

BMJ-Studie zeigt:

Der Einfluss der Industrie wächst

Immer mehr klinische Studien werden von der Industrie finanziert. Das zeigt eine im «British Medical Journal» (BMJ 2006; doi: 10.1136/bmj.38768.420139.80) online publizierte Untersuchung des Epidemiologen John Ioannidis, Universität Ioannina in Griechenland. Seine Arbeitsgruppe hat die 289 meistzitierten klinischen Studien der Jahre zwischen 1994 und 2003 analysiert. Demnach wird zwar auch heute noch die Mehrheit der einflussreichen Studien durch öffentliche Mittel finanziert und an Universitäten und grossen Kliniken durchgeführt, doch die Forschungsgelder kommen zunehmend von der Industrie. Der Anteil der «Industriestudien» lag über den gesamten Zeitraum bei 36 Prozent. Er ist aber in den letzten Jahren deutlich – um 17 Prozent pro Jahr – gestiegen. Seit 2001 kommen

mindestens die Hälfte der Fördergelder aus der Industrie. Die meistzitierten Studien sind heute Industriestudien: 65 von 77 randomisierten kontrollierten Studien während des gesamten Zeitraums und 18 der 32 am häufigsten zitierten Studien nach 1999 wurden ausschliesslich von der Industrie gesponsert. Da diese Untersuchungen in der Regel produktbezogen seien, befürchten die BMJ-Autoren, dass den akademischen Zentren immer mehr die Kontrolle über die Forschung entgleiten könnte. Viele offene Fragen in der klinischen Medizin stünden eben nicht im Zusammenhang mit Medikamenten, an der Finanzierung entsprechender Studien habe die Industrie aber zumeist kein Interesse. Allerdings sehen die Autoren die akademische Medizin auch nicht vor ihrer Kapitulation. Der Einfluss der Akade-

miker sei durch die Beteiligung an klinischen Studien weiterhin gross: Bei 76 Prozent der analysierten Studien war mindestens ein Autor Mitarbeiter einer Universität.

Der Industrieinfluss konnte aber nach Ansicht der BMJ-Autoren wachsen, weil sich die öffentliche Hand immer mehr zurückzieht. Besonders eklatant ist die Situation in den USA, wo die Hälfte aller klinischen Studien durchgeführt wird. Dort erhöhte die Regierung das Forschungsbudget für das Jahr 2006 nur um 0,7 Prozent, während ein Anstieg um sechs Prozent notwendig gewesen wäre, um den Status quo in der klinischen Forschung aufrechtzuerhalten, schreiben die BMJ-Autoren. ■

U.B.

Fragen nach unerwünschten Arzneimittelwirkungen:

Je mehr man sucht, desto mehr findet man

Autoren vom San Francisco Veterans Administration Medical Center nutzten bei 214 Männern mit benigner Prostatahyperplasie die Plazebo-Vorlaufphase einer Behandlungsstudie, um von den Teilnehmern allfällige medizinische Probleme in Erfahrung zu bringen, die bekannterweise auch als Nebenwirkungen vorkommen. Sie bildeten drei Gruppen. Die erste musste eine ausführliche Checkliste ausfüllen, in der ganz präzise nach 53 häufigen Nebenwirkungen gefragt wurde. Die zweite wurde mit einer allgemeinen, offenen Frage interviewt, die letzte mit einer offenen aber spezifischen Frage. Die Häufigkeit erfasster «Nebenwirkungen» unterschied sich dramatisch. In der Gruppe mit der Checkliste berichteten die Patienten über insgesamt 238 Nebenwirkungen, in denjenigen mit offenen Fragen waren es 11 respektive 14 Ereignisse oder Auswirkungen ($P < 0,001$). Auch der Anteil der Teilnehmer, die irgendeine Nebenwirkung meldeten, lag

bei den mittels Checkliste ausführlich studierten Teilnehmern mit 77 Prozent im Vergleich zu 14 respektive 13 Prozent in den Gruppen mit offener, allgemeiner oder offener spezifischer Frage deutlich höher.

