

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version
Primat der Prävention

Der Arzneimittelbrief: unabhängiges Informationsblatt für den Arzt

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Primat der Prävention, Der Arzneimittelbrief: unabhängiges Informationsblatt für den Arzt, ISSN 1611-2733, Westkreuz-Verlag, Berlin, Vol. 27, Iss. 7, pp. 49-50

This Version is available at:
<https://hdl.handle.net/10419/122625>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

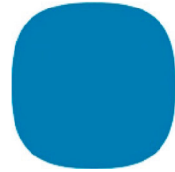
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

DER ARZNEIMITTELBRIEF

UNABHÄNGIGES INFORMATIONSLATT

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier

Herausgeber: D. von Herrath, W. Thimme

Schriftleitung: D. von Herrath, W. Oelkers, W. Thies, W. Thimme

Mitarbeiter: W.-D. Ludwig, T. Schaberg, M. Zeitz

Beirat: H. G. Beger, Ulm; J. Bircher, Herdecke; H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; K. Greeff, Düsseldorf; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; E. Habermann, Gießen; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; K. H. Kimbel, Hamburg; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; D. Palm, Frankfurt; M. Rothmund, Marburg; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; H. Zeidler, Hannover

Schriftleitung: Am Nordgraben 2, 13509 Berlin, Telefon (030) 41941001 · Verlag: Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 7452047, Telefax (030) 7453066 · Konto: Postbank NL Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis 69,- DM inklusive Versandkosten im Inland · Preis des Jahresabonnements für Studenten 42,- DM inklusive Versandkosten · Erscheinungsweise monatlich · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 27 · Nr. 7

Berlin

Juli 1993

Primat der Prävention

Der Arzneimittelbrief will seine Leser informieren, um den sinnvollen Einsatz von Medikamenten zu fördern. Noch sinnvoller wäre es jedoch, wenn die Erkrankungen, die eine medikamentöse Therapie erfordern, überhaupt verhindert werden könnten. Unverständlicherweise erfährt aber die Prävention von Erkrankungen weniger öffentliches Interesse als die Pharmakotherapie. Dazu einige Gedanken von R. Rosenbrock, die er anlässlich eines Symposiums „Chancen für mehr Rationalität in der Arzneitherapie?“ am 9. Mai 1992 in Berlin vortrug.

Die erste empirische Untersuchung zu Marketing-Strategien sowie zur Forschung und Anwendung von Arzneimitteln wurde vor nunmehr 16 Jahren von V. Friedrich, A. Hehn und R. Rosenbrock unter dem Titel „Neunmal teurer als Gold – die Arzneimittelversorgung der Bundesrepublik“ veröffentlicht (1). Sie kam zu dem generellen Befund: **zuviel** Gewicht der Arzneimitteltherapie in der Krankenversorgung; **zu viele** Arzneimittel auf dem deutschen Markt; **zu teuer**; **vermeidbare** Mängel in Wirksamkeit und Sicherheit. Diese harschen Befunde wurden trotz z.T. heftiger Reaktionen der Pharmaindustrie in den Folgejahren immer wieder bestätigt. Auch die Auswertungen der Untersuchungen der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des 11. Deutschen Bundestages zu diesem Thema ergaben kein völlig neues Bild (2).

Eine wichtige Konsequenz aus der leider hohen Resistenz gegen notwendige Reformen und bei – trotz aller Änderungen – relativ konstanten Problemen ist die Beschäftigung mit Fragen, die vor dem Einsatz von Arzneimitteln liegen. Aus diesem Gesichtswinkel sollen einige Punkte exemplarisch diskutiert werden:

Die meisten großen Interventionsstudien mit z.T. gewaltiger Logistik werden nach wie vor in den USA durchgeführt. Anfang der achtziger Jahre wurden dort etwa zur gleichen Zeit die Ergebnisse von zwei sehr großen, sorgfältigen und langfristigen Interventionsstudien publiziert:

Mit dem Lipid Research Clinics Program (8) war der Einfluss einer Cholestyramin-Medikation auf die allgemeine und speziell die Koronarmortalität bei Männern mit erhöhtem Risiko erforscht worden. Die Ergebnisse wurden in der US-Fachwelt als eindeutiger Beleg für die Sinnhaftigkeit, Nützlichkeit und Kosteneffektivität dieser Intervention gewertet.

