

PSYCHIATRIE UND MENSCHENRECHTE: DAS WOHL DES PATIENTEN AN ERSTER STELLE *Dankesrede für die Juan Jose Lopez Ibor Auszeichnung*

Leon Eisenberg

Harvard Medical School, 651 Huntington Avenue, FXB 711B, Boston, MA 02115-6009 USA

Es ist mir eine große Ehre die Juan Jose Lopez Ibor Auszeichnung 2008 der World Psychiatric Association in Empfang nehmen zu dürfen. Die Lopez Ibor Stiftung hat diese Auszeichnung geschaffen, um „wissenschaftliche Beiträge für ein besseres Verständnis psychiatrischer Krankheiten durch aktives Engagement in Tätigkeiten zur Förderung der Menschenwürde der Patienten und deren Familien anzuerkennen“. Ich würde gerne glauben, dass diese Charakteristiken meine Karriere beschreiben. Dementsprechend ist das Hauptmotiv dieser Rede jenes, dass es das Wesen des Ärztedaseins ist, das Wohl des Patienten an die erste Stelle zu setzen.

Wie weit die Medizin jedoch von diesem Prinzip abgekommen ist, wird an einem einzigen bedauerlichen Umstand deutlich:

„Patienten mit einer ernstzunehmenden psychischen Erkrankung sterben 25 Jahre früher als die allgemeine Bevölkerung.“ (Parks et al. 2006).

Sie sterben an psychiatrischer, medizinischer und gesellschaftlicher Vernachlässigung. Wenn überhaupt, dann verschlechtert sich das Problem (Saha et al. 2007). Vernachlässigung führt zu unerkannten und unbehandelten Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, zu Diabetes und dessen Komplikationen, zu Infektionskrankheiten, einschließlich HIV, zu Drogenmissbrauch und anderen Krankheiten, die jene heimsuchen, die in schlechten Wohnverhältnissen leben, unterernährt sind und verlassen wurden (Brown et al. 1999, Brown et al. 2000, Osborn et al. 2007). Sorge um schwer psychisch Kranke hätte der Mittelpunkt unserer beruflichen Karriere sein sollen; das Vertreten Ihrer Rechte, unsere Rolle als Bürger. Anstatt dessen haben wir uns auf solipsistische Debatten über Gehirn *versus* Geist – über Psychotherapie *versus* Drogen – über Gene *versus*

Umwelt eingelassen. Wir waren zu sehr mit unseren Theorien und uns selbst beschäftigt und haben dabei die kränksten Patienten im Stich gelassen.

Die von mir ausgeübte Kritik an zeitgenössischer Psychiatrie bezieht sich auf die Vereinigten Staaten, da ich dieses Land am besten kenne. Die Geschichte unterscheidet sich in bedeutendster Weise von dem Diskurs in anderen Ländern; so hatte beispielsweise die Psychoanalyse nie eine Vormachtstellung im Vereinten Königreich erlangt (Lewis 1953); die britischen Kollegen haben es unterdessen im August 2008 für notwendig empfunden, zu einem gemeinsamen Appell gegen jenes, was sie als „Degradierung der medizinischen Aspekte“ der Pflege betrachten, aufzurufen. Ihre Kritik bezieht sich auf psychische Gesundheitsdienste, die „besser dafür geeignet sind, unspezifische psychosoziale Unterstützung anzubieten, als sorgfältige, breitbasierte Diagnosen, die zu spezifischen Behandlungen führen“ (Craddock et al. 2008). Im Hinblick auf die zeitgenössische Szene zeichnet sich eher eine Konvergenz, als eine Divergenz, zwischen der Psychiatrie in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern, die an diesem Weltkongress teilnehmen, ab.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die amerikanische Psychiatrie nahezu „hirnlos“. Übertreibe ich? In den ersten zwei Auflagen des *APA Diagnostic and Classification Manual* (1952, 1968) wurden Schizophrenie und manisch-depressive Störungen unter der Rubrik: „psychogene Psychosen“ angeführt. In der zweiten Hälfte des 20.

Jahrhunderts wurde die Psychiatrie nahezu „geistlos“. Übertreibe ich? Die aktuellsten

Vorgestellt beim Weltkongress für Psychiatrie 2009, Prag, Tschechische Republik – Dienstag, 23. September 2008

Angaben über die Anzahl der Psychiater, die im Rahmen der Patientenpflege Psychotherapien durchführen, ist auf über die Hälfte bis hin zu weniger als einem Drittel innerhalb der letzten 9 Jahre gesunken (Mojtabi & Olfson 2008). Einseitige Psychiatrie beraubt Patienten Ihrer Menschenwürde durch Ablehnung einer umfassenden Pflege (Eisenberg 1986a). Jetzt, nach Einbruch des 21. Jahrhunderts, stehen wir vor einer noch größeren Bedrohung: dem Risiko Gefangene der Pharmaziekonzerne zu werden.

„Hirnlose Psychiatrie“

Als ich in den 50-er Jahren meine Ausbildung begann, war Psychoanalyse die dominante Ideologie der akademischen Psychiatrie. Wie ist das zustande gekommen? Deskriptiven Psychiatern wurde nur geringer Respekt entgegen gebracht; Diagnosen waren bestenfalls unzuverlässig und machten kaum einen Unterschied hinsichtlich der Behandlung. Die aufkeimenden Neurowissenschaften waren größtenteils irrelevant für die klinische Praxis. Die psychiatrische Pharmakopöe beschränkte sich auf Schlaf- und Beruhigungsmittel. Was uns gelehrt wurde, basierte auf Meinungen, nicht auf Beweisen. Angesichts des unerwarteten und literarischen Charakters psychoanalytischer „Erklärungen“, sowie der Bereitwilligkeit mit welcher Patienten diese angenommen hatten und der Tatsache, dass ein Großteil der ängstlichen und depressiven ambulant behandelten Patienten mit Hilfe der Psychotherapie Besserungen zeigte, wurden selbst die größten Skeptiker überzeugt. Das, was wir glaubten zu wissen, verdeckte unsere Vision. In Berthold Brechts *Leben des Galilei* warnt der Astronom seinen Schüler:

„Eine Hauptursache der Armut in den Wissenschaften ist meist eingebildeter Reichtum. Es ist nicht ihr Ziel, der unendlichen Weisheit eine Tür zu öffnen, sondern eine Grenze zu setzen dem unendlichen Irrtum“ (Brecht 1940, 1994).