Das an sich nicht überraschende Resultat der Studie ruft einmal mehr in Erinnerung, dass Nebenwirkungen, so wie sie in publizierten Studien, Arzneimittelkompendien oder Medikamenteninformationen genannt werden, oft keine festen Grössen sind, sondern mehr oder weniger gut erstellte Schätzungen. Einerseits sind klinische Studien nicht repräsentativ für die Alltagspraxis, andererseits können sie selten auftretende, gänzlich ungewöhnliche oder nur Untergruppen von Patienten betreffende unerwünschte Wirkungen nicht erfassen (dies bleibt der Überwachung nach Markteinführung vorbehalten). Daneben bietet die Erfassung von Nebenwirkungen in Medikamentenstudien auch viel Potenzial für Marketingmassnah-

men, wie ein begleitendes Editorial festhält. Je nach Definition von Nebenwirkungen oder Nebenwirkungsgruppen lassen sich Unterschiede zwischen «alten» und «neuen» Wirkstoffen konstruieren. Auch die Feststellung, dass sich Substanz A punkto Nebenwirkungen von Substanz B «nicht unterscheidet, weil keine signifikanten P-Werte erreicht wurden», ist mit Vorsicht zu geniessen. In einer einzelnen Studie mittlerer Grösse lässt sich die Möglichkeit selbst grösserer, klinisch ins Gewicht fallender Unterschiede beim Schädigungspotenzial eines Medikaments ganz einfach nicht ausschliessen – was für pflanzliche ebenso wie für «chemische» Präparate gilt. ■

H.B.

Quelle: Bent et al., Ann Intern Med 2006; 144: 257-261; Ioannidis et al, Ann Intern Med 2006; 144: 298-300.

Rosenbergstrasse 115

Das alles gibt es und vermutlich noch viel mehr: Lebensberater, Berufs- und Laufbahnberater, Fengshui-Berater, Energieberater, Tierberater, Kompostierberater, Sexberater, Eheberater, Familienberater, Trennungs- und Scheidungsberater, Bestattungsberater, Erbschaftsberater, Finanzberater, Ärzterberater, Unternehmensberater, IT-Berater, Managementberater, Menschenrechtsberater, Asylberater, Organisationsberater, Konsumentenberater, Drogenberater, Spielerberater, Stylingberater, Astrologieberater, Lesbenberater, Schwulenberater, Personalberater, Kommunikationsberater, Erziehungsberater, Politberater, Statistikberater, Werbeberater, Verlagsberater, Hörberater, Ernährungsberater, Rechtsberater, Industriebereiter, Versicherungsberater, Verkehrsberater, Wohnberater, Parfüm- und Kosmetikberater, Verkaufsberater, Modeberater – und das meiste auch oder sogar überwiegend als –innen.



Alle verdienen sie gut. Einige sehr gut. Ohne Risiko, ohne Notfalldienst, ohne Gepiesaktwerden durch Versicherungen und Politiker. Daneben fallen wir Ärzte natürlich arg ab. Wir sind zwar Gesundheits- und Krankheits-, Sozial- und Familien-, Finanz- und Schulden-, Impf- und Sexual-, Versicherten- und Arbeitsplatz-, Renten- und Sterbe-, Medikamenten- und Ernährungs-, Wellness- und Sport-, Kinder- und Alten-, Berufs- und Burn-out- und und und -Berater. Wir beraten so gern, so gut, so intensiv und so effizient wie die «richtigen» Berater, bloss: Deren Honorierung erfolgt nicht nach Sozialtarif und nicht nach Minutage. Schon eher nach Tages-, zumindest aber nach Stundenansatz. Schön blöd – für uns.



