Jahrgang 25

Nummer 20/2005

Interessenkonflikt: nie gehört? (E. Gysling) 77

Sachverzeichnis zum Jahrgang 27 79

ceterum censeo

Interessenkonflikt: nie gehört?

Wer Medikamente verschreibt, verkauft oder selbst einnimmt, sieht sich heute mehr denn je einer unerhört mächtigen Industrie gegenüber, deren wichtigstes Interesse von Aktienkursen bestimmt ist. Durch die Fusion von Firmen mittlerer Grösse ist eine relativ kleine Zahl von international tätigen Giganten entstanden, die einen wichtigen Teil des «Gesundheitsmarktes» beherrschen. Es ist nicht verwunderlich, dass sich in diesem Umfeld neue Sensibilitäten entwickeln.

Eine der wichtigsten Entwicklungen ist es, dass wir uns in viel höherem Masse als früher bewusst sein müssen, wie zahlreich und vielfältig Interessenverflechtungen und -konflikte im Zusammenhang mit den Medikamenten sind. Die im Folgenden dargestellten Probleme sind nicht grundsätzlich neu, haben jedoch in den letzten Jahren eine ganz andere Dimension gewonnen.

Was sind denn überhaupt Interessenkonflikte? Im Idealfall handle ich nur dann «konfliktfrei», wenn ich mich bei meinen beruflichen Handlungen ausschliesslich am Interesse der Patientinnen und Patienten orientiere. Oder: als Unterrichtender handle ich nur dann «konfliktfrei», wenn ich z.B. zu Medikamenten nur Informationen vermittele, die von allfälligen Honoraren oder anderen finanziellen Einflüssen unbeeinflusst sind. Ein Interessenkonflikt besteht immer dann, wenn ich bei solchen Gelegenheiten durch eigenen Nutzen geleitet sein *könnte* – z.B. weil ich von einer Pharmafirma in der einen oder anderen Form entschädigt werde oder wurde. Wir sind alle beeinflussbar, auch wenn wir dies vielleicht nicht wahrhaben wollen. Es gibt gewisse Interessenkonflikte, die derart offensichtlich sind, dass man in der Regel nicht davon spricht. So haben Berufsleute, die Medikamente verkaufen und finanziell an dieser Transaktion beteiligt sind, natürlicherweise ein Interesse an jedem Verkauf. Diese Art von Konflikt ist wohl jedermann bewusst und zudem verhältnismässig einfach zu überprüfen.

Ärztinnen und Ärzte, die sich im Rahmen der Krankenversicherung nicht an das Gebot der Wirtschaftlichkeit halten, können auch zur Rechenschaft gezogen werden. Dank der transparenten Sachlage ist der Konflikt zwar nicht entfernt, aber entschärft.

Sehr viel problematischer – aber keineswegs selten – sind Interessenkonflikte, die sich nicht so leicht durchschauen lassen. Umso bedeutsamer sind die Konsequenzen. Personen, die unterrichten und besonders solche, die über ein hohes Fachwissen in einem klinischen Gebiet verfügen, können unser berufliches Verhalten – unsere Verschreibungsgewohnheiten – stark beeinflussen. Diese «Key Opinion Leaders» sind ja oft diejenigen, auf deren Meinung wir uns verlassen. So ist es sehr leicht möglich, dass Professorinnen und Professoren mit Interessenkonflikten bewusst oder unbewusst zu Gunsten eines bestimmten Medikamentes plädieren.

Wenn ich mich mit diesen Fragen beschäftige, kommt mir immer der Brief eines Kollegen an einen Professor in den Sinn (ich erhielt eine Kopie); der Titel lautete «Ihr Werbespot für COX-2-Hemmer». Der Kollege nahm in seinem Brief im Jahr 2002 ausdrücklich Bezug auf Hinweise zu Problemen der COX-2-Hemmer, die wir in unserer Zeitschrift geäussert hatten. Anstoss nahm er an einem Interview mit dem Professor, in dem dieser die COX-2-Hemmer über den grünen Klee gelobt hatte. Die Katamnese der COX-2-Hemmer kennen wir ja.