Die Psychiatrie war bezüglich ihres „eingebildeten Reichtums“ kein Einzelfall unter den medizinischen Fachgebieten; ein Großteil der therapeutischen Empfehlungen in der Medizin und Chirurgie beruhte auf Glauben, nicht auf Fakten; randomisierte kontrollierte Studien (Randomized Controlled Trials – RTC) haben erst in den späten 40er Jahren Zugang zur medizinischen Forschung gefunden (MRC 1948, Beeson 1980).

Es wurden kaum Forschungen im Bereich der Psychotherapie betrieben. Das Wenige, das vorhanden war, zeigte bessere Ergebnisse unter den behandelten Patienten, als bei den Wartelistenkontrollen, jedoch gab es zahlreiche „Widersprüche“ beim „Beweis“. Trotz Unterschiede zwischen den angewandten Techniken der Therapeuten, waren die psychotherapeutischen Ergebnisse bemerkenswert ähnlich. Jedoch noch beunruhigender war die Tatsache, dass erfahrene Therapeuten scheinbar keine besseren Resultate vorbrachten, als jene Anfänger, die sie behaupteten zu lehren! Jerome Frank (1961) schlussfolgerte, dass unspezifische Prozesse, die allen Psychotherapien gemein sind, den Befunden zugrunde liegen: ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten; provisorische „Erklärungen“ für das Leid des Patienten; die Ermutigung, neue Lösungen auf alte Probleme anzuwenden; sowie die Wiederherstellung der Moral. Seine Erkenntnisse waren unerwünscht; seine Arbeit wurde ignoriert. Junge Praktikanten fanden psychodynamische Langzeittherapien weiterhin intellektuell faszinierend, unter völliger Außerachtlassung der Tatsache, dass die jährlichen Kosten einer Psychoanalyse mehr als 80% des Durchschnittseinkommens eines amerikanischen Arbeiters ausmachten (Rogow 1970). Die schwerstkranken Psychiatriepatienten waren dem unterbesetzten und unterfinanzierten öffentlichen Sektor ausgeliefert.

Versuchen, mit Beweisen zurechtzukommen

Inmitten dieser konfusen Praxiswelt, hat die APA ihre zweite Konferenz über psychiatrische Bildung einberufen (Barton & Malmud 1963). Die Teilnehmer waren sich einig, dass der Bildungsplan die Psychopharmakologie in einem viel größeren Maße, sowie ein besseres Verständnis der Anthropologie, Psychologie und Soziologie, eventuell sogar der Epidemiologie einschließen sollte. Der Bedarf an der Besetzung von Fachpersonal schloss eine Verlängerung der Ausbildungszeiträume aus. Bei der letzten Plenarsitzung habe ich mich erhoben, um auf ein offensichtliches Versehen aufmerksam zu machen: der bestehende Bildungsplan musste gekürzt werden, um Zeit für neue Inhalte und neue Übung zu schaffen. Da keiner die Streichung gewisser Punkte vorschlug, zeigte ich den Bedarf einer scharfen Reduktion jener Stunden auf, die der Psychoanalyse gewidmet waren, nicht nur weil

Zeit notwendig war, sondern auch weil die Psychoanalyse wissenschaftliche Neugier durch unanfechtbare Antworten unterdrückte und Karrierebahnen von der Forschung und vom Lehren auf private Praxis umlagerte. Die Auszubildenden haben sich, zu einem großen Nachteil ihrer eigenen Entwicklung, „therapeutische“ Techniken angeeignet, die ihnen einen fesselnden Arbeitstag und einen angenehmen Lebensstil sicherten, was jedoch dem öffentlichen Bedarf ganz und gar nicht entsprach (Eisenberg 1962a).

Nie zuvor (sowie seither) habe ich einen solchen elektrisierenden Effekt auf das Publikum ausgeübt. Noch ehe ich meine Bemerkungen beendet hatte, versammelten sich die Führer der amerikanischen Psychiatrie hinter den Bodenmikrofonen, um meine Behauptungen anzuprangern. Sie bestanden darauf, dass die Psychoanalyse die „Grundwissenschaft der Psychiatrie“ sei. Sie *wussten*, dass die Analyse effektiv war; schließlich hatte jeder von ihnen eine durchgeführt und ich (offensichtlich) noch nicht. Sie behaupteten, dass ihre Praktikanten im öffentlichen Sektor arbeiteten und Forschungen betreiben würden (ohne zu präzisieren wo und welcher Art diese waren). Kein einziger Teilnehmer unterstützte meine Kritik. Nach Veröffentlichung des Sitzungsbandes wurde meine „abweichende Ansicht“ zu einer Fußnote bestehend aus fünf Sätzen degradiert (Barton & Malamud 1963). Ein Jahrzehnt später jedoch, als die nächste APA Conference on Education einberufen wurde, wurde die „Deakzentuierung der psychoanalytischen Orientierung“ als eine der wichtigsten Verlagerungen der Ausbildung, die sich ereignet hatte, aufgelistet (Rosenfield 1976).

Wie ist die „Geisteslosigkeit“ entstanden?