Vielleicht sollten wir tatsächlich die «einfachen Arbeiten» wie Blutdruckmessen Pflegefachkräften überlassen und uns aufs

Beraten konzentrieren. Ohne Verträge mit den Krankenkassen. Das würde an unserem Alltag kaum etwas ändern, wohl aber an unserer Freiheit zu tun und zu lassen, in Rechnung zu stellen oder nicht, was wir und wie wir das für richtig halten. Und: Gute Berater hätten viel zu tun, schlechte wenig. Eigentlich ein einfaches, effizientes System. Oder?



Im «10 vor 10» drei Beispiele unverschämter Versicherungsbetrüger. Ein voll aktiver Fitnesstrainer, ein Maurer mit vollem Vorschlaghammerinsatz und ein ungemein aktiver Garagist. Alle hundertprozentig arbeitsunfähig geschrieben und teilweise zur Berentung angemeldet. Schadenssumme pro Fall: mehrere zehn- bis hunderttausend Franken. Patientenanwalt Ott will nicht von Betrügern sprechen. Schlawiner, meint er auf die Frage des Moderators. Und auf die Nachfrage, ob diese Delikte zunehmen: Ja, er könne sich vorstellen, dass angesichts der schlechten wirtschaftlichen Situation die Arbeitgeber (Sie lesen richtig: die Arbeitgeber, nicht die Arbeitnehmer) vermehrt zur List der ungerechtfertigten Krank- oder Invalidschreibung griffen. Oh heiliger Sankt Florian. Jurist müsste man sein.



Zitate aus dem Hausärzte-«Zschtigs-Club»: «Wütend sein allein genügt nicht.» (Sommaruga, Ständerätin) – «Wir laufen in einen Ärztemangel; es geht keine 10 oder 20 Jahre mehr.» (Laffer, Chirurgischer Chefarzt) – «Es gab noch nie so viele Ärzte wie heute.» (Dürr, Regierungsrat Luzern) – «Die Hausärzte-Dichte nimmt ab.» (Späth, Präsident SGAM) – «Niemand kennt die richtige Hausärzte-Dichte.» (Dürr) – «Viele Ärzte, hohe Kosten. Wenige Ärzte, geringere Kosten.» (Sommaruga) – «Die Einzelpraxis ist ein Auslaufmodell.» (Bandi, Allgemeinpraktikerin, Zürich) – «Wir haben nicht zu

viele Ärzte, die Ärzte sind bloss falsch verteilt.» (Sommaruga) – «Die Kostenneutralität ist der Eiterzahn des Tarmed.» (Späth) – «Mit Diskussionen über Tarmed schaffen wir keine neuen Praktiker im Urnerland.» (Rychen, Visana-Direktor)



Und dann gabs da noch ein Zitat – ganz im Ernst: «Wir haben nicht gewusst, was mit dem Tarmed auf uns zukommt.» (Bandi) Schade, schade. Da hat offenbar jemand die ARS MEDICI nicht regelmässig gelesen und nicht auf jene Kolleginnen und Kollegen gehört, die immer und immer wieder genau vor dem gewarnt haben, was jetzt eingetroffen ist. Nun ja, wie bereits früher bemerkt: Es ist ganz angenehm, recht zu haben, aber ziemlich gefährlich, recht gehabt zu haben. Damit verärgert man bloss jene, die zu spät dran sind.



Und wenn wir schon beim Zitieren sind. Das Gespräch zwischen Herrn Couchepin und unserem FMH-Präsidenten in der NZZ vom 31. März entbehrt nicht der Peinlichkeiten. JdH: «Um ein Missverständnis gleich zu Beginn auszuräumen: Die Hausärzte fordern kein höheres Einkommen, die meisten Ärzte verdienen genug.» Etwas später die Frage: «Besteht nicht in erster Linie ein Strukturproblem innerhalb der Ärzteschaft?» – JdH: «Ja, es gibt diesen Trend zur Spezialisierung. Aber wenn Herr Couchepin sagt, es gehe nicht ums Geld ...» – Couchepin: «... Sie haben das gesagt ...» – JdH: «... ist das etwas komplizierter.»

Richard Altorfe