An den Universitätsspitalern und an anderen grossen medizinischen Zentren werden ständig klinische Studien mit Medikamenten durchgeführt. Die Bedeutung der industriefinanzierten Forschung hat in den letzten Jahren weltweit stark zugenommen. Daran ist unter der Voraussetzung, dass sinnvolle Studien durchgeführt werden, nichts auszusetzen. (Aus der Sicht des kritischen Betrachters sind allerdings nicht alle Studien sinnvoll – brauchen wir wirklich zu jeder Medikamentengruppe noch ein sechstes oder siebentes «me-too»? Es ist aber normal, dass diese Forschung bezahlt werden muss. So ergibt sich, dass gar nicht selten ein namhafter Teil eines Klinikbudgets von der Industrie finanziert wird. Auch wenn manchmal die Chefärztin oder der Chefarzt keinen persönlichen Nutzen aus diesen Geldern zieht, so ergibt sich aus der Fremdfinanzierung eine Art von Verpflichtung. Beteuerungen, dem sei nicht so, ist kein Glauben zu schenken. Nicht nur widerspricht dieses Argument dem gesunden Menschenverstand, es gibt auch immer wieder «wohlbekannte» Beispiele von offensichtlich beeinflussbaren Personen.

Die grossen Fachzeitschriften verlangen heute von den Autorinnen und Autoren genaue Angaben zu möglichen Interessenkonflikten und publizieren diese auch. Ich weiss nicht recht, ob mir diese Angaben etwas helfen und ob die etwas verbesserte Transparenz Interessenkonflikte entschärft. Es kann gewiss informativ sein, wenn man erfährt, wer allenfalls von welcher Firma Honorare bezogen hat. Was das allerdings konkret für die betreffende Publikation bedeutet, ist nicht immer offensichtlich. Da es ja kaum Kontrollmechanismen gibt, stellt sich ferner auch die Frage nach der Vollständigkeit der Angaben.

Die Industrie ist darauf angewiesen, dass ihre Medikamente klinisch adäquat dokumentiert werden. Dies geschieht schon heute teilweise ausserhalb akademischer Institutionen. Die kommerziellen Unternehmen, die klinische Studien durchführen, erfreuen sich jedoch nicht gerade des besten Ansehens. Wenn es darauf ankommt, dass sich ein so genannter Blockbuster durchsetzt, sind die Universitätsspitäler nach wie vor gefragt. Medikamente wie COX-2-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorantagonisten wurden und werden vorwiegend an Universitätsspitalen ausgetestet. Dabei ist klar, dass die Hochschulen über das Geld, das ihnen so zukommt, nicht unglücklich sind.

So stellt sich notwendigerweise die Frage, wie man es denn besser machen könnte. Ein vor kurzem im JAMA publizierter Artikel, der den Kurztitel «Conflicts of interest and academic medical centers» trägt,¹ befasst sich mit dieser Frage. Wie der Titel es andeutet, werden darin Forderungen geäussert, die sich schwergewichtig an die *universitären Zentren* richten. Diese Stossrichtung ist meines Erachtens aus den bereits geschilderten Gründen absolut richtig. Wie sollte sich denn etwas ändern, wenn die für die akademische Forschung Verantwortlichen weiterhin «Werbespots» produzieren? Ich möchte deshalb einige der Postulate, die zweifellos auch in der Schweiz von Bedeutung wären, etwas genauer schildern.

