

Depression ohne Antidepressiva behandeln – geht das?

Vortrag am 17.08.2023

Prof. Dr. Reinhard Maß
Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide
Klinikum Oberberg GmbH

Depression ohne Antidepressiva
behandeln – geht das?

Ja.

Sehr gut sogar.

Mehr noch: Die Behandlung von
Depression geht ohne
Antidepressiva besser als mit.

Symptome einer Depression (nach ICD-10):

- **gedrückte Stimmung**
- **Interessenverlust, Freudlosigkeit**
- **Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit**
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektive
- Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

(mindestens zwei Wochen lang)

Depression in Zahlen

- Weltweit erkrankt jeder Zehnte an Depression, schätzte die Weltgesundheitsorganisation WHO im Frühjahr 2016.
- Depression ist die drittwichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland.
- Schätzungsweise 15 % der Patientinnen und Patienten mit schweren depressiven Störungen versterben durch Suizid.
- Insgesamt gehen 40 % bis 70 % aller Selbstmorde auf eine Depression zurück.
- 15.4 % aller Frauen und 7.8 % aller Männer erkranken irgendwann in ihrem Leben an einer Depression.
- Die Häufigkeit von Depressionen scheint gleich zu bleiben.

Quellen: Friedrichs & Padberg (2016); GEDA, Robert Koch-Institut (2009); Nübel et al. (2019); statista.com (2022)

Biomedizinisches und psychosoziales
Krankheitsverständnis – zwei
grundsätzlich unterschiedliche
Perspektiven

Biomedizinisches Krankheitsverständnis

Die Krankheit betrifft eine einzelne Person.

Es gab einen Ausgangszustand (z.B. Gesundheit), der durch einen schädlichen Einfluss (z.B. Infektionen, Tumore, Vergiftungen, Frakturen) gestört wurde, so dass eine Krankheit entstand.

Die Behandlung erfolgt mit biomedizinischen Methoden (z.B. Medikamente, chirurgische Eingriffe).

Ziel der biomedizinischen Behandlung ist, den Ausgangszustand soweit wie möglich wiederherzustellen, indem die Ursache der Störung behoben oder deren Folgen gemindert werden.

Psychosoziales Krankheitsverständnis

Eine Einzelperson trägt die Krankheitssymptome, die Ursachen können aber auch andere Personen betreffen (Partnerschaft, Familie, Arbeitsumfeld).

Die Erkrankung wird als Folge von äußeren (sozialen) oder inneren (psychologischen) Lebensbedingungen betrachtet.

Die Behandlung erfolgt mit psychosozialen Methoden (z.B. Psychotherapie).

Psychotherapie ist zunächst ergebnisoffen. Es sind die Patient*innen, die das Ziel festlegen. Am Anfang der Behandlung ist das Ziel meistens noch nicht klar.

Es soll nicht der Ausgangszustand wiederhergestellt werden, vielmehr sollen die inneren oder äußeren Lebensbedingungen so verändert werden, dass das Leiden aufhören kann.

Ist Depression ein biomedizinisches
oder ein psychosoziales Problem?

Anders formuliert:

Ist Depression eine seelische
Störung oder eine körperliche
Erkrankung*?

*GlaxoSmithKline, Hersteller des Antidepressivums Paroxetin, bezeichnete im Jahr 2000 Depression als „Schnupfen der Seele“.

Depression als biomedizinisches Problem

In diesem Sinne wird oft der Begriff „endogene Depression“ verwendet.

Behauptung 1: Depression hat genetische Ursachen.

Behauptung 2: Depression ist eine Hirnstoffwechselstörung, die Folge eines Mangels an Serotonin oder Noradrenalin*.

*Serotonin und Noradrenalin gehören zu den Neurotransmittern; das sind Substanzen, mit denen die Nervenzellen Signale austauschen.

Fakten zu den genetischen Ursachen von Depression

- Trotz intensiver, jahrzehntelanger Suche wurde kein Beleg für eine genetische Ursache von Depression gefunden.
- Es gibt keinen „Biomarker“, mit dem man eine Depression im Labortest nachweisen kann.
- Familiäre Häufungen depressiver Erkrankungen lassen sich viel einfacher psychosozial erklären.