Mit dem zur gleichen Zeit publizierten Rand Health Insurance Experiment (9) war untersucht worden, welche epidemiologisch meßbaren Wirkungen die Beseitigung finanzieller Zugangshemmnisse zu präventiven und kurativen Leistungen des Medizinsystems auf Morbidität und Morta-

Inhalt dieser Ausgabe

| | |
|--|----|
| Primat der Prävention | 49 |
| RU 486 und Schwangerschaftsabbruch | 50 |
| Die Therapie der vasodepressorischen Form des Karotissinusyndroms | 51 |
| Flosequinan, ein neuartig wirkender Vasodilatator, zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz | 52 |
| CHOP weiterhin Standardregime für die Behandlung intermediär und hochmaligner Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) | 53 |
| Raucherentwöhnung mit Hilfe von Nikotinplastern | 54 |
| Das Bundesgesundheitsamt gibt bekannt: Ibuprofen und intrakranieller Hochdruck | 55 |
| Buchbesprechung Bittere Pillen | 55 |
| Leserbriefe Plasmapherese bei Toxischer Epidermaler Nekrolyse (TEN) | 56 |
| Nochmals: Lagerung und Haltbarkeit aufgezogener Medikamente | 56 |

Dosisangaben ohne Gewähr!

lität hat. Die Ergebnisse wurden in der Fachwelt fast durchgängig als Beleg dafür gewertet, daß eine flächendeckende Krankenversicherung ohne Selbstbeteiligung kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Gesundheitslage der Bevölkerung darstelle. Die amerikanischen Sozialmediziner D. U. Himmelstein und S. Woolhandler verglichen die Ergebnisse dieser beiden Studien im Hinblick auf die zentralen Ergebnisvariablen: verhinderte Todesfälle und Kosten pro verhinderten Todesfall. In einer aufsehenerregenden Untersuchung im New England Journal of Medicine kamen sie zu dem methodisch unanfechtbaren Ergebnis, daß mit einer sozialen Krankenversicherung absolut weit mehr Leben erhalten werden können und daß dies auch – je nach Bezugsgröße – 12- bis 25fach kosteneffektiver ist als die Lebensrettung durch eine Cholestyramin-Therapie (3). Die Kosten pro verhinderten Todesfall durch Cholestyramin beliefen sich auf 9,3 Mio. Dollar, die Kosten pro gerettetes Leben durch eine soziale Krankenversicherung auf 420 000 bis 730 000 Dollar. Heute, zehn Jahre später, gehört die Cholestyramin-Medikation zum Standard in jenen Bevölkerungsgruppen der USA, die sich einen Vollversicherungsschutz leisten können, aber von einer bevölkerungsweiten sozialen Krankenversicherung sind die

USA immer noch so weit entfernt wie vor zehn Jahren. Was lehrt uns dieses Beispiel? Sicherlich zunächst einmal, daß auch in der Wissenschaft mit zweierlei Maß gemessen wird, je nachdem, ob die Bewertung einer medizinischen oder einer sozialen Intervention in Rede steht, ob es um Therapie und Arzneimittelsatz bei bestehenden Krankheiten oder um Interventionen zur Verhütung von Krankheiten, d. h. vor der klinischen Manifestation, geht. Medizinische und pharmazeutische Interventionen stoßen dagegen bei ihrem Weg in die Fachwelt und zum Publikum auf erheblich niedrigere Hürden. Die wissenschaftliche Praxis hält sich also ständig nicht an den Satz unserer Großeltern und Sonntagsredner, nachdem vorbeugen besser ist als heilen. Und die wissenschaftliche Praxis spiegelt dabei nur die gesellschaftliche Praxis wider:

Ein beträchtlicher Teil der Nierenerkrankungen dialysepflichtiger Patienten ist Folge eines übermäßigen Analgetikagebrauchs. Entdeckt wurde der Zusammenhang bekanntlich bei Schweizer Uhrenarbeiterinnen, denen in den Betrieben unbegrenzt phenazetinhaltige Schmerzmittel angeboten wurden, um die durch schlechte ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und Zeitdruck endemischen Kopfschmerzen zu unterdrücken. Heute wissen wir, daß es unter den Analgetika nicht nur das Phenazetin ist, das Nierenschäden verursacht (7), und daß ein erheblicher Teil des chronischen Analgetikagebrauchs mit abstellbaren Mängeln, z. B. auch mit der Arbeitsplatzgestaltung, zusammenhängt. Zur Illustration: Der Umsatz analgetischer Monopräparate betrug 1991 in der Bundesrepublik 380 Mio. DM (4).

Untersuchungen von L. von Ferber et al. an der Universität Düsseldorf haben ergeben, daß in der alten Bundesrepublik ca. zwei Drittel aller Patienten mit Diabetes des Typs II mit oralen Antidiabetika behandelt werden, während ein Drittel mit diätetischen Maßnahmen auskommt. In anderen Ländern, darunter in der ehemaligen DDR, war bzw. ist das Verhältnis umgekehrt. Der Umsatz von oralen Antidiabetika betrug 1990 in der Bundesrepublik 590 Mio. DM (4). Es gab Versuche, am umfangreichsten in den siebziger und achtziger Jahren in Norwegen, die Ernährung bevölkerungsweit umzustellen, und zwar nicht nur mit dem wenig effektiven und meist nur in der Mittelschicht wirksamen Mittel der Gesundheitserziehung, sondern durch eine Beeinflussung des Angebots und der Preisgestaltung in Richtung auf weniger Kalorien und weniger tierische Fette. Die mächtige Agro-Industrie und der Export-Import-Handel haben diese Versuche unterlaufen und schließlich zum Scheitern gebracht (5).

