

Jahrgang 40

Nummer 12/2018

## 40 Jahre pharma-kritik

*ceterum censeo*

### 40 Jahre pharma-kritik

Dass diese Publikation – pharma-kritik – schon seit 40 Jahren erscheinen kann, ist in erster Linie den Menschen zu verdanken, die bereit sind, dafür zu bezahlen. Dies ist besonders bemerkenswert in einer Zeit, in der jede Art von Information scheinbar kostenlos erhältlich ist. Sorgfältig recherchierte Texte können nicht verfasst werden, ohne dass dabei Kosten entstehen. Jemand muss dafür bezahlen. Ich halte es für ein grosses Privileg, dass uns diese Publikation – namentlich durch Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Schweizer Apothekerinnen und Apotheker, alle völlig freiwillig – ermöglicht wurde und ich bin sehr dankbar dafür. Unterstützt von einem über die Jahre bemerkenswert konstanten Team hat sich so realisieren lassen, was an vielen Orten schon nach verhältnismässig kurzer Zeit abgebrochen werden musste. Es gibt weltweit genug Beispiele für sehr lobenswerte «pharma-kritische» Initiativen, die kein Jahrzehnt überlebt haben. Auch wäre das Unternehmen wohl sicher misslungen, wenn ich nicht immer mit der tatkräftigen Unterstützung von meiner Frau und von unseren Söhnen und Töchtern hätte rechnen dürfen. Schliesslich sind auch die vielen Kolleginnen und Kollegen zu erwähnen, die im Laufe der Zeit zu unserer pharma-kritik beigetragen haben. So ist denn dieses kleine Jubiläum Anlass zur Freude für alle Beteiligten.

Ich wiederhole hier gerne noch einmal, was ich wohl schon viele Male gesagt habe: Unser Anliegen ist ausschliesslich das Wohl kranker Menschen. Kritik um der Kritik willen ist nicht unsere Sache. Dabei spielt Kritik an Missständen, an Fehlinformationen und an Interessenkonflikten selbstverständlich eine wichtige Rolle. Gleichzeitig halte ich es jedoch für unerlässlich, dass sich unsere Aussagen auch an den Bedürfnissen der Alltagspraxis orientieren. Aus der Warte der Besserwissenden zu kritisieren ist vergleichsweise einfach. Schwierig ist dagegen, die banale Realität unserer Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen – was nützt es uns zu wissen, dass Antidepressiva wohl nur selten ein vorteilhaftes Nutzen/Risiko-Profil haben, in unserer Sprechstunde aber eine Frau oder ein Mann dringend Hilfe benötigt? Ich kann nur hoffen, dass es uns gelingt, Informationen zu vermitteln, denen ein genügendes Mass an Glaubwürdigkeit zukommt.

Eine weitere Schwierigkeit, die ebenfalls die Glaubwürdigkeit unserer Aussagen beeinflussen kann, beruht darauf, dass unser Team aus Leuten besteht, die allesamt der Kategorie «Generalisten», also quasi den Laien zuzuordnen sind. Sehr oft handeln unsere Texte von Therapien, die von entsprechend ausgebildeten Fachleuten – Rheumatologen, Kardiologen usw. – in mancher Hinsicht besser beurteilt werden können. Dabei ist zu bedenken, dass es nicht unbedingt schlecht sein muss, wenn man die Fakten aus einer gewissen Distanz sieht. Natürlich lassen wir unsere Übersichten fachlich durchsehen. Am Ende entscheiden aber doch wir, welche Elemente unbedingt in den Text gehören oder eben auch weggelassen werden können. Die Kürze bleibt ein Merkmal unseres Blattes. Dass wir nicht selten einmal ein anerkennendes Echo erhalten, freut mich natürlich sehr und lässt wohl auch schliessen, dass es uns gelungen ist, im Allgemeinen den «richtigen Nerv» zu treffen.

Vierzig Jahre entsprechen in unserer kurzlebigen Zeit auch einem sehr bedeutsamen Abschnitt der Medizingeschichte. Es ist ein bisschen schwierig sich vorzustellen, dass zur Zeit der ersten pharma-kritik-Jahrgänge Begriffe wie *Helicobacter pylori*, HIV, Viagra und die heute so hochgelobte «Evidenzbasierte Medizin» überhaupt nicht existierten. Auffällig ist auch, wie sehr sich die Art der neu eingeführten Medikamente seither verändert hat. Während noch vor rund 30 Jahren vorwiegend Arzneimittel eingeführt wurden, die für die Behandlung häufiger Probleme in der Praxis bestimmt waren, sind es heute ganz überwiegend Medikamente, mit denen seltene Krankheiten (oder nur bestimmte Krankheitsphasen) behandelt werden können. (Erfreuliche Ausnahmen sind die in den letzten Jahren eingeführten Antidiabetika und oralen Antikoagulantien.) Es ist offensichtlich, dass dies auch unsere Arbeit verändert, gilt es doch, immer wieder abzuschätzen, welche Themen tatsächlich einem grösseren Interesse entsprechen. Ich halte es aber nicht für falsch, auch gelegentlich ein Thema aufzugreifen, das keinem vordergründigen Bedürfnis in der hausärztlichen Praxis entspricht. Was mir jedoch wirklich wichtig erscheint, sind Berichte zu unerwünschten Wirkungen – dies sind die Stiefkinder der Arzneimittel-Information. Wir haben alle die Tendenz, iatrogene Probleme zu unterschätzen. Wenn es uns gelingt, hier zum Wissen beizutragen, ist wohl unsere primäre Mission erfüllt. Einige der auf den folgenden zwei Seiten reproduzierten Textabschnitte aus frühen pharma-kritik-Jahrgängen illustrieren unsere diesbezüglichen Bemühungen.

Etzel Gysling

## Fundstücke aus den pharma-kritik-Jahrgängen 1 bis 6 (1979-84)

*(mit kurzen Bemerkungen aus heutiger Sicht)*

### Aus dem ersten «ceterum censeo»

Nicht ganz zufällig enthält das erste Heft der pharma-kritik den Beitrag eines Kollegen, der Krebskranke behandelt. Die Onkologen haben nämlich ein Ziel erreicht, um welches sie andere Spezialistengruppen beneiden müssen. Dieses Ziel heisst «internationaler Konsensus» und lässt sich nur erreichen, wenn wissenschaftliche Behandlungsprinzipien konsequent beachtet werden. Ich will nicht behaupten, Senns Beitrag klinge in allen Einzelheiten mit anderen Arbeiten unisono. Die grundsätzliche Übereinstimmung mit eben erst erschienenen, unabhängigen Übersichtsarbeiten ist aber bemerkenswert. Eine wichtige Aufgabe von pharma-kritik sehe ich darin, mit bescheidenen Mitteln zu versuchen, den internationalen Konsensus in Therapiefragen auch auf anderen Gebieten zu fördern.

*Wohl doch etwas naiv-optimistisch?*

### Pharmakotherapie im Alter

Keinem Patienten darf aufgrund des Alters ein wirklich benötigtes Medikament vorenthalten werden. Bei betagten Kranken müssen aber Vor- und Nachteile jedes Pharmakons noch sorgfältiger als sonst überdacht werden. Die Versuchung ist gross, die Vielfalt der Krankheiten und Symptome mit einer Vielfalt von Medikamenten zu beantworten. Einfache, klare Verordnungen von wenigen Medikamenten werden besser befolgt und sind daher erfolgreicher als eine Polypharmazie, die die Mitarbeit des Patienten überfordert.

*Heute noch viel schwieriger sicherzustellen als 1979!*

### Hormone in der Menopause

Auch psychische Störungen (Depression, Schlaflosigkeit u.a.) lassen sich durch Östrogene günstig beeinflussen. Diese Wirkung ist durch viele unkontrollierte Beobachtungen, neuerdings aber auch durch einzelne Doppelblindstudien dokumentiert. Vor der Menopause schützen die Östrogene vor koronarer Herzkrankheit; nach der Menopause ist eine Schutzwirkung nicht überzeugend nachgewiesen. Hinweise auf eine möglicherweise günstige Wirkung beruhen auf einzelnen epidemiologischen Studien sowie auf dem Einfluss auf den Lipidstoffwechsel (Östrogene senken das Gesamt-Cholesterin und erhöhen die Lipoproteine hoher Dichte).

*Seit den WHI-Studien sieht man das doch etwas differenzierter.*

### Gastroduodenale Ulzera

Immer noch gebe ich altbewährten Prinzipien in der Ulkusbehandlung den Vorzug: Allgemeine Massnahmen (Diät, Alkohol-, Koffein- und Nikotin-Abstinenz) und die Verabreichung von Antazida stehen im Vordergrund. Dazugekommen ist neuerdings die gezielte Anwendung von Cimetidin bei therapieresistenten und blutenden Ulzera.

*Cimetidin war einst der grosse Fortschritt!*

### Hypertonie im Alter

Abgesehen vom sehr interessanten «Manschetten-Artefakt» sollte man auch an die häufige Sprechstunden- (oder Spitalein-

tritts-) Hypertonie denken und vor einer Behandlung einige Messungen zu Hause durch die Gemeindegeschwester durchführen lassen (alten Patienten wird durch einen eigenen Blutdruckapparat kaum geholfen). Ich muss gestehen, dass ich nicht alle alten Patienten mit einem Blutdruck über 180 (systolisch) oder über 95 (diastolisch) antihypertensiv behandle, sofern sie keine Organschäden haben. In diesem Grenzbereich bin ich manchmal nicht sicher, ob für den alten Patienten das Medikament oder die Hypertonie gefährlicher ist.

*Tempora mutantur! Gemeindegeschwester? Blutdruckapparat nicht hilfreich? Blutdruck über 180 mm Hg nicht behandeln?*

### TLC

Im Gegensatz zu vielen anderen Therapeutika hat sich TLC auch bei schwangeren und stillenden Frauen sowie bei Kindern als gut verträglich erwiesen und sollte deshalb gerade diesen Patienten in relativ hohen Dosen verabreicht werden. Die Kosten? TLC kostet nichts und ist dennoch unbezahlbar. «TLC» steht für die therapeutische Grundhaltung des Arztes, des Pflegepersonals, der pflegenden Angehörigen: Tender Loving Care – mitfühlende, liebevolle Anteilnahme. TLC ist kein Wundermittel, kann aber die Wirksamkeit unserer chemischen und physikalischen Therapie erheblich beeinflussen. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Anwendung von TLC.

*Nicht alles ändert sich.*

### An einen kritischen Leser

Natürlich wäre es verlockend, gelegentlich ein besonders kras- ses Beispiel eines «üblen» Inserates anzuprangern. Wir verzichten darauf, da wir den Informationsgehalt des dünnen Blattes nicht verwässern wollen. Aus dem gleichen Grund haben wir auch keinen der zahlreichen Briefwechsel mit pharmazeutischen Firmen veröffentlicht. Wir halten daran fest, dass pharma-kritik eine knapp gefasste, gut lesbare Information vermitteln soll. In diesem Rahmen erweist es sich selten als sinnvoll, lange Briefe zu veröffentlichen.

*Auch dies hat sich nicht verändert.*

### Expektorantien

Sydenham soll gesagt haben: «Was die expektorierenden Arzneien betrifft, weiss ich, dass sie dem Patienten Freude machen. Ich persönlich bin aber von ihrer Wirkungslosigkeit überzeugt». Das Grundproblem hat sich nicht geändert: Die klinische Beobachtung zeigt, dass viele Patienten subjektiv von der Verabreichung gewisser Expektorantien – besonders der Thiole – profitieren. Dem gegenüber zeigen streng objektive, reproduzierbare Untersuchungsmethoden oft keine eindeutigen Resultate.

*Auch die neueste Cochrane-Analyse zu diesem Thema hat kein überzeugendes Resultat erbracht.*

### Lipidsenker

Das Risiko arteriosklerotischer Gefässkomplikationen lässt sich durch diätetische und medikamentöse Lipidsenkung reduzieren. Hyperlipoproteinämien müssen in erster Linie mit Diät behandelt werden. Der Einsatz von Lipidsenkern ist besonders dann indiziert, wenn zusätzliche Risikofaktoren vorliegen. Bei der Auswahl eines Lipidsenkers sind der Hyperlipoproteinämie-Typ, mögliche Nebenwirkungen und die Behandlungskosten zu berücksichtigen. Trotz gewissen Nachteilen ist Clofibrat (oder eines seiner Derivate) in den meisten Fällen das

Mittel der Wahl. Eine Ausnahme stellen nur die reinen Hypercholesterinämien dar, bei denen die Anionenaustauscher überlegen sind.

*1980 noch keine Spur von Statinen!*

### **Compliance**

Wie schwerwiegend sind die Konsequenzen der Non-Compliance? Diese Frage lässt sich nicht einfach beantworten, da es ganz verschiedene Formen der Non-Compliance gibt. Ein Arzneimittel kann zu selten, zu häufig, in falscher Dosis, im falschen Zeitpunkt oder überhaupt nicht eingenommen werden. Es ist klar, dass z.B. das Verweigern einer dringend indizierten antibiotischen Behandlung katastrophale Folgen haben kann. Wenn Patienten, die an ansteckenden Krankheiten oder Epilepsie leiden, ihre Behandlung vernachlässigen, so gefährden sie auch Mitmenschen. Besonders häufig ist wohl die eine oder andere Form der Non-Compliance bei Patienten, die während längerer Zeit Medikamente einnehmen müssen, auch wenn sie wenig oder keine Symptome aufweisen. Auch Patienten, die durchaus vom Sinn der Behandlung überzeugt sind, kann es in diesen Fällen Mühe machen, den Behandlungsplan genau einzuhalten. Diskussionen über Compliance betreffen deshalb oft Langzeittherapien.

*Dies aber trifft sicher auch auf die Statin-Therapie zu.*

### **Appetitzügler**

Nach heutigem Wissen leisten Appetitzügler nur ausnahmsweise einen nennenswerten Beitrag zur langfristigen Behandlung der Adipositas. Andererseits stellen diese Medikamente ein Nebenwirkungs-Risiko dar, das nicht vernachlässigt werden darf. Übergewichtige Patienten äussern zwar immer wieder den Wunsch nach einer «Abmagerungsspielle». Ob es aber je sinnvoll ist, die Illusion des «bequemen» medikamentösen Abmagerns durch eine ärztliche Verordnung zu unterstützen, muss sehr bezweifelt werden. Aus ärztlicher Sicht sind sympathomimetische Appetitzügler im allgemeinen nicht indiziert.

*Diese Gruppe von gefährlichen Medikamenten ist glücklicherweise verschwunden.*

### **Arthrose-Basistherapie**

Die Annahme, vom Knorpelgewebe abgeleitete «Basistherapeutika» könnten den Spontanverlauf einer Arthrose beeinflussen, ist mit den bisher vorhandenen Studien nicht genügend erhärtet worden. Methodologische Schwächen vermindern die Aussagekraft der vorliegenden Resultate, so dass immer noch bedeutende Zweifel an der Wirksamkeit dieser Präparate bestehen bleiben.

*Für Chondroitinsulfat existiert nach wie vor kein überzeugender Wirkungsnachweis.*

### **Studienkritik**

Die Probleme klinischer Studien sind sehr vielfältig; sie sind durchaus nicht nur wissenschaftlicher, sondern auch allgemein menschlicher Natur. Trotz der zentralen Rolle des ärztlichen Forschers hängt eine «gute Studie» von allen Beteiligten ab, von den Exponenten der interessierten Firma bis zu den Redaktoren und Reviewern der Zeitschrift, welche die Ergebnisse veröffentlicht.

*Eine Feststellung, die sich seither immer wieder bestätigt hat.*

### **Nebenwirkungen**

Im Zusammenhang mit den Nebenwirkungen von Piroxicam soll ein amerikanischer Experte erklärt haben, das Medikament sei zwar verhältnismässig gut verträglich, könne aber katastrophale Nebenwirkungen auslösen, wenn es von katastrophalen Ärzten verwendet werde. Dieser arrogante Ausspruch enthält leider einen wahren Kern. Entzündungshemmer werden ja (fast) nur von uns Ärzten verschrieben. Je besser wir die Eigenschaften dieser Medikamente, ihre Vor- und Nachteile kennen, desto weniger gefährlich sind sie.

*Das lässt sich nicht ändern und gilt für jegliche Therapie!*

### **Coffein**

Abstellend auf die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen mit Coffein an Tieren, hat die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) die praktizierenden Ärzte aufgefordert, schwangeren Patientinnen vom Genuss coffeinhaltiger Getränke abzuraten. ... Im Gegensatz dazu kommt eine sorgfältige, prospektive Untersuchung mit mehr als 12'000 schwangeren Frauen zum Schluss, dass die Häufigkeit geburtshilflicher Komplikationen nur scheinbar mit dem Kaffeekonsum zusammenhängt.

*Mehr als schätzungsweise 10'000 Arbeiten später besteht immer noch keine Sicherheit, was denn nun gelten soll.*

### **Statistik**

Es ist heute üblich, über die statistische Signifikanz der verschiedensten Studienresultate zu berichten. Grundsätzlich ist es sicher richtig, zu überprüfen, ob ein Ergebnis mit grosser oder nur mit sehr kleiner Wahrscheinlichkeit dem Zufall zuzuschreiben ist. (Die übliche Signifikanzgrenze « $p < 0,05$ » bedeutet ja lediglich, dass das Ergebnis in weniger als 5 von 100 Fällen durch den Zufall allein bedingt sein könnte.) Ein «signifikantes» Resultat der mathematischen Pflichtübung bedeutet aber nicht notwendigerweise, dass das Resultat auch klinische Relevanz hat. Die letztere Grösse ist es, über welche «pharmakritik» zu wachen hat. Was nützen uns signifikante Unterschiede zwischen aktiver und Placebo-Behandlung, wenn die Versuchsanlage gar nicht zu aussagkräftigen Resultaten führen konnte, z.B. weil die Studie nicht doppelblind war?

*Auch im Jahr 2019 sind wir noch viel zu sehr auf die statistische Signifikanz fixiert.*

### **Ärzte und Industrie**

Von besonderer Bedeutung ist aber, dass die Industrie dem Arzt mittels einer Reihe hochwirksamer Substanzen eine früher ungeahnte Heilkraft und die damit verbundene Macht in die Hände gegeben hat. Es ist deshalb ganz natürlich, dass die Ärzteschaft auch «im Zweifelsfall» die Interpretation der Industrie übernimmt. Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Industrie und Arzt wird sich wohl nur langsam wandeln. Die Initiative zu einem Wandel kann nicht von der Industrie ausgehen; entscheidend ist die Einstellung der Ärzte.

*Deshalb brauchen wir eine pharma-kritik!*

(Es handelt sich um Zitate aus den ersten sechs pharma-kritik-Jahrgängen. Die Texte wurden von verschiedenen Autorinnen und Autoren verfasst. Auf Wunsch vermitteln wir gerne die genauen bibliographischen Angaben.)

# Infomed-Verlag

Alle Mitarbeitenden alphabetischer Reihenfolge (Stand Mai 2019)

Viele der hier genannten Personen erfüllen mehrere Funktionen, wobei hier nur die wichtigste genannt wird.

Zyhra Baralija – Hausdienst

Walter Dyttrich – Fotos & Botanikberatung

Renato L. Galeazzi – Mitglied des Redaktionsteams

Markus Gnädinger – Mitglied des infomed-screen-Teams

Etzel Gysling – Mitglied des Redaktionsteams

Lukas Gysling – Mitarbeit Administration & Sekretariat

Philipp Gysling – Webmaster

Verena Gysling – Administration & Sekretariat

Markus Häusermann – Mitglied des infomed-screen-Teams

Thomas Koch – Mitglied des infomed-screen-Teams

Peter Koller – Mitglied des infomed-screen-Teams

Barbara Loeliger – Mitglied des infomed-screen-Teams

Natalie Marty – Mitglied des Redaktionsteams

Urspeter Masche – Mitglied des Redaktionsteams

Margrit Oertle – Mitarbeit Sekretariat

Christoph Quack – Mitglied des infomed-screen-Teams

Peter Ritzmann – Mitglied des Redaktionsteams

Alexandra Röllin – Mitglied des Redaktionsteams

Felix Schürch – Mitglied des infomed-screen-Teams

Ursula Strang – Mitarbeit Sekretariat

Felix Tapernoux – Mitglied des infomed-screen-Teams

Victoria Tilotta – Hausdienst

Thomas Weissenbach – Mitglied des Redaktionsteams

Bettina Wortmann – Mitglied des infomed-screen-Teams

## Dank

Zu dem jetzt abgeschlossenen Jahrgang 40 (2018) haben auch die folgenden Personen beigetragen, indem sie Texte verfasst oder durchgesehen haben. Wir möchten ihnen sehr herzlich danken.

Yves Brand, Chur – Ivo Büchler, St. Gallen – Luzi Dubs, Winterthur – Werner Eugster, Wil – Andreas Frei, Liestal – Nicolas Gürtler, Basel – Franco R. Gusberti, Genève – Roman Hari, Bern – Daniel Hell, Zürich – Daniel Horat, Bern – Peter Jenouire, Gravesano – Michael Kochen, Freiburg i. Br. – Hans Kurt, Solothurn – Thomas Langenegger, Baar – Micha T. Maeder, St. Gallen – David Nadal, Zürich – Peter Ott, Ebmatingen – Wolfgang Schmidt, Berlin – Patrick Vavken, Zürich – Franz Weber, Zürich – Peter Zingg, Beringen

## pharma-kritik

[www.pharma-kritik.ch](http://www.pharma-kritik.ch)

e-mail: [sekretariat@infomed.ch](mailto:sekretariat@infomed.ch)

Herausgegeben von Etzel Gysling, gegründet 1979

in Zusammenarbeit mit Renato L. Galeazzi und Urs A. Meyer

Redaktionsteam: Renato L. Galeazzi, Etzel Gysling, Natalie Marty, Urspeter Masche, Peter Ritzmann, Alexandra Röllin, Thomas Weissenbach

Layout und Sekretariat: Verena Gysling

Abopreis für den Jahrgang 40 (2018), 12 Printnummern: 92 Franken

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, 9500 Wil

Telefon 071-910-0866, Telefax 071-910-0877

Website: [www.infomed.org](http://www.infomed.org) – e-mail: [sekretariat@infomed.ch](mailto:sekretariat@infomed.ch)

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

© 2019 Infomed Wil. All rights reserved.