Fakten zur „Serotoninhypothese“ der Depression

- Die „Serotoninhypothese“ stammt aus den 1960er Jahren.
- Es ist seit Jahrzehnten wissenschaftlich widerlegt, dass Depression durch Serotonin- oder Noradrenalinmangel verursacht wird.
- Die pharmazeutische Industrie braucht diese „Serotoninhypothese“, da fast alle Antidepressiva die Serotoninkonzentration im Gehirn erhöhen sollen.
- Es ist ein großer Marketingerfolg, dass die nachweislich unhaltbare „Serotoninhypothese“ sich bis heute hartnäckig hält.

Psychosoziales Erklärungsmodell für Depression

Jeder Mensch lebt in einer komplexen **Lebenssituation**, die aus verschiedenen Bereichen besteht:

- Partnerschaft, körperliche Gesundheit, Arbeitssituation, finanzielle Lage, Wohnsituation, Freundeskreis, Freizeit

Jeder Mensch hat **Eigenschaften und Grundhaltungen**, zum Beispiel:

- Selbstbild, Wahrnehmung anderer Menschen, Erwartungen an die Zukunft, innerer Dialog, Zeitperspektive, Denkfehler

Es gibt immer wieder besondere **Ereignisse**, die das Leben verändern, manche geplant, manche ungeplant, zum Beispiel:

- Umzug, Heirat, Kinder bekommen, Mobbing, Kündigung, Berentung, Unfall, Trennung, neuer Arbeitsplatz

Waagschalenmodell

Aus diesen äußeren und inneren Bedingungen ergeben sich im alltäglichen Leben eine Fülle von Erfahrungen, die positiv oder negativ sein können.

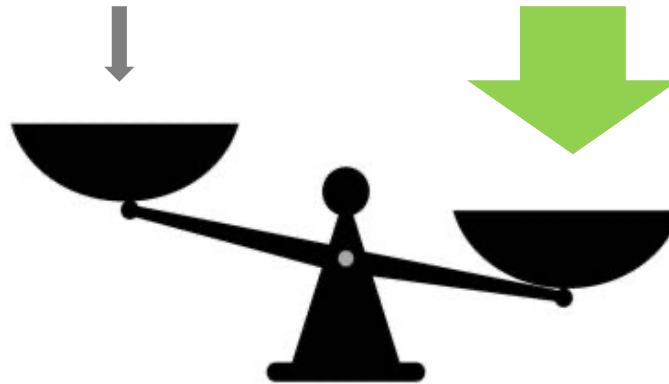
Normalerweise gleichen sich die positiven und negativen Erfahrungen aus.

Negative Erfahrungen in einem Bereich können durch positive Erfahrungen in einem anderen Bereich ausgeglichen werden.



In besonders glücklichen Lebensphasen machen wir sehr viele positive und sehr wenige negative Erfahrungen. Das wünschen wir uns alle ...