Würden solche Veränderungen mit der Zielrichtung eines milden Vegetarismus und salzärmerer Kost tatsächlich politisch gewollt und nicht nur symbolisch angedeutet, wie es in der faktisch gescheiterten deutschen Herz-Kreislauf-Interventionsstudie (DHP) der Fall war, so könnte auch die Hochdruckprävalenz um ca. ein Viertel gesenkt werden (10). Würde ernsthaft an der Minderung von Streß in der Arbeitswelt und im Verhalten gearbeitet, könnte ebenfalls ein beträchtlicher Teil der arteriellen Hypertonie verhütet werden. Der Umsatz 1990 der Antihypertonika betrug 704 Mio. DM (4).

Die Liste der Beispiele läßt sich fast beliebig verlängern und auf das Zigarettenrauchen und den Alkoholabusus ausdehnen. Forschungen zum Herzinfarkt bei Industriearbeitern, zur Neonatalmortalität, zu muskuloskelettalen Erkrankungen, zu AIDS, zu ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen und zur Wirkung unterschiedlicher Steuerungsmodelle der Krankenversorgung belegen die Wirksamkeit nichtmedizinischer Interventionen und verweisen auf ein großes ungenutztes präventives Potential.

Es sind nicht primär Defizite im Wissen oder das Fehlen von wirksamen Strategien und Instrumenten der Prävention, welche die allseits besungene und epidemiologisch gebo-

tene Schwerpunktbildung der Gesundheitspolitik zur Intervention vor der Manifestation verhindern. Es sind vielmehr benennbare und in Mark und Dollar bezifferbare Interessen.

Das Ergebnis dieser Konstellation läßt sich in vier Punkten zusammenfassen (6):

1. Problemverständnis und Maßnahmen der Gesundheitspolitik werden bei uns immer noch zu sehr aus dem Gesichtswinkel der kurativen Individualmedizin bestimmt und festgelegt.
2. Bei den Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik dominiert weithin immer noch das einzelwirtschaftliche und kurzfristige ökonomische Interesse über das gesundheitliche Argument.
3. Es werden bevorzugt solche präventionsbezogenen Güter und Dienstleistungen angeboten, die auf kaufkräftige Nachfrage am Markt stoßen und deshalb die wahren zentralen Bereiche gesellschaftlichen Bedarfs meist nicht treffen.
4. Vom gegenwärtigen politischen Interessen- und Institutionengefüge geht keine wirksame Politik aus, die Gegentendenzen erkennen läßt, d. h. ausgerichtet ist auf das Primat der Prävention.

Literatur

1. Friedrich, V., Hehn, A., Rosenbrock, R.: Neunmal teurer als Gold - die Arzneimittelversorgung der Bundesrepublik. Rowohlt, Reinbek 1977.
2. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Bundestagsdrucksache 11/6380, Bonn 1990.
3. Himmelstein, D. U., und Woolhandler, S.: N. Eng. J. Med. 1984, **311**, 1511.
4. Schwabe, U., und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 1991. Gustav Fischer, Stuttgart und New York 1991.
5. Lien, M.: The Norwegian nutrition and food supply policy. Accomplishments and limitations of a structural approach. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P90-204, Berlin 1990. (Die mangelnde Effizienz der Cholesterin-Hypothese für eine individualmedizinische Präventionsstrategie erscheint in der Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, Berlin 1992.)
6. Rosenbrock, R.: Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe. In: Müller, R., und Schuntermann, M. F. (Hrsg.): Sozialpolitik als Gestaltungsaufdruck. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Bund Verlag Köln 1992, S. 151-173.
7. AMB 1991, **25**, 54.
8. Lipid Research Clinics Program. JAMA 1984, **25**, 351.
9. Brook, R. H., et al.: N. Eng. J. Med. 1983, **309**, 1426.
10. Zur Kontroverse über die Beurteilung dieser Studie vgl. von Troschke, J., Klaes, L., Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.): Erfolge gemeindebezogener Prävention. Ergebnisse aus der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Asgard Verlag, St. Augustin, 1991; und: In Herzensnot. Ein dubioser „Forschungsverbund“ hat für nutzlose Infarktvorsorge gut 100 Millionen Mark Steuergeld verpulvert. Der Spiegel 1992, **12**, 280.