Keine Geschenke: Ärztinnen und Ärzte sollten grundsätzlich auf die Annahme von Geschenken verzichten. Es mag zwar zunächst unnötig strikt anmuten, aber das Argument, dass auch «kleine Geschenke die Freundschaft erhalten» spricht gegen die Annahme von Kugelschreibern, Brieföffnern, Notizblöcken und ähnlichem.¹ (Was sehe ich da auf meinem Schreibtisch? Einen «Post-it»-Block mit gut sichtbarem Hinweis auf das längst entschwundene Lipobay®!) Zu den kleinen Geschenken gehören auch Gratismuster sowie Einladungen zu Aperitifs, Mahlzeiten und Reiseentschädigungen. Immer wieder höre ich, solche Geschenke beeinflussten die Verschreibungsgewohnheiten nicht. Dies mag zwar im unmittelbaren Zusammenhang mit einem Produkt zutreffen; die Geschenke sind jedoch von grosser Bedeutung, wenn der Goodwill einer Firma gegenüber erhalten bleiben soll. Es überrascht deshalb nicht, dass eine systematische Übersicht zum Schluss kommt, Geschenke würden sich gesamthaft negativ auf das Verschreibungsverhalten auswirken.²

Kein direktes Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen: Heute ist es üblich, dass Pharmafirmen Vorträge, Kurse und andere Fortbildungsveranstaltungen direkt finanziell unterstützen und dann entsprechend in Einladungen, Programmheften sowie auch mündlich (an der Veranstaltung selbst) verdankt werden. Auch hier geht es nicht um plumpe, vordergründige Werbung, sondern um subtile Beeinflussung der Personen, die an der Fortbildung teilnehmen. Grundsätzlich spricht nichts

gegen eine finanzielle Beteiligung der Industrie an der medizinischen Fortbildung. Statt des unmittelbar «sichtbaren» Sponsorings wird vorgeschlagen, dass die Industriegelder in einen zentral verwalteten Pool einbezahlt würden, die Beiträge z.B. im Internet publik gemacht und dann auf die einzelnen Veranstaltungen verteilt würden.¹ Ich kann mir gut vorstellen, dass an der Veranstaltung diese Unterstützung gut sichtbar anerkannt würde und ungefähr so aussehen könnte: «Dieser Kurs erhielt verdankenswerter Weise 25'000 Franken aus dem Pharma-Pool.» Wahrscheinlich müsste man sich auch ein paar Gedanken machen zu den bei grösseren Fortbildungsveranstaltungen üblichen Industrie-Ausstellungen, die mehr und mehr zu einem «big business» ausarten.

Mehr Transparenz bei Forschungsprojekten und Publikationen: Dass es notwendig ist, Universitätsprofessoren und -professorinnen zu verbieten,¹ ihren Namen auf Publikationen zu setzen, die nicht sie selbst, sondern «Ghostwriter» der Industrie verfasst haben, mutet eher peinlich an. Insider wissen jedoch sehr wohl, dass es sich dabei nicht um eine unübliche Praxis handelt. Sinnvoll ist auch die Forderung, dass keine Industriegelder ohne genau umschriebene Leistungsanforderung an einzelne Personen ausbezahlt werden dürfen.¹ Wenn eine Firma Geld zur Verfügung stellen will, das nicht an ein bestimmtes Projekt gebunden ist, kann sie dies mit einer Zahlung an eine zentrale Stelle der Hochschule tun, die dann unabhängig über einen sinnvollen Einsatz der Finanzen entscheidet. Diese Art von industriellem Sponsoring wie auch die mit konkreten Projekten verbundene Finanzierung sollten vollumfänglich und offen zugänglich veröffentlicht werden, wiederum am einfachsten im Internet.

Sind dies alles utopische Forderungen? Wohl kaum – aber die Zahl der davon Betroffenen ist so gross, dass zu befürchten ist, auch diese Verbesserungsvorschläge würden von den Interessengruppen torpediert oder wenigstens so verwässert, dass sie nicht mehr greifen.

Etzel Gysling

1 Brennan TA et al. JAMA 2006; 295: 429-33

2 Wazana A. JAMA 2000; 283: 373-80

Dank

Mit dieser Nummer ist der Jahrgang 27 (2005) abgeschlossen. Allen Abonnentinnen und Abonnenten, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den vielen Fachleuten, die pharma-kritik-Texte verfasst oder durchgesehen haben, möchte ich sehr herzlich danken.

Etzel Gysling

Pro memoria

Unter dem Titel «Pro memoria» finden Sie in den pharma-kritik-Nummern dieses Jahrgangs jeweils ein Zitat aus dem Buch «100 wichtige Medikamente (2005)». Das Zitat soll zum Lesen des entsprechenden Buchkapitels anregen.

Lokal [auf der Haut] applizierte Kortikosteroide sind nach wie vor von grossem Nutzen, wenn sie gezielt und mit Mass eingesetzt werden.

(Aus dem Kapitel «Betamethason», Seite 42.)

Sachverzeichnis zum Jahrgang 27

- ACE-Hemmer 7
Acenocoumarol 11
Adalimumab 15
Alendronat 12
Alginat 47
Alkohol 11
Aminoglykoside 35
Amiodaron 28
Amitriptylin 41, 58
Amlodipin 8
Amoxicillin 16, 35, 36
Angiogenesehemmer 71
Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten 5
Anticholinergika 29
Antidepressiva 41
Antidepressiva, trizyklische 58
Antiepileptika 28, 57
Antihistaminika 45
Antihypertensiva 5
Antikoagulantien, orale 9, 11, 12
Antioxidantien 70
Arzneimittelinformation im Internet 19
Asthma bronchiale 65
Atenolol 8
Atorvastatin 9, 10

Benzodiazepine 27, 59
Benzylpenicillin 47
Betamimetika, langwirkende 4
Bevacizumab 71
Biperiden 48
Blutungen 10
Blutzucker-Messgeräte 40
Bradykardie 9
Bromocriptin 26
Bronchuskarzinom, nicht-kleinzelliges 61
Bupropion 9, 44

Cabergolin 26
Capsaicin 58
Carbamazepin 11, 12, 28, 58
Carbimazol 8
Cefepim 35
Ceftazidim 35
Ceftriaxon 35
Cefuroxim 36
Celecoxib 56
Cephalosporine 34, 36
Cerivastatin 9
Cetirizin 46
Chinolone 48
«Chronic Fatigue Syndrome» 50
Ciprofloxacin 34
Citalopram 41
Clarithromycin 8, 9
Clindamycin 35
Clomipramin 11, 41

Clonazepam 27, 59
Clozapin 11
Co-Amoxiclav 36
Codein 20
Colchicin 47
Cotrimoxazol 34, 36, 48
COX-2-Hemmer 8
Cranberry-Saft 9
Cushing-Syndrom 10

Darifenacin 29
Delir 10
Depressionen 41
Diabetes mellitus 17
Digoxin-Toxizität 9
Dihydralazin 47
Dopaminagonisten 26, 40
Drusen 70
Dysfunktion, erektile 3

Eletriptan 68
Emedastin 46
Endometriumkarzinom, Tibolon 55
Entzündungshemmer, nicht-steroidale 8
Epinastin-Augentropfen 45
Eplerenon 63
Erlotinib 61
Erythromycin 14
Escitalopram 8, 10, 41
Esomeprazol 7
Estradiol 56
Etanercept 15
Ethinylestradiol 11
Extrapyramidal-symptome 11
Ezetimibe 10

Flucloxacillin 34
Fluconazol 9
Fluorochinolone 34
Fluoxetin 11, 41
Flush 11
Fluticason 8, 10
Fluvastatin 10
Fluvoxamin 41
Formoterol 4
Forschungsprojekte 78
Fortbildungsveranstaltungen 78
Fragen und Antworten 73
Frovatriptan 67
Fusidinsäure 34

Gabapentin 28, 59
Gefitinib 61
Geschenke 78
Gesichtsrotung 11
Grapefruitsaft 10
Griseofulvin 47

Haloperidol 8
HDL-Cholesterin, Rosiglitazon 54
Herzinfarkt, Sildenafil 13
Herzinfarkt-Risiko unter Celecoxib 56
Herzinsuffizienz nach Herzinfarkt 63
Hüftgelenkprothesen 39
Hypertonie, arterielle 5, 63

Imipramin 11, 41
Infektionen bei orthopädischen Implantaten 33
Infektionen, TNF- α -Hemmer 15
Infliximab 10, 15
Influenza 21
Influenza, aviäre 23
Infomed-Angebote 36
Insulin-Glulisin 17
Interaktionen 9
Interessenkonflikte 77
Ivermectin 47

Ketotifen 46
Kontrazeptiva, orale 10, 11
Kortikosteroide 65
Kreatinkinase-Anstieg, Rosiglitazon 54

Lamotrigin 10, 60
Laserkoagulation 70
Leflunomid 11
Leukopenie, Rosiglitazon 53
Levocabastin 45
Levodopa 26, 40
Levofloxacin 11, 35
Levonorgestrel 11
Lidocain 58
Linezolid 31, 34
Liste, graue 47
Lithium 12
Loperamid 8
Lymphome, TNF- α -Hemmer 15

Makuladegeneration 69
Makulaödem, Rosiglitazon 53
Mammakarzinom, Tibolon 55
Maprotilin 41
Melagatran 1
Melatonin 47
Methotrexat 10
Metolazon 47
«Me-Too»-Präparate 7
Metoprolol 9
Mianserin 41
Migräne 67
Minocyclin 34
Mirtazapin 10, 41
Mittel- und Gegenständeliste 39
Moclobemid 41

Modafinil 49	Praziquantel 48	Substanzen, dopaminerge 26
Mometason zur Inhalation 65	Pregabalin 59	Sumatriptan 68
Monoaminoxidase-Hemmer 32, 37	Probenecid 48	Symptome, extrapyramidale 11
Myopathie 10	Procyclidin 48	
	Propylthiouracil 48	Tacrolimus 11
Nachzügler-Präparate 7	Publikationen 78	Tadalafil 3
Naftifin 47		Tagesschläfrigkeit, exzessive 49
NAION, Sildenafil 13	QT-Verlängerung 11	Teicoplanin 34
Naranjo-Beurteilungsskala 16	Quetiapin 11	Teratogenität, Erythromycin 14
Naratriptan 68		Terbinafin 47
Narkolepsie 50	Ranibizumab 71	Thiamazol 48
Neovaskularisationen 69	Rasagilin 37	Thromboembolie-Prophylaxe 1
Neuralgie, postherpetische 57	Reboxetin 41	Thrombozytopenie, Rosiglitazon 53
Neuraminidasehemmer 21, 23	Reizblase 29	Tibolon 12, 55
Neuropathie, diabetische 57	Restless-Legs-Syndrom 25, 50	TNF- α -Hemmer 15
Niclosamid 47	Rhabdomyolyse 9, 10	Topiramat 12, 60
Nicotinsäure 48	Rifampicin 34	Toxizität, pulmonale 10
	Ritonavir 10	Transparenz 78
Ofloxacin 34	Rizatriptan 68	Trigeminusneuralgie 57
Olmesartan 5, 7	Rofecoxib 7	Trihexyphenidyl 48
Omeprazol 7	Ropinirol 26	Trimethoprim 48
Opioide 27	Rosiglitazon 53	Triptane 67
Optikus-Neuropathie, Sildenafil 13		Tuberkulose, TNF- α -Hemmer 15
Oseltamivir 21, 23	Schlafmittel 52	Tumornekrosefaktor- α -Hemmer 15
Oxazolidinone 31	Schlafstörungen 49	
Oxcarbazepin 11, 60	Schlaganfälle, Tibolon 55	Universitätsspitäler 77
	Schmerzen, neuropathische 57	
Pankreaskarzinom 62	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer 8, 41, 58	Valproinsäure 10, 28, 59
Paracetamol 8	Sertralin 41	Vancomycin 34
Parkinson-Krankheit 37	Sildenafil 13	Venlafaxin 10, 41
Paroxetin 41	Simvastatin 8, 9	Verteporfin 71
Pegaptanib 71	Speicheldrüsen-Schwellung, Rosiglitazon 54	Vogelgrippe 23
Penicillin G 35, 36	Spiroonolacton 63	Warfarin 10, 11
Penicilline 34	Sponsoring 78	Ximelagatran 1
Pergolid 26	Sprungelenkorthesen 39	
Phenytoin 58	Staphylokokken-Sepsis, TNF- α -Hemmer 15	Zanamivir 21
Phosphodiesterasehemmer 3	Statine 10	Zolmitriptan 68
Photodynamische Therapie 71	Studien, klinische 78	Zolpidem 52
Pneumonien 31		Zyklooxygenasehemmer 8
Pneumonitis 10		
Pramipexol 26		

pharma-kritik

www.pharma-kritik.ch
e-mail: sekretariat@infomed.ch

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)
unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St.Gallen) und Urs A. Meyer (Basel)

Redaktionsteam: Etzel Gysling (Leitung), Urs Peter Masche, Peter Ritzmann,
Thomas Weissenbach

Layout und Sekretariat: Verena Gysling

Website: www.infomed.org – e-mail: sekretariat@infomed.ch

Abonnementspreis für den Jahrgang 27 (2005, 20 Nummern): 98 Franken
(Studierende: 49 Franken). Erscheinungsweise: 18 Ausgaben.

Preis einer Einzelnummer: Fr. 15.- / € 12.-

Redaktionskommission:

Walter Angehrn (St.Gallen), Marianne Beutler Pfister (Egg), Fiona Fröhlich
Frei (Winterthur), Benedikt Holzer (Thun), Michael M. Kochen (Göttingen),
Hans-Peter Ludin (St.Gallen), Peter Meier-Abt (Zürich), Stefan Mühlebach
(Aarau), Kaspar Zürcher (Bern).

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, 9500 Wil
Telefon 071-910-0866, Telefax 071-910-0877

Druck: R.-P. Zehnder AG, 9500 Wil

© 2006 Infomed Wil. All rights reserved.

pharma-kritik

Themenübersicht 2005

- 1 – Ximelagatran/Melagatran
- Tadalafil
- 2 – Olmesartan
- Nachzügler: überflüssig? kostentreibend? nützlich?
- 3 – Bekannte und weniger bekannte Interaktionen
- 4 – Nebenwirkungen aktuell
- 5 – Insulin-Glulisin
- Arzneimittelinformation im Internet
- 6 – Neuraminidasehemmer
- Influenza A (H5N1)
- 7 – Restless-Legs-Syndrom
- 8 – Darifenacin
- Linezolid
- 9 – Infektionen bei orthopädischen Implantaten
- Nutzen Sie das Infomed-Angebot optimal?
- 10 – Rasagilin
- Was wissen wir über MiGe?
- 11 – Antidepressiva
- 12 – Epinastin-Augentropfen
- Eine graue Liste
- 13 – Exzessive Tageschläfrigkeit und Modafinil
- 14 – Nebenwirkungen aktuell
- 15 – Antiepileptika bei neuropathischen Schmerzen
- 16 – Erlotinib
- Eplerenon
- 17 – Mometason zur Inhalation
- Frovatriptan
- 18 – Altersbedingte Makuladegeneration
- 19 – Fragen zu den Nummern 1 bis 18 des Jahrgang 27
- 20 – Interessenkonflikt: nie gehört?
- Sachverzeichnis