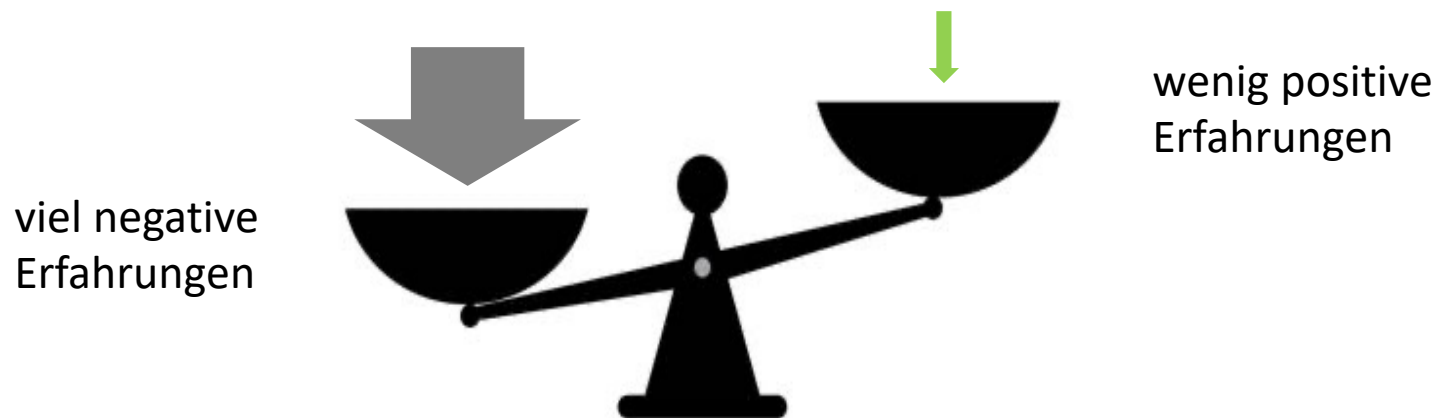
wenig negative
Erfahrungen



viel positive
Erfahrungen

Es gibt Lebenssituationen, in denen negative Erfahrungen überwiegen. Das macht nicht gleich depressiv. Solche Phasen gehören auch zum Leben dazu. Meistens ist es möglich, etwas dagegen zu machen.

Wenn jedoch eine solche Lebenssituation zu lange anhält, z.B. Monate, steigt das Risiko, eine Depression zu entwickeln.



Praktisch immer kommen bei der Entwicklung einer Depression mehrere Bedingungen zusammen, häufig handelt es sich um eine Kombination aus sozialen und innerpsychischen Faktoren.

Risikokonstellation für die Entstehung einer Depression. Beispiel 1: Mann, 45 Jahre

- Der Mann hat ein negatives Selbstwertkonzept (innere Grundüberzeugung: „Ich bin ein wertloser Taugenichts“), das er ständig durch beruflichen Erfolg ausgleichen muss (= negative Leistungsorientierung).
- Solange er erfolgreich ist, geht es ihm gut. Man sieht ihm nicht an, dass er sich im Grunde für wertlos hält. Er weiß es meistens selbst nicht. Solche Menschen arbeiten oft sehr viel, gehen über ihre Grenzen.
- Wenn dieser Mann nicht mehr genug leisten kann oder seine Leistung nicht anerkannt wird (Erschöpfung, Krankheit, Stellenverlust, kritischer Chef), wird es schwierig. Dauert der Zustand zu lange, wird er depressiv.

Risikokonstellation für die Entstehung einer Depression. Beispiel 2: Frau, 18 Jahre

- Die Frau lebt noch bei den Eltern. Sie ist insgeheim überzeugt davon, dass sie für das Befinden ihrer Eltern und für den Zusammenhalt der Familie verantwortlich ist.
- Solange sie Kind ist, lebt sie in der Familie und kann diese Aufgabe gut erfüllen. Zwar leidet sie unter der Last dieser Verantwortung und ist damit überfordert, aber das bleibt meistens unentdeckt.
- Wenn diese Frau jedoch heranwächst und zunehmend das Bedürfnis entwickelt, ein autonomes Leben zu führen (Ausbildung, Arbeit, Partnerschaft, Wohnung), so kommt es zu einem wachsenden inneren Widerspruch.
- Wenn sie die Verantwortung, die sie für ihre Eltern übernommen hat, nicht zurückgibt, ist ihre Autonomie blockiert (Abbruch einer Ausbildung, Rückkehr ins Elternhaus). Es kommt zur Depression.

Risikokonstellation für die Entstehung einer Depression. Beispiel 3: Frau, 38 Jahre

- Die Frau ist verheiratet, hat zwei pubertierende Kinder und arbeitet halbtags in einem Büro.
- Ihr Chef ist sehr fordernd, gibt ihr ständig zusätzliche Aufgaben. Ihr Mann hält sich zu Hause gern aus allen wichtigen Fragen (Erziehung, Haushalt) heraus. Es ist dieser Frau auch recht, wenn sie sich um alles selbst kümmert.
- Die Frau hat die Grundüberzeugungen „Es ist nicht wichtig, wie es mir geht“, „Ich muss dafür sorgen, dass alles immer perfekt läuft“, „Ich darf nicht wütend sein; wenn ich meine Wut zeige, werde ich fallen gelassen“.
- Sie wird wahrscheinlich lange Zeit gut „funktionieren“, Haushalt und Arbeit im Griff haben. Hinter ihrer Tüchtigkeit sammelt sie aber Überforderung und unterdrückten Ärger an. Irgendwann ist es zu viel, sie wird depressiv.

