das konkrete Feld der Behandlung von Depressionen hinaus, zeigt sie doch, daß gegenwärtig Kräfte eine wesentliche Rolle spielen, deren primäres Interesse eben nicht die

optimale Gesundheitsversorgung ist. Sie zeigt aber auch die Unfähigkeit des medizinischen Systems, sich einzugehen, daß es mancherorts (noch?) keine überzeugenden Hilfen zu bieten hat. Um nicht untätig zu sein, werden Pillen verschrieben statt nach anderen, auch nicht medikamentösen Lösungen zu suchen. (JS)

Weitere Informationen zum Thema

Wer sich für das Thema Antidepressiva weiter interessiert, kann im Internet nicht nur den kompletten Artikel von Charles Medawar lesen, sondern auch den Schriftwechsel, den er über dieses Problem mit Kontrollbehörden und Herstellern führt (unbedingt lesenswert, von komisch bis empörend). Die ständig aktualisierte Antidepressant-Website im Internet findet sich unter www.socialaudit.org.uk

- 3 Charles Medawar, The Antidepressant Web, in: *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, Oktober 1997, S.75-126
- 4 The Antidepressant Web. Press release by Social Audit, 3. 12.1997
- 5 Medawar 1997 aaO. S. 76
- 6 ausführlich dazu: Charles Medawar, *Power and Dependence*, London 1992
- 7 Committee on Safety of Medicines
- 8 Medawar 1997 aaO. S. 90
- 9 zitiert nach Medawar 1997 aaO. S. 105
- 10 Halbwertszeit = Zeitpunkt, bei dem die Wirkstoffmenge eines Medikaments im Körper auf die Hälfte abgesunken ist.
- 11 Medawar 1997 aaO. S.104
- 12 Haddid et al, Antidepressant discontinuation reactions, *British Medical Journal*, 11.4.1998, S. 1105-1106
- 13 J.W. Abraham, Secrecy and drug regulation in Europe: who is being protected? In: *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 10, 1997, S. 143
- 14 Abraham aaO., S. 146
- 15 Quelle: Schwabe, *Arzneiverordnungs-Report '97*, Stuttgart 1997, S. 458
- 16 Charles Medawar, Industry sponsored consensus statements? Mai 1998, internet: www.socialaudit.org/4200peha
- 17 L. Thomas, The health care system; in: *The Medusa and the Snail - More Notes of a Biology Watcher*, New York 1979
- 18 Medawar 1997 aaO. S. 77
- 19 ebenda S.79
- 20 J.O. Cole, Therapeutic efficacy of antidepressant drugs. A review. *JAMA* 2.11.1964, S. 124-131; zitiert nach Medawar 1997 aaO. S. 79
- 21 A. Smith et al, Studies on the effectiveness of antidepressant drugs, *Psychopharmacology Bulletin* (special issue) März 1969, S. 1-53
- 22 R. Baldessarini, Drugs and the Treatment of Psychiatric Disorders: Depression and Mania; in: Goodman & Gilman's, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Ninth Edition, New York 1996, S. 450
- 23 Nocebo = die Tatsache, daß Patienten auch ohne Medikamente gesund werden, bzw. daß andere Faktoren eine bedeutende Rolle spielen können wie z.B. die Betreuung durch das Personal.
- 24 Medawar 1997 aaO., S. 80
- 25 Anzeige in *J. Clin. Psychopharmacology*, 13 (5) 1993
- 26 Medawar 1997 aaO. S. 106
- 27 *arznei-telegramm* 11/1997, S. 116



Konzern-Nachrichten

Wie Studien entstehen

Die Pharmaindustrie rühmt sich gern ihrer Wissenschaftlichkeit. Ärztinnen und Ärzten sind Medikamenten-Werbungen wohlvertraut, die oft von hunderten von Studien sprechen, die die Wirksamkeit des gerade angepriesenen Mittels bestätigen.

Das *arznei-telegramm* berichtete unter dem Titel „Gesucht: Claqueure für Ciprobay“ wie banal solche „Forschung“ mitunter abläuft.²⁷ ÄrztInnen wurden von der Firma Bayer angeschrieben: „... berichten Sie uns über die Ergebnisse Ihrer Antibiotika-Therapie mit Ciprobay ...“ Ein einfacher Fragebogen war beigelegt. Damit die Mühe sich auch lohnt, wurde mit einem Geldschein gewinkt: „Unter den uns zugeschickten Beiträgen werden fünf Erfahrungsberichte ausgewählt. Diese werden medizinisch-redaktionell aufbereitet und mit Ihrer Zustimmung in der Fachzeitschrift *Arzt & Wirtschaft* veröffentlicht. Jeder dieser redaktionell aufbereiteten Beiträge wird mit DM 1.000 honoriert ...“

Impressum

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

Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaab (verantwortlich), Mitarbeit: Christiane Fischer, 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.



Die BUKO Pharma-Kampagne im Internet:

www.epo.de/bukopharma/



Aus aller Welt

Neuer Schwung für die WHO?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat eine neue Generaldirektorin: Die Norwegerin Dr. Gro Harlem Brundtland. Sie kündigte tiefgreifende Reformen an. Auch ansonsten gab es lebhafte Debatten auf der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung.

Aus Anlaß des 50 jährigen Bestehens der WHO diskutierten auf der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung Mitte Mai 1998 Regierungschefs und GesundheitsministerInnen Perspektiven für das 21. Jahrhundert.²⁸ Auch wenn sich die Lebenserwartung weltweit in den letzten 50 Jahren von 46 auf 66 Jahre gestiegen ist, gibt es immer noch krasse Unterschiede zwischen Arm und Reich. „Tragischerweise,“ so der scheidende WHO-Generaldirektor Nakajima, „sterben heute 3 von 4 Menschen in den ärmsten Ländern bevor sie 50 werden.“ Der Präsident Kubas, Fidel Castro, wurde deutlicher. Er fragte, warum in einer Welt, in der die Wirtschaft zwischen 1950 und 1997 um das sechsfache angewachsen ist, „jedes Jahr immer noch 12 Millionen Kinder unter fünf Jahren sterben müssen?“²⁹ Die Vizepräsidentin der Schweiz, Ruth Dreifuss schlug in dieselbe Kerbe: „Ungleichheiten in der Gesundheit spiegeln oft soziale Ungleichheit wider und haben oft ihre Ursache in dieser Ungleichheit,“ sagte sie vor der Weltgesundheitsversammlung. Dieses Phänomen sei selbst in der reichen Schweiz zu beobachten und sie listete „eine wachsende Zahl von Risikofaktoren“ auf: fehlende Arbeitsplatzsicherheit, die Zerbrechlichkeit der sozialen Sicherungs-Netzwerke und der Verfall gesunder Umweltbedingungen.²⁹

Unter der Leitung von Brundtland will die WHO entschiedener gegen häufige Todesursachen vorgehen. So soll es Programme zur Bekämpfung der Malaria und des Rauchens geben. Aber auch strukturelle Bedingungen sollen zum Thema werden: Die WHO-Generaldirektorin will den Zusammenhang von Gesundheit und Entwicklung in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellen. Das zuletzt als schwerfällig und desorganisiert geltende WHO-Sekretariat in Genf soll in vier Bereiche neu gegliedert werden, der erste soll den Aufbau gesunder Lebensbedingungen unterstützen; der zweite der Bekämpfung von Krankheiten dienen, der dritte die Durchsetzung der WHO-Ziele gegenüber anderen Organisationen und Interessengruppen verbessern und der vierte den Mitgliedsstaaten beim Aufbau tragfähiger Gesundheitssysteme unterstützen. Dabei machte Brundtland deutlich, daß sie „wirklich politische Debatten“ mit allen Beteiligten führen will.³⁰ (JS)

Chinacrin in Indien verboten

Eine äußerst fragwürdige Sterilisationsmethode ist in Indien jetzt vom Obersten Gerichtshof verboten worden: Das überholte Malariamittel Chinacrin darf nicht mehr dazu benutzt werden, bei Frauen eine künstliche Entzündung der Eileiter hervorzurufen und sie dadurch unfruchtbar zu machen.³¹

Chinacrin wird in 19 Ländern der Dritten Welt zur Sterilisation eingesetzt, dabei findet der Einsatz häufig unter dem Deckmäntelchen „wissenschaftlicher Versuche“ statt, da die Substanz nirgendwo offiziell zur Sterilisation zugelassen ist. Chinacrin wirkt nicht nur unzuverlässig, sondern stellt vor allem ein großes Gesundheitsrisiko für Frauen dar (wir berichteten ausführlich im *Pharma-Brief* 4/1997).

Brinda Karat von der All India Democratic Women's Association sagt zum Verbot von Chinacrin: „Das ist ein großer Sieg für die Kampagne von Frauen und Gesundheitsgruppen in Indien und anderswo gegen das Putschen von gefährlichen Verhütungsmitteln durch einige amerikanische Ärzte, die glauben, das Überleben der Welt hinge von der Fruchtbarkeit der Armen ab, wie hoch der gesundheitliche Preis dafür auch sein mag.“³²

Neue Gesundheitspolitik für Deutschland?

In Düsseldorf diskutierte der „Kongreß für eine solidarische Gesundheitspolitik“ vom 15.-16. Mai über die Weiterentwicklung des Systems der sozialen und gesundheitlichen Absicherung.

Hunderte von Interessierten waren zu dem Kongreß in der Düsseldorfer Uni gekommen. Kritisches Gesundheitspersonal, Krankenkassen, Gewerkschaften, sozialdemokratische und grüne GesundheitspolitikerInnen, PatientenvertreterInnen und soziale Initiativen trafen sich in Plena und 13 Foren. Armut als wichtige Krankheitsursache war ein wichtiges Thema, Ansätze für eine bürgernahe Versorgung wurden diskutiert und viele Modelle vorgestellt. Es war Aufbruchstimmung zu spüren, auch wenn es in der Kürze der Zeit nicht möglich war, die Inhalte der verschiedenen Foren wieder zusammenzuführen. Einigkeit bestand darüber, die gesetzlichen Krankenversicherung als solidarisches System zu stärken und Zuzahlungen durch PatientInnen abzuschaffen. (JS)

Weitere Informationen zu dem Kongreß: Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik, Pionierstr. 12, 40125 Düsseldorf

28 51st World Health Assembly closes in Geneva. WHO Press Release WHA 8_98. 16.5.1998

29 The Cost of Universal Health Care equals 3% of Global Military Expenditure. WHO Press Release WHA 5_98. 14.5.1998

30 Dr Brundtland invites WHO Executive Board to increase policy input. WHO Press Release 41 1998. 20.5.1998

31 Quinacrine: The yellow haze lifts from India. *The Times of India*. 27.3.1998

32 India to ban use of quinacrine for sterilisation. *The Lancet*. 28.3.1998. S. 968

Zu guter Letzt

„Man könnte die Hälfte aller modernen Medikamente ebensogut aus dem Fenster werfen, außer daß die Vögel sie dann fressen könnten.“

Martin Fischer, 1879-1962