Schreibe ich mir selbst diese Transformation zu? Keinen einzigen Moment! Das bedeutet nicht, dass ich es nicht versucht hätte. Ich habe schon seit Beginn meiner Karriere bei professionellen Sitzungen das Freudsche Dogma hinterfragt (Eisenberg 1962b). Ich habe randomisierte klinische Studien in die Kinderpsychiatrie eingeführt und habe den ersten Preis für eine randomisierte klinische Studie an Kindern der Psychopharmacology Service Branch des Nationalen Instituts für geistige Gesundheit

(National Institute of Mental Health - NIMH) erhalten (Conners 1974). Unsere Forschungsgruppe demonstrierte, dass zwei der neuen „Beruhigungs“mittel (Meprobramat und Prochlorperazin) aufgrund ihrer Toxizität bedeutend *schlimmer* als Blindpräparate (Placebo) für die Behandlung von Kindern mit Verhaltensstörungen waren (Cytryn et al. 1960). Des Weiteren haben wir gezeigt, dass sich Dextroamphetamine (Eisenberg et al. 1963) und Methylphenidate (Eisenberg 1964) als effektiv bei Kindern mit hyperkinetischer Verhaltensstörung erwiesen, ein Zustand der nur geringfügig behandelt wurde, sich jedoch nun als „ansteckend“ erwiesen hat (Eisenberg 2007). Ich habe die enorme Wichtigkeit der Bewertung der Ergebnisse psychiatrischer Eingriffe kommentiert; gute Intentionen führen jedoch nicht zwingend zu guten Resultaten. Ohne eine systematische Recherche der Effektivität neuer Programme (Eisenberg 1968):

„...werden wir einer Folge psychiatrischer „Revolutionen“ begegnen, wovon jede auf der Wiederentdeckung moralischer Behandlungen beruhen wird, jedoch keine über den Ansatzpunkt ihrer Vorgänger hinausgehen wird.“

Meine Kritik war vergeblich. Psychotherapie wurde von zwei Kräften vom Marktplatz der medizinischen Fürsorge verdrängt: Erstens, von der Wirksamkeit psychotropischer Arzneimittel und zweitens, von privaten Health maintenance organizations (HMOs) und Krankenversicherungsgesellschaften.

Die Entdeckung psychoaktiver Arzneimittel veränderte die klinische Praxis enorm. Wir begrüßten die Ankunft der Arzneimittel als zweite psychiatrische Revolution, in demselben Ausmaß wie die erste, als Pinel in Frankreich, Tuke in England und Chiargui in Italien moralische Behandlungen psychisch Kranker einführten (Eisenberg 1973). Ein Großteil der Psychiater war dermaßen geblendet, dass sie Arzneimitteln vollste Anerkennung für die Leerung überfüllter amerikanischer staatlicher Krankenhäuser zollten. Tatsächlich war der Beginn der Desinstitutionalisierung der Vorläufer der Einführung von Arzneimitteln in Gemeinschaften, in welchen Richtlinien wie „offenes Krankenhaus“ und „Gemeinschaftspsychiatrie“ (Jones 1952) unmittelbar nach Ende des 2. Weltkrieges eingeführt wurden (Odegaard 1964). Die „Desinstitution-

alisierung“ wurde angetrieben von wirtschaftlichen Kräften (Wechsel vom Staats- zum Bundesbudget), von der „Transinstitutionalisierung“ älterer Patienten (von staatlichen Krankenhäusern zu Altenheimen), sowie von Patienten, die ohne Nachbehandlung vorübergehend in Hotels entlassen wurden (Grob 1994). Die Praxis der Psychiatrie hatte sich drastisch von einer Rede- zu einer Arzneimitteltherapie verändert. Der Verkauf verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der Medizin stieg von \$664 Millionen im Jahre 1970 auf \$235 Milliarden im Jahre 2006, eine fast 40-fache Steigerung (Catin et al. 2008). Pharmazieunternehmen wurden zu Hauptakteuren des medizinisch-industriellen Komplexes (Relman 1980). Ihre Investitionen zur Einflussnahme auf den Kongress sind gestiegen (Mundy 2008). Diese Gelder sind unparteiisch; sie gehen an jeden Politiker, der bereit ist, nach deren Pfeife zu tanzen.

Die Rolle der Psychopharmakologie

Da die neuen Arzneimittel diagnosespezifisch zu sein schienen, wurde die geringe Zuverlässigkeit existierender psychiatrischer Diagnosen zur Besorgnis (Klerman 1990). Studien über die rätselhafte Diskrepanz zwischen Daten aus den Vereinigten Staaten und dem Vereinigtem Königreich über die Verbreitung von Schizophrenie und Depressionen haben aufgezeigt, dass vielmehr Unterschiede in der Diagnosepraxis, als Unterschiede in der Verbreitung der Krankheit für das Ergebnis verantwortlich waren (Kramer 1969). Sobald diese Kriterien standardisiert wurden, verschwanden die Unterschiede. Solche Studien verliehen der Entwicklung eines operationalisierten APA *Diagnostic and Statistical Manual*, DSM III (APA 1980), Antrieb. So wie die Kosten für psychiatrische Betreuung stiegen, wuchs auch der Markt für die dritte und die nachfolgenden Auflagen des DSM (APA 1994, APA 2000); der Verkauf stieg von 3000.000 Exemplaren im Jahre 1973 auf 1,5 Millionen Exemplare, die Einnahmen der APA stiegen von \$500.000 auf \$93 Millionen (Pursell 2008, persönliche Kommunikation). Das DSM wurde unverzichtbar für das Coding der Versorgungsdienste für psychische Gesundheit und der Legitimatisierung von Rückerstattungen für Institutionen und praktizierenden Ärzte. Das DSM ist für die großen Pharmaunternehmen von Bedeutung. Da Diagnosen Behandlungen legiti-

mieren, so legitimieren die Bedürfnisse der Arzneimittelunternehmen diagnostische *Einschlusskriterien*. Falsch-positive Befunde sind profitabel; falsch-negative Geldverschwendung! Haben die Pharmazieunternehmen eine Rolle bei der Erstellung des DSM-IV gespielt? Cosgrove und seine Kollegen (2006) suggerieren, dass dem so sei. Ein Großteil (56%) der 170 Ausschussmitglieder, die für die Überarbeitung des DSM-IV verantwortlich waren, hatten Verbindungen zur Industrie, einschließlich *aller* Mitglieder der Ausschüsse für „Stimmungsschwankungen“ und „Schizophrenie und andere psychotische Störungen“. Der Erhalt von Geldern seitens Arzneimittelunternehmen beweist an sich nicht, dass die Ausschussmitglieder mit Verbindungen zur Industrie ihre Stimme aufgrund von wirtschaftlichen Aspekten abgegeben haben; jedoch bleibt diese Möglichkeit offen.

Das Aufblühen der Neurowissenschaft

Die Psychopharmakologie brachte weitere Veränderungen mit sich. Sie verhalf dem Gehirn wieder zurück zur Psychiatrie, wo es mehr als willkommen war! Die Neurowissenschaften blühten auf. Als ich der Society of Neurosciences beitrug, war ich Mitglied Nr. 91; die aktuelle Mitgliederzahl übersteigt 38.000! Diese Zahlen stehen stellvertretend für das exponentielle Wachstum der neurowissenschaftlichen Forschung. Unser Verständnis über das zentrale Nervensystem hat sich enorm ausgeweitet, aber zu einem nicht trivialen Preis. Gerade die Eleganz der Neurowissenschaften hat die „neurologierende Tautologie“ erneut bestärkt: den Glauben, dass „lediglich jene Fakten wissenschaftlich sind, welche auf die Ebene der Nervenzellen reduziert werden können“ (Adolf Meyer 1912). Das, was Pharmakologen degradieren, indem sie es als „Placebo Effekt“ – besser gesagt als „Arzteffekt“ – abtun, spendet inerte Substanzen mit der Kraft, Krebschmerzen zu lindern, psychotische Symptome umzukehren und sogar die Rezidivrate nach einem Koronararterienverschluss zu senken (Eisenberg 1977).

Ich beziehe mich auf die Befunde einer randomisierten Doppelblindstudie zu Clofibrat, einem Arzneimittel, welches verabreicht wird, um die Sterblichkeitsrate aufgrund einer koronaren Herzkrankheit infolge eines Koronararterienverschlusses zu senken (Coronary Drug Project

Research Group 1980). Unter den 1100 Clofibrat - Testpersonen hatten jene, die ihre Pillen über 80% des Testzeitraums einnahmen eine bedeutend geringere Sterblichkeitsrate innerhalb von fünf Jahren (15%), als jene, die ihre Pillen seltener einnahmen (24,6%). Auf den ersten Blick erscheint es so, als ob Clofibrat ein höchst effektives Arzneimittel darstellt, wenn es auf Verabreichung eingenommen wird. Jedoch wiesen unter den 2800 Placebo-Testpersonen ebenso jene, die das Placebo zu 80% der Zeit einnahmen eine bedeutend geringere Sterblichkeitsrate (15,1%) innerhalb von fünf Jahren auf, als jene, die sich weniger kooperativ zeigten (28,3%). Das Arzneimittel als solches nimmt keinerlei Einfluss auf die Sterblichkeitsrate, sondern die Compliance – zu einem P Wert mit 16 Dezimalstellen! Die Forscher beklagten, dass diese „Befunde...die ernsthafte Schwierigkeit darstellten...die Wirksamkeit in Untergruppen zu bewerten, die sich aus Patientenreaktionen ergeben...“. Wie ungemein engstirnig diese Reaktion gewesen ist! Wenn die Senkung der Sterblichkeitsrate in Zusammenhang mit dem Arzneimittel gestanden hätte, hätte dies die Lagerbestände der Unternehmen in die Höhe schießen lassen! Wieso sollten die Verhaltenskorrelate der Compliance nicht ernst genommen werden? Spiegelt es Veränderungen beim Rauchen, Alkoholkonsum, bei Diäten, beim Training, in sonstigen gesundheitsbezogenen Verhaltensmustern wider oder war Compliance ein Ausdruck für genetische Unterschiede? Wir werden es nie erfahren: Compliance war das einzige gemessene Verhaltensmuster.

Selbst das stärkste Arzneimittel ist nutzlos, wenn es nicht eingenommen wird. Eine entscheidende Determinante hinsichtlich der Tatsache, ob das Arzneimittel eingenommen wird und ob es in Abständen eingenommen wird, die in Übereinstimmung mit dessen Pharmakokinese stehen, besteht in der Beziehung des Patienten zum Arzt (Jameson 1995). Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Arzteffekt den Einfluss eines pharmakologisch aktiven Arzneimittels fördert (oder verringert). Patienten möchten, dass man ihnen zuhört und sie erhört, dass ihnen die Chance gegeben wird, ihre Geschichte zu erzählen, sowie die Chance, ihre therapeutischen Möglichkeiten überblicken zu können. Die „Psyche“ aus der Psychopharmakotherapie zu streichen ist in gleichem Maße ein Betrug am Patienten, wie die Streichung der „Pharmazie“.

Das Motiv des Profits hält Einzug in die Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung glich einer Heimarbeit – ineffizient, schlecht geführt und lose organisiert. Es stellte eine erstklassige Gelegenheit für profitable Investitionen dar. Investoren kauften und gründeten Krankenversicherungsunternehmen, HMOs, Krankenhausketten, Unternehmen für medizinische Hilfsmittel, Gemeinschaftspraxen, sowie technologie-basierte Diagnostikzentren. Medizin wurde monetarisiert (Ginzburg 1980). Psychiatrische Krankenhäuser wurden zu einem attraktiven Produkt. Wieso? Die Salomon Brothers, ein Brokerunternehmen an der Wall Street, erklärte es in einem Ratgeber aus dem Jahre 1984 folgendermaßen:

„Psychiatrische Krankenhäuser sind ein attraktives Teilsegment der Krankenhausindustrie. Stationäre Pflege...erfolgt mit vorhersehbarer und steigender Inzidenz und ist zu komplex, um Bemühungen der Kostenkontrolle zu erschweren (Kursives hinzugefügt)...“.

Das Unternehmen stellte die Barrieren der Kostenkontrolle wie folgt dar:

„Ungenauigkeit bei Diagnosen“.....“Mangel an standardisierten Behandlungen“, sowie „Unfähigkeit, den Genesungsgrad abzuschätzen.“

Die Merkmale der psychiatrischen Pflege, die für Psychiater besorgniserregend waren (oder sein sollten), stellten gute Nachrichten für die Investoren dar (Eisenberg 1986b)!

Während HMOs in den Vereinigten Staaten den medizinischen Marktplatz dominierten, schrieben John McKinlay und John Arches (1985) eine prophetische Abhandlung über die „Polarisierung“ amerikanischer Ärzte. Indem Ärzte ihre Kontrolle über die „Produktionsmittel“ an die Führungskräfte des Gesundheitssystems übergeben haben, unterlagen sie genau wie Marx’ „Lohnarbeiter“ (obwohl natürlich besser bezahlt!)... der Kontrolle und den Anreizen der Eigentümer eines kommodifizierten Gesundheitssystems. Während HMOs stetig wuchsen, wurde die organisatorische Zentralisierung immer bedeutender und somit entfernte sich das Erbringen von Entscheidungen immer weiter von jenen Stellen, wo Ärzte sich um ihre Patienten kümmern. Ärzte, die innerhalb des neuen Systems zu Führungskräften und zugleich in der Hierarchie aufstiegen, legten ein Benehmen an den Tag, welches eher einem Manager, als einem Arzt glich.

Einfluss der Pharmaunternehmen auf Ärzte

Pharmazieunternehmen setzen ihre enormen Finanzressourcen geschickt ein, um die Medizinpraxis zu formen. Es wird Sie sicher nicht überraschen, dass von der Industrie gesponserte Forschung immer öfter das Arzneimittel des Sponsors befürwortet, als unabhängig gesponserte Forschung. Turner et al. (2008) hat festgestellt, dass 37 von 38 positiven Antidepressiva-Studien veröffentlicht wurden, während hingegen von den 36 Negativstudien 33 entweder gar nicht oder mit Umschreibungen veröffentlicht wurden, um sie positiv erscheinen zu lassen. Merck hat Angaben über die Sterblichkeitsrate des Arzneimittels Rofecoxib unterschlagen, welches, den Behauptungen des Unternehmens zufolge, das Fortschreiten der Alzheimer Krankheit verzögere (Psaty & Kronnal 2008); Angestellte des Unternehmens Merck haben als verdeckte und Gastautoren klinische Abhandlungen geschrieben und diese unter dem Namen von Akademikern veröffentlicht (Ross et al. 2008). Warner-Lambert (Harris 2004, Melvin et al. 2008) zahlte mehrere Millionen Dollar an „Meinungsführer“, um die Verwendung von Gabapentin außerhalb der zugelassenen Anwendung für Behandlungen bipolarer Störungen zu begünstigen, in direktem Verstoß der Richtlinien der Food and Drugs Administration (FDA). Sie erhielten ein Bußgeld, jedoch war das Bußgeld kläglicherweise eine Bagatelle im Vergleich zu den gestiegenen Verkaufszahlen. Psychiater haben erst sehr spät die Langzeitkosten psychotropischer Arzneimittel berücksichtigt. In Kürze werden Angaben aus Langzeitstudien veröffentlicht, die zeigen, dass Patienten, die unter Schizophrenie leiden, einen sehr viel höheren Verlust an Hirngewebe vorweisen als Kontrollen, und dass die Exposition gegenüber psychotropischen Arzneimitteln die Verlustrate erhöht (Dreifus 2008). Es ist höchste Zeit das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu überprüfen.

Als die FDA ihr Verbot der direkten Publikumswerbung (DTC) im Jahr 1985 aufgehoben hat, machte dies die Vereinigten Staaten zu einer von nur zwei Nationen, in welchen dies erlaubt war (die andere ist Neuseeland). Die direkte Publikumswerbung (DTC) ist exponentiell von \$12 Millionen im Jahr 1989 auf \$3,45 Milliarden im Jahr 2004 gestiegen (Montoya et al. 2008). Patienten kommen mit vorgefertigten Diagnosen aus dem Fernsehen, wo Anfragen für bestimmte Arzneimittel generiert

werden. Für den Arzt ist es einfacher, sich zu fügen, als lang und breit zu erklären weshalb nicht! Kafkas „Landarzt“ wusste „Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer“ (Kafka 1979).

Direkte Publikumswerbung (DTC) für Behandlungen von bipolaren Störungen wird immer gebräuchlicher. Arzneimittelfirmen geben Broschüren für „Patientenaufklärung“ mit aufgelisteten Symptomen aus und ermutigen zum Gebrauch eines „Stimmungstagebuchs“, um das „Risiko“ einer bipolaren Störung greifbar zu machen. Firmen subventionieren Laiengruppen, die sich für mehr Dienste einsetzen. Im Jahr 2003 hat die Child and Adolescent Bipolar Foundation eine Versammlung einberufen, um „Behandlungsrichtlinien“ aufzustellen. Die Versammlung wurde mittels „Erziehungsbeihilfen“ von Abbott-Astrazeneca, Eli Lilly, Forrest, Janssen, Novartis und Pfizer finanziert (Kowatch et al. 2005). Wer benutzt hier wen? Bei Psychiatriekonventionen bezahlen Pharmazieunternehmen für CME-zertifizierte (continuing medical education - berufsbegleitende Fortbildung in der Medizin tätiger Ärzte) „Satellitensymposien“, bei denen prominente Akademiker ein beträchtliches Honorar für Lesungen über Diagnosen und Behandlungen kassieren. Ein Drittel der seitens Arzneimittelunternehmen gesponserten Symposien an der APA Versammlung im Jahr 2003 befasste sich mit bipolaren Störungen! (Healy & LeNoury 2007). Die Subventionierung medizinischer Fachgesellschaften ist allgegenwärtig. Auf eine Anfrage des US Senators Grassley, antwortete der medizinische Leiter der APA, dass „die Einnahmen aus der Pharmazie \$14 Millionen oder 28% des APA Budgets im Jahr 2007 ausmachten...“ (Scully 2008).

Direktzahlungen an Ärzte

Jedoch begrenzen sich Arzneimittelfirmen nicht nur auf das, was beschönigend als „continuing medical education“ bezeichnet wird. Ärzte werden direkt und unverfroren ausgezahlt. Hersteller prothetischer Hüft- und Kniegelenke zahlten über \$ 1 Million an *jeweils* 51 Orthopäden für die Implantierung ihrer Hilfsmittel (Steinbrook 2008). Die meisten US-Ärzte haben finanzielle Beziehungen zur Industrie, die sich von der Annahme von Essenseinladungen, über Muster und bescheidene Honorare bis hin zu sehr großen Summen für Beratungen oder Gespräche

erstrecken (Campbell et al. 2007, Campbell et al. 2007). In Minnesota, dem einzigen Staat, in welchem eine öffentliche Berichterstattung über Marketingzahlungen an Ärzte erforderlich ist, sind Direktzahlungen zwischen 2000-2005 auf über das sechsfache angestiegen. Während dieses Zeitraums stieg die Ausstellung von Rezepten für Antipsychotika für Kinder auf das Neunfache. Ursache oder Zufall? Psychiater, die \$5.000 oder mehr seitens Erzeugern von „atypischen Antipsychotika“ erhalten haben, stellten *drei Mal* häufiger solche Rezepte aus, als Psychiater, die weniger erhielten (Harris et al. 2007; Ross et al. 2007). Ursache oder Zufall? Bei der Berechnung der Rentabilität ist die Industrie evidenzbasiert, selbst wenn die Ärzte es bei der Ausstellung von Rezepten nicht sind. Das öffentliche Bewusstsein über den Einfluss der Arzneimittelindustrie auf die Art und Weise, wie Ärzte Rezepte ausstellen, hat die Compliance gesenkt, wenn Patienten vermuten, dass die Empfehlungen der Ärzte eher dem Wohle des Arztes dienen, als dem eigenen Wohle (Goff et al. 2008).

Reformbewegungen

Energischer Widerstand gegen finanzielle Bänder zwischen Ärzten und Industrie seitens Hauptfiguren der Medizin, von Ärzteblättern und Medizinverbänden werden nun laut. Marcia Angell (2008), ehemalige Redakteurin des *New England Journal of Medicine*, hebt hervor, dass es „augenscheinlich absurd“ ist, bei privaten Unternehmen unparteiische Bewertungen ihrer eigenen Produkte einzuholen. Susan Fletcher (2008), Vorsitzende der Macy Conference über Continuing Education, weist auf die Einstimmigkeit unter den Konferenzteilnehmern hin, dass CME, falls es lizenziert wird, nicht kommerziell unterstützt werden sollte, da die Gefahr besteht, dass der Inhalt entstellt wird. Murad Khan (2008), Professor der Psychiatrie an der Aga Khan Universität in Karachi bemerkt mit Schrecken die enormen großzügigen Geldbeträge, die Arzneimittelunternehmen an Ärzte in unterfinanzierten Ländern wie Pakistan verteilen, um Arzneimittel zu fördern, die schlicht zu teuer für den Großteil der pakistanischen Patienten sind. Alfredo Pisacane (2008) von der Universität in Neapel und Arnold Relman von der Harvard Universität (2008) beanstanden Subventionen seitens der Industrie für das CME, denn dies sollte im Verantwortungs-

bereich des Fachs selbst liegen. *Nature Neurosciences* hat die Glaubwürdigkeitskrise in der Kinderpsychiatrie kommentiert, entstanden durch die großen Summen, die Klinikforscher seitens Pharmazieunternehmen erhalten haben (Editorial 2008). Die American Association of Medical Colleges repräsentiert sämtliche lizenzierten medizinischen Ausbildungsstätten und Hauptausbildungskrankenhäuser. Der AAMC Beirat (2008) hat einstimmig den Vorschlag der Arbeitsgruppe übernommen, dass Unterstützung seitens der Industrie von einem Zentralbüro an jeder medizinischen Ausbildungsstätte geleitet wird, als von den einzelnen Abteilungen selbst. Der Lehrkörper sollte nicht am Industrievorstand teilnehmen. Schulen und Krankenhäuser sollten Industrievertretern den Zugang zu Medizinstudenten und Assistenzärzten auf dem Campus verweigern. Der Council on Ethical and Judicial Affairs (CEJA) der American Medical Association brachte einen noch stärkeren Vorschlag hervor. Es wurde vorgeschlagen, dass weder einzelne Ärzte, noch medizinische Institutionen Gelder von Arzneimittelunternehmen für medizinische Ausbildungen annehmen sollten. Die Vorschläge der CEJA wurden beim AMA Reference Committee diskutiert; Sorge über einen eventuellen Verlust von Industriegeldern dominierte die Diskussion. Das Committee wies den Bericht an die CEJA zur „weiteren Überprüfung“ zurück. Nichtsdestotrotz betrachte ich es als ein sehr bemerkenswertes Zeichen der Zeit, dass eine so großartige Stellungnahme überhaupt in das AMA House vorgedrungen ist.

Ich bitte Sie dringend, sich diesem Kreuzzug anzuschließen, um die Medizin zu ihren grundlegenden Werten zurückzuführen. Im ersten Buch von Platos *Republik* behauptet Sokrates, dass:

„Die Medizin nicht die Interessen der Medizin vertritt, sondern die des Patienten....Kein Arzt, sofern er ein Arzt ist, berücksichtigt sein eigenes Wohl bei dem was er tut, sondern das Wohl des Patienten.“

Sokrates wusste natürlich, dass der Arzt eine Entlohnung brauchte. Die Kunst der Medizin, sagte er, wird begleitet von der „Kunst des Bezahlens“, aber er fügte hinzu, dass die Medizin nicht begleitet wird, von der „Kunst, Zahlungen entgegen zu nehmen, lediglich weil man Honorare entgegennimmt, wenn man am Heilungsprozess beteiligt ist.“

Stellen Sie dieses Ideal dem eigennützigen Ziel der privaten gewinnorientierten medizinischen Verpflegung gegenüber. Um es mit den Worten des Nobelpreisträgers für Wirtschaftswissenschaften, Professor Milton Friedmann von der University of Chicago (1982) auszudrücken:

„Nur wenige Trends konnten die Grundlagen unserer freien Gesellschaft so untergraben, wie die Übernahme irgendeiner anderen sozialen Verantwortung seitens des Managements, als der, so viel Geld wie möglich für die Aktionäre zu verdienen.“

Keine zwei Ziele könnten unterschiedlicher sein: das Wohl des Patienten; das Wohl des Aktionärs. Keine Auswahl schärfer. Einige meiner Kollegen sind genauso ungezwungen im Gebrauch von Begriffen wie „Versicherte“, „Kunden“ und „Anbieter“, wie meine Generation im Gebrauch reizender Vokabeln wie „Patienten“ und „Ärzte“ es war. Es kommt auf die Worte an, Worte verkörpern Werte.

Ärzte sind Experten auf dem Gebiet der Medizin; Patienten müssen in der Lage sein, Ärzten zu vertrauen. Anbieter sind Experten auf dem Gebiet des Zahlens; Kunden hätten sich besser vor den Anbietern hüten sollen. Medizinische Versorgung ist nicht primär ein rechtliches oder finanzielles Ereignis; medizinische Versorgung ist eine moralische Angelegenheit.

LITERATUR

1. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs: *Industry support of professional education in medicine*. <http://www.AMA-Assn.org/ama1/pub/upload/mm/47l/cejel-2.doc>. Accessibility verified September 13, 2008.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. First Edition*. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1952.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. Second Edition*. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1968.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. Third Edition*. Washington. American Psychiatric Association, 1980.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
6. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth*

- Edition Revised*. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000.
7. Angell M: *The Truth About Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. New York. Random House, 2004.
8. Angell M: *Industry-sponsored clinical research: a broken system*. *Journal of the American Medical Association* 2008; 300:1069-1071.
9. Association of American Medical Colleges: *Industry funding of medical education: report of an AAMC task force*. https://services.aamc.org/Publications/index.cfm?fuseaction=Product.displayForm&prd_id=232&cfid=1&cfioken=AB8BBD70-8212-4F9F-8A9A3EB31698232E. Accessibility verified September 13, 2008.
10. Barton W & Malamud W: *Training the psychiatrist to meet changing needs*. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1963.
11. Beeson PB: *Changes in medical therapy during the past half-century*. *Medicine* 1980; 59:79-99.
12. Brecht B: *Life of Galileo*. Willet J & Manheim R (eds). New York: Arcade Publishing, 1940, 1994.
13. Brown S, Birtwistle J, Roe L & Thompson C: *The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia*. *Psychological Medicine* 1999; 29:697-701.
14. Brown S, Inskip H & Barraclough B: *Causes of the excess mortality of schizophrenia* *British Journal of Psychiatry* 2000; 177:212-217.
15. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PH & Blumenthal D: *A national survey of physician-industry relationships*. *New England Journal of Medicine* 2007; 356:1742-1750.
16. Campbell EG, Weissraan JS, Ehringhaus S et al.: *Institutional academic-industry relationships*. *Journal of the American Medical Association* 2007; 298:1779-1786.
17. Catlin A, Cowan C, Hartman M, Hartman M, Heffer S et al.: *National health spending in 2006: a year of change for prescription drugs*. *Health Affairs* 2008; 27:14-29.
18. Conners CK (ed): *Clinical Use of Stimulant Drugs in Children: Proceedings of a Symposium held at Key Biscayne. Florida. 5-8 March, 1972*. New York: American Elsevier Publishing Co., Inc., 1974.
19. Coronary Drug Research Project Research Group: *Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in the Coronary Drug Project*. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:1038-1041.
20. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M & Schneider L: *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*. *Psychotherapy and Psyche somatics* 2006; 75:154-160.
21. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al.: *Wake-up call for British psychiatry*. *British Journal of Psychiatry* 2008; 193:6-9.

22. Cytryn L, Gilbert A & Eisenberg L: *The effectiveness of tranquilizing drugs plus supportive psychotherapy in treating behavior disorders of children. American Journal of Orthopsychiatry* 1960; 30:113-129.
23. Dreifus C: *Using imaging to look at changes in the brain: A conversation with Nancy C. Andreasen. New York Times (September 16)*, 2008.
24. Editorial: *Credibility crisis in pediatric psychiatry. Nature Neuroscience* 2008; 11:983.
25. Eisenberg L: Discussion. In: Hoch FH & Zubin J (eds): *The Future of Psychiatry*. New York, Grime & Stratton 1962; 251-255.
26. Eisenberg L: *If not now, when? American Journal of Orthopsychiatry* 1962; 32:781-93.
27. Eisenberg L: *The role of drugs in treating psychiatric disorders in children. Children* 1964; 11:167-173.
28. Eisenberg L: *The need for evaluation. American Journal of Psychiatry* 1968; 124:1700-1701.
29. Eisenberg L: *Psychiatric intervention. Scientific American* 1973; 229:116-127.
30. Eisenberg L: *The future of psychiatry. The Lancet ii*: 1973; 137I-5.
31. Eisenberg L: *Psychiatry and society: a sociobiological synthesis. New England Journal of Medicine* 1977; 296:903-910.
32. Eisenberg L: *The right to health care: for patients or for profits? American Journal of Psychiatry* 1986; 143:1015-1019.
33. Eisenberg L: *Mindlessness and brainlessness in psychiatry. British Journal of Psychiatry* 1986; 148:497-508.
34. Eisenberg L: *When "ADHD" was "the Brain-Damaged Child", Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2007; 17:279-283.
35. Eisenberg L, Lachman R, Molling P, Lockner A, Mizelle J & Connors K: *A psychopharmacologic study in a training school for delinquent boys. American Journal of Orthopsychiatry* 1963; 33:431-447.
36. Fletcher SW: *Continuing medical education. British Medical Journal* 2008; 337:a1023.
37. Frank JD: *Persuasion and Healing*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1961.
38. Friedman M: *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press, 1982.
39. Ginzburg E: *The monetarization of medical care. New England Journal of Medicine* 1984; 310:1162-1165.
40. Goff SL, Mazer KM, Meterko BS et al.: *Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations. Journal of General Internal Medicine* 2008; 23:236-241.
41. Grob GN: *The Mad Among Us*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994.
42. Hager M & Fletcher S: *Continuing Education in Health Profession: Improving Healthcare Through Lifelong Learning*. New York, NH: Josiah Macy, Jr Foundation, 2008.
43. Harris G: *Pfizer to pay \$430 million over promoting drug to doctors. New York Times*, 2004.
44. Harris G, Carey B & Roberts J: *Psychiatric children and drug industry's role. New York Times*, 2007.
45. Healy D & LeNoury J: *Pediatric bipolar disorder: An object of study in the creation of an illness. The International Journal of Risk and Safety in Medicine* 2007; 19:209-221.
46. Jamison KR: *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Alfred A. Knopf, 1995.
47. Jones M: *The Therapeutic Community*. New York: Basic Books, 1952.
48. Kafka F: *A country doctor. In: The Basic Franz Kafka*. New York: Pocket Books, 1979.
49. Khan MM: *Murky waters: the pharmaceutical industry and psychiatrists in developing countries. Psychiatric Bulletin* 2006; 30:85-88.
50. Klerman GL: *The Contemporary American Scene: Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcoholism, and Drug Abuse*. In Sartorius N, Jablensky A, Regier DA, Burke JD, et al. (eds) *Sources and Traditions of Classification in Psychiatry*. Bern: Huber, 1990; 93-157.
51. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B et al.: *Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44:213-235.
52. Kramer M: *Cross-national study of diagnosis of the mental disorders. Am J Psych* 1969; 125.
53. Lewis A: *Letter from Britain. American Journal of Psychiatry* 1953; 110:404-405.
54. McKinlay JB & Arches J: *Towards the proletarianization of physicians. International Journal of Health Services* 1985; 15:161-195.
55. Medical Research Council: *Streptomycin treatment of tuberculous meningitis. Lancet* 1948; 582-596.
56. Medical Research Council: *Streptomycin treatment for pulmonary tuberculosis. British Medical Journal* 1948; 11:769-782.
57. Melvin CL, Carey TS & Oldham JM: *Introduction: Antiepileptic medications for bipolar disorder. Journal of Psychiatric Practice* 2008; 14:7-8.
58. Meyer A: *Conditions for a home of psychology in the medical curriculum. Journal of Abnormal Psychology* 1912; 7:313-325.
59. Mojtabai R & Olfson M: *National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. Archives of General Psychiatry* 2008; 65: 962-970.
60. Montoya ID, Lee-Dukes G & Shah D: *Direct-to-consumer advertising: its effects on stakeholders. Journal of Allied Health in Health* 2008; 37:116-120.

61. Mundy A: Drug industry boosts lobbying. *The Wall Street Journal*, 2008.
62. Odegaard O: Patterns of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of psychotropic drugs. *American Journal of Psychiatry* 1964; 120:772-8.
63. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I et al.: Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64:242-249.
64. Parks, J, Svendsen D, Singer P & Foti ME: Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006. www.NASMHPD.org
65. Pisacane A: Rethinking continuing medical education. *British Medical Journal* 2008; 337:a973.
66. Psaty BM & Kronmal RA: Reporting mortality findings in trials of rofecoxib for Alzheimer disease or cognitive impairment. *Journal of the American Medical Association* 2008; 299:1813-1817.
67. Pursell B: APA staff (personal communication), 2008.
68. Relman A: The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:963-970.
69. Relman A: Industry support of medical education. *Journal of the American Medical Association* 2008; 300:107-113.
70. Rogow A: *The Psychiatrists*. New York: Putnam, 1970.
71. Rosenfield AH: *Psychiatric Education: Prologue to the 1980s*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1976.
72. Ross JS, Hill KP, Egilman DS & Krumholz HM: Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib. *Journal of the American Medical Association* 2008; 299:1800-1812.
73. Ross JS, Lacker JE, Lurie P, Gross CP, Wolfe S & Krumholz HM: Pharmaceutical company payments to physicians: early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *Journal of the American Medical Association* 2007; 297:1218-1223.
74. Saha S, Chant D & McGrath J: A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 2007; 64:1123-1131.
75. Scully JH: Quoted in *Headlines* (a daily news briefing on psychiatry and mental health), 2008.
76. Shepherd M, Goodman N & Watt DC: The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. *Comprehensive Psychiatry* 1961; 2:11-19.
77. Steinbrook R: Disclosure of industry payments to physicians. *New England Journal of Medicine* 2008; 359:557-559.
78. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA & Rosenthal R: Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine* 2008; 358:252-280.

Correspondence:

Leon Eisenberg, MD
Professor der Sozialmedizin und Psychiatrie, Emeritus
Abteilung für globale Gesundheit und Sozialmedizin,
Harvard Medical School
651 Huntington Avenue, FXB 711B
Boston, MA 02115-6009 USA
E-mail: Leon_Eisenberg@HMS.Harvard.edu