Grundüberzeugungen

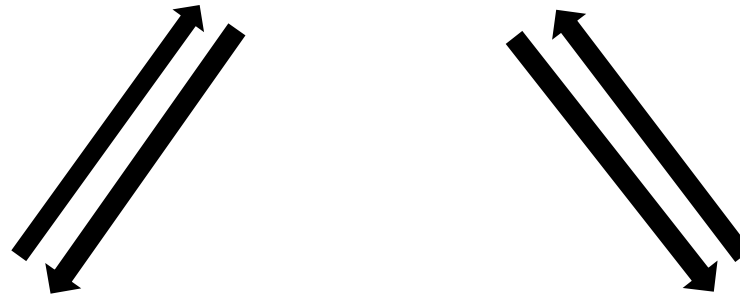
- beziehen sich auf die eigene Person, auf andere Menschen, auf die Welt und das Leben insgesamt
- entstehen früh im Leben (meistens in der Herkunftsfamilie) durch prägende Erfahrungen
- meistens nicht bewusst
- entscheidend für die Art, wie soziale Beziehungen gestaltet werden
- können nützlich oder schädlich sein
- Schädliche Grundüberzeugungen können – wenn man sich damit auseinandersetzt – korrigiert werden!

Beispiele für schädliche Grundüberzeugungen

- „Wenn ich mich nicht um meine Mutter kümmere, leidet sie; ich bin dafür verantwortlich, dass es ihr gut geht.“
- „Männer sind unberechenbar und gefährlich; wenn ich mich auf einen Mann einlasse, habe ich keine Kontrolle mehr über mich.“
- „Wenn ich in einer Partnerschaft bin, darf ich keinen eigenen Lebensbereich mehr haben.“
- „Ärger oder Wut sind schlecht, sie führen zu Gewalt und Leid; ich darf diese Gefühle nicht haben.“
- „Es ist egoistisch und schlecht, wenn ich mich für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse einsetze.“

Gefühle

(Freude, Trauer, Ärger, Hoffnungslosigkeit, Bedrücktheit etc.)



Denken

(bewusste Gedanken,
Grundüberzeugungen)

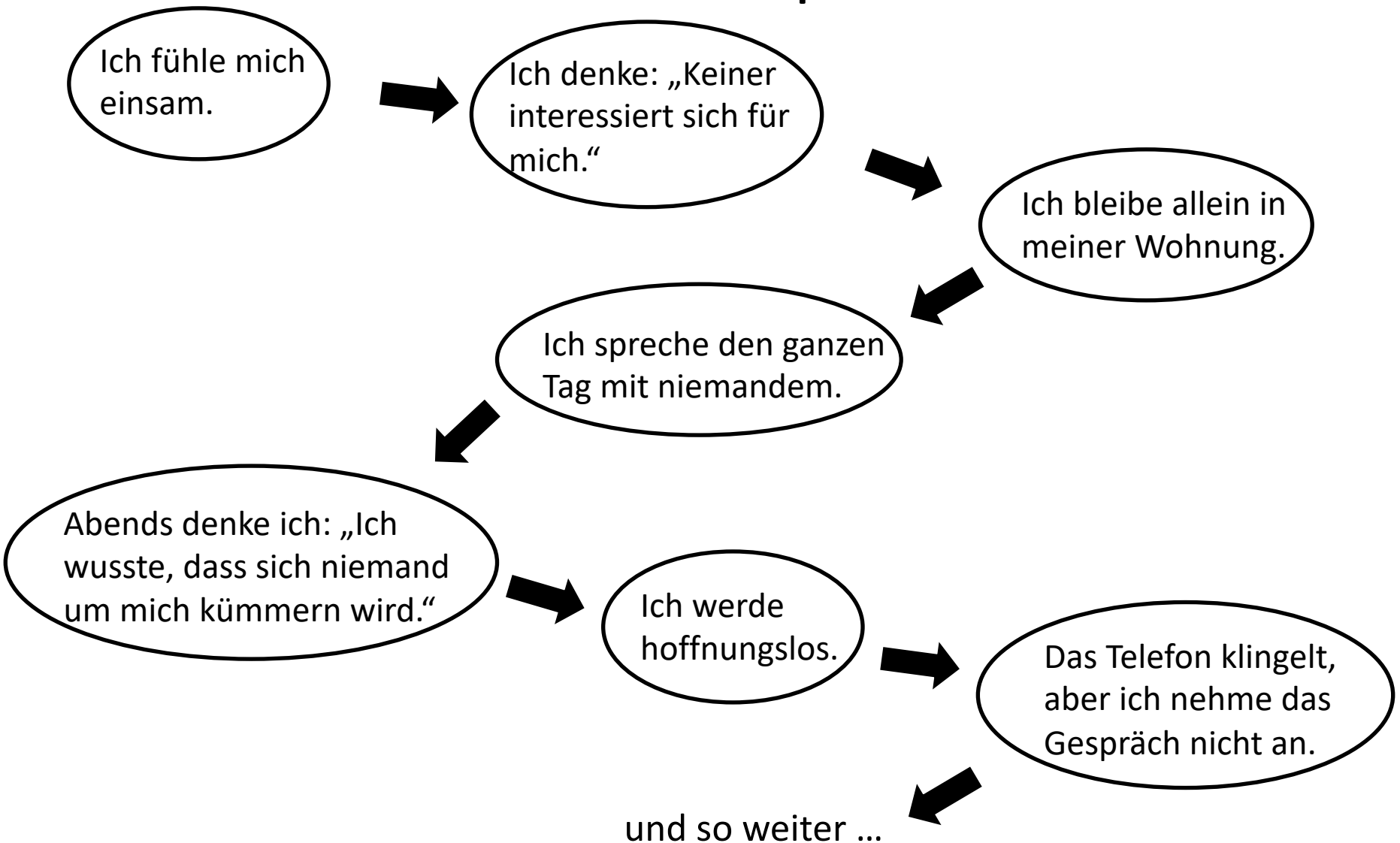


Verhalten

(alles, was man tut, aber auch
alles, was man nicht tut)

Alle drei Lebensbereiche beeinflussen sich gegenseitig!

Abwärtsspirale der Depression – Ein Beispiel:



Übung: „Was kann man tun, damit man sich so richtig *schlecht* fühlt?“

Stellen Sie sich vor, Sie würden es einen ganzen Tag lang darauf anlegen, sich in eine möglichst schlechte Stimmung zu bringen.

Wie könnten Sie das erreichen?

„Was kann man tun, damit man sich so richtig schlecht fühlt?“

- sich zurückziehen
- sich vernachlässigen
- traurige Musik hören
- an traurige Erlebnisse denken
- gar nicht erst aufstehen
- sich Vorwürfe machen
- stundenlang Grübeln
- den Haushalt vernachlässigen
- über eigene Misserfolge nachdenken
- nicht ans Telefon gehen
- traurige Filme ansehen
- mit niemandem sprechen
- sich eine finstere Zukunft ausmalen
- Dinge nicht erledigen
- zu wenig (oder zu viel) essen
- den ganzen Tag passiv bleiben
- sich körperlich gehen lassen

Typische Verhaltensweisen und Denkmuster depressiver Menschen:

- sich zurückziehen
- sich vernachlässigen
- traurige Musik hören
- an traurige Erlebnisse denken
- gar nicht erst aufstehen
- sich Vorwürfe machen
- stundenlang Grübeln
- den Haushalt vernachlässigen
- über eigene Misserfolge nachdenