

NACHGEFRAGT

PROF. ADRIANE
FUGH-BERMAN



Die Ärztin Dr. Adriane Fugh-Berman ist Professorin an der Georgetown University in Washington D.C. (USA) im Fachbereich Pharmakologie und Physiologie. Zu ihren Schwerpunkten zählen neben Medizinpflanzen und der Geschichte der Medizin, die Frauengesundheit sowie Fragen der Evidenzbasierten Medizin. Ihr Hauptaugenmerk gilt seit langem den Techniken des Pharmamarketings und der Frage, wie unabhängige medizinische Forschung im Sinne der Patientinnen und Patienten aussehen muss. Dazu analysiert sie die Praktiken der Einflussnahme auf Therapieentscheidungen von Ärzten. Adriane Fugh-Berman leitet außerdem das Projekt „PharmedOut“, das über Marketingstrategien der Pharmaindustrie informiert. www.pharmedout.org

In der Grauzone

Wie Arzneimittelfirmen das medizinische Fachwissen dirigieren

Pharmafirmen möchten, dass Ärzte und Ärztinnen ihre Medikamente verordnen. Dazu setzen sie nicht nur auf Werbung, sondern bearbeiten gezielt das fachliche Wissen und das Gewissen von Medizinern. Adriane Fugh-Berman erkundet seit Jahren die Grauzone zwischen legalen und illegalen Methoden, mit denen das Ordnungsverhalten der Ärzteschaft dirigiert wird. Wir fragten sie nach den eher unsichtbaren Beeinflussungsmethoden der Firmen.

GPSP: *Sie untersuchen die Marketingstrategien von Pharmafirmen jenseits der üblichen Werbekampagnen für Medikamente. Warum?*

Fugh-Berman: Ärzte haben ja längst verstanden, dass es bei Werbung in Fachjournalen und auch dem netten Pharmatreter in ihrer Praxis um bessere Verkaufszahlen geht. Aber viele haben noch nicht realisiert, wie stark der Einfluss von Arzneimittelfirmen in medizinischen Fachzeitschriften und auf Ärztekongressen ist. Dort erwartet man eigentlich keine Werbung in Artikeln und Vorträgen, aber bestimmte Vortragende sorgen dafür, dass hier Marketingbotschaften verbreitet werden. Wir nennen sie „key opinion leader“.

Das deutsche Wort ist Meinungsbildner, sie werden oft als Experten aufgebaut.

Ihre Botschaften sind meistens sehr subtil, und manche merken nicht, vor welchen Karren sie sich spannen lassen. Halten sich für unabhängig, obwohl Firmen ihre Forschung finanzieren. Ihre Aufgabe ist nicht, eine Arznei zu verkaufen, sondern sie verkaufen eine Erkrankung, indem sie Ärzte davon überzeugen, dass eine Krankheit unterdiagnostiziert oder weiter verbreitet ist als bisher angenommen oder schlimmer als gedacht. Einige

Erkrankungen sind direkte Erfindungen der Pharmaanbieter.

Nennen Sie uns bitte Beispiele.

Ich rechne dazu die „soziale Angststörung“ oder „vermindertes sexuelles Verlangen“ bei Frauen. Manchmal wird etwas zu einer Krankheit gemacht, indem man einfach den Namen ändert – so wurde aus dem bekannten Sodbrennen die „Gastroösophageale Refluxkrankheit“. Und manchmal wird eine Krankheit neu definiert, mit dem „Erfolg“, dass mehr Menschen sich betroffen fühlen.

Das heißt, manchmal werden Krankheiten erfunden und manchmal aufgebauscht, um mehr Medikamente zu verkaufen.

Was gibt es noch?

Leider wurden auch schon die Risikofaktoren für eine Erkrankung so umdefiniert, dass von heute auf morgen viel mehr Menschen betroffen sind und nun Medikamente erhalten. Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte sind dafür ein Beispiel. Das Problem: Wenn man zu viele Menschen behandelt, also auch die mit geringen Risiken, gibt es häufiger unerwünschte Wirkungen als nützliche Effekte. Früher wurden in Großbritannien Cholesterinsenker wegen hoher Blutfettwerte nur Personen mit einem 30-prozentigen Risiko für eine

Herzerkrankung in den nächsten zehn Jahren verordnet, heute reicht bereits ein 20-prozentiges. Und in den USA empfehlen neue Leitlinien, den 40- bis 75-Jährigen schon ab einem 7,5-prozentigen Risiko, Statine als Cholesterinsenker zu verordnen.

Bedeutet das nicht doch mehr Sicherheit?

Nein. Es steigert den Profit der Unternehmen, bedeutet aber dass Menschen mit einem geringen Risiko für Herzprobleme jahrelang den unerwünschten Effekten der Statine ausgesetzt werden. Dazu gehören Diabetes, Grauer Star, kognitive Störungen, Muskelschmerzen, Muskelschwäche und sexuelle Störungen. Es gibt dazu eine gute Studie:¹ Werden 140 Menschen fünf Jahre lang behandelt, so schützt das einen vor einem schweren Herzereignis, aber jeder fünfte – also 28 von 140 – leidet unter den unerwünschten Wirkungen.

Sie sagten, dass Ärzte auch durch medizinische Fachzeitschriften von der Industrie beeinflusst werden. Wie muss man sich das vorstellen? Das hat viel mit „Ghostwriting“ zu tun.

Also mit diesen „guten“ Geistern, die Fachartikel verfassen, aber als Autoren nicht in Erscheinung treten? Wer engagiert sie? Wer macht so etwas?

Manche Ghostwriter arbeiten direkt für einen Arzneimittelhersteller, andere für eine Agentur. Sie bereiten wissenschaftliche Publikationen vor und werden von der Industrie dafür bezahlt. Der Auftraggeber gibt das Thema und die inhaltliche Ausrichtung vor, bestimmt den Typ der Veröffentlichung und wo die Publikation erscheinen soll.

Was hat denn beim Publikationstyp Priorität?

Zunächst einmal, Ghostwriter liefern alles: Artikel über klinische Studien zu einem Medikament, Überblicksartikel zu einer Krankheit (Reviews) und Kommentare zu Studien. Allerdings spielen Reviews und Kommentare die größte Rolle, wenn es um die Beeinflussung von Ärzten geht, denn hier kann mehr Meinung eingeflochten werden. Und Briefe an den Herausgeber werden dafür genutzt, eine in dem Journal veröffentlichte Studie anzugreifen, wenn deren Ergebnis dem Arzneimittelanbieter nicht passt oder, um kritische Stimmen anzugreifen.

Davon können Sie ein Lied singen.

Klar. Ich habe beschrieben, wie die Grundlagenforschung von der pharmazeutischen Industrie abhängt – weil diese technische Geräte oder Biomaterial bezahlt – und dass das Konsequenzen hat. Ghostwriter nutzen zum Beispiel Studien aus der Grundlagenforschung, also an Zellen oder mit Tieren, um positive Botschaften zu einem Medikament in die Welt zu setzen. Was auf meinen Bericht folgte, war ein Brief an den Herausgeber der Zeitschrift, in dem sich Ghostwriter zu Wehr setzten. Dass sie für Arzneimittelfirmen arbeiten, verrietten sie jedoch nicht.²

Das mussten Sie ihnen in einem Antwortschreiben erst vorhalten.

Und danach war dann Ruhe.

Aber warum spielen eigentlich Wissenschaftler dieses Spiel mit?

Naja, die Wissenschaftler haben viel um die Ohren und sind oft froh, wenn ein Pharmaunternehmen anbietet, ihnen bei der Publikation einer Studie Arbeit

zu ersparen. Das Unternehmen spricht ja nicht von Ghostwriting, sondern von Herausgeber-Assistenz. Außerdem dürfen die Wissenschaftler in der Regel den Text ergänzen oder präzisieren – solange die Marketingbotschaft erhalten bleibt.

Sie wissen, wovon Sie reden, Sie sollten auch mal als „Autorin“ angebeuert werden?

Ja, 2005 fragte mich die britische Medienagentur RxComms, ob ich meinen Namen unter einen Artikel zu den Wechselwirkungen zwischen dem Blutverdünner Warfarin und Kräutern setzen wolle. Ich bekam ein fertiges Manuskript, unter dem bereits mein Name stand. Astra Zeneca wollte mit dem Artikel Warfarin schlechtmachen, um den Markt für seinen neuen Blutverdünner Ximelagatran³ vorzubereiten. Änderungswünsche sollte ich innerhalb von sieben Tagen mitteilen. Da habe ich nicht mitgespielt.

Es kam aber noch schlimmer?

Einige Wochen später schickte mir eine Fachzeitschrift einen Artikel zur Begutachtung. Ich traute meinen Augen nicht: Der Beitrag hatte eine verblüffende Ähnlichkeit mit dem Artikel, den ich abgelehnt hatte, nur stand ein anderer Autor darunter. Ich teilte dem Verlag meinen Verdacht von Ghostwriting mit. Der lehnte den Beitrag daraufhin ab, schrieb dem „Autor“, dass er künftig keine Artikel mehr einreichen könne und informierte den Weltverband der Medizinzeitschriften.

Welche anderen Möglichkeiten gibt es, um ein neues Medikament in den Markt zu hieven?

Da gibt es zum Beispiel Kampagnen, die die Aufmerksamkeit

für eine bestimmte Krankheit erhöhen – lanciert über Pressekonferenzen. Kaum wird über eine angeblich übersehene Erkrankung in den Medien berichtet, meinen mehr Menschen diese Krankheit bei sich zu bemerken und besuchen ihren Arzt, der seitens der Pharmafirma ebenfalls auf Kongressen, in Fachzeitschriften und Fortbildungen auf die „übersehene“ Krankheit und ihre Behandlung eingestimmt worden ist. Auch Sonderhefte von angesehenen Zeitschriften, die „Supplemente“, sind ein beliebtes Mittel der Beeinflussung.

Inwiefern?

Die Artikel darin sind nicht begutachtet (peer reviewed), sondern ein Autor schreibt gewissermaßen was er will oder bereits in seinem Vortrag gesagt hat. In der Regel sind Supplemente von der Industrie bezahlt und haben den Zweck, firmengenehme Studien zu publizieren. Die werden dann ihrerseits von Ghostwritern der Firma in anderen Veröffentlichungen zitiert.

Alles eine Frage des Marketings. Sie haben das im Detail am Beispiel der Hormontherapie in und nach den Wechseljahren dargelegt.

Der Wyeth-Konzern musste seine Dokumente – und dazu gehörte auch die Korrespondenz mit der Agentur DesignWrite – öffnen, weil Frauen ihre Brustkrebskrankung dem Hormonanbieter zur Last gelegt und die Firma verklagt hatten. Aus den Dokumenten geht hervor, dass der Nutzen der Hormone maßlos übertrieben wurde und Risiken heruntergespielt.^{4,5} Mit der Unterstützung von DesignWrite wurde sogar ein angeblicher Nutzen bei Alzheimer und Parkinson propagiert. Das Hormonprä-

parat aus einem Östrogen und einem Progesteron, das Wyeth in den 1980er Jahren auf den Markt brachte, sollte nicht nur vor Krankheiten schützen, sondern auch die Jugend erhalten. Später zeigte sich in der großen zuverlässigen Studie der Women's Health Initiative (WHI), dass Hormone die Risiken für Herzerkrankungen, Schlaganfall, Demenz und Inkontinenz erhöhen.

Wie reagierte das Unternehmen?

Erst geschah nichts, dann redete das Unternehmen über andere angebliche Vorteile wie Hautqualität, Sex usw. Und dann begannen sie, die große WHI-Studie, die zur Folge gehabt hat, dass weltweit die Verordnungen von Hormonpräparaten in der Menopause zurückgegangen sind, zu kritisieren. Übrigens auch mit Hilfe einer von Wyeth gesponserten Tagung und Supplementen, über die wir bereits sprachen. Außerdem beruhten die WHI-Resultate angeblich nicht auf den „richtigen“ Frauen in der Menopause, die Frauen seien zu alt, zu krank. Das ist Unsinn.

Was treibt Sie derzeit um?

Leider erleben wir jetzt bei den Männern das, was die Frauen hinter sich haben: Ganz normale physiologische Prozesse des Älterwerdens definiert man plötzlich als Krankheit. Pharmafirmen verkaufen Testosteronpräparate für ältere Männer, so wie sie damals Hormonpräparate für Frauen in der Menopause verkauft haben. Und man kann sich ausrechnen, dass das genauso viel Schaden anrichtet wie damals bei Frauen. Es gibt immer mehr Beweise, dass Testosteronpräparate das Herz-Kreislauf-Risiko erhöhen können. Und man muss bedenken, dass der Grund, weshalb

sie verordnet werden, schlicht und ergreifend das Älterwerden ist – und nicht etwa eine Krankheit.

In den USA gibt es einen verspielten Begriff für angeblich zu niedrige Testosteronwerte, der Männern wohl den Gang zum Arzt ebnet: „Low-T“. Verniedlicht er die Situation?

Vermutlich gehen mehr Männer zum Arzt, um ihren Testosteronspiegel messen zu lassen, ohne zu ahnen wie umstritten das Ganze ist. Hormone sind kein Kosmetikum. Es gibt Patienten, die etwa nach einer Hodenkrebstherapie ein Testosteronpräparat brauchen – ihnen nützt es. Der Rest ist gefährliches Marketing.

Frau Fugh-Berman, wir danken Ihnen für das Gespräch und hoffen, dass Ihre Analysen viele Ärzte und Patienten „infiziert“.

- 1 Abramson JD u.a. (2013) BMJ; 347, S. f6123
- 2 Der Artikel von Fugh-Berman und der anschließende Briefwechsel <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pbio.1001716>
- 3 Ximelagatran wurde in Deutschland 2004 auf den Markt gebracht, wegen Leberschädigung nach 20 Monaten wieder zurückgezogen. In den USA, Großbritannien und Irland wurde er nie zugelassen. (ATD Arzneimittel-datenbank, Stand 2009)
- 4 Fugh-Berman AJ (2010) The Haunting of medical Journals: How Ghostwriting sold „HRT“. PloS Medicine <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000335>
- 5 arznei-telegramm® (2010), S. 123

Testosteron

GPSP 6/2010, S. 10

GPSP 2/2012, S. 7

Hormone in den Wechseljahren

GPSP 1/2007, S. 12

GPSP 5/2007, S. 8

GPSP 2/2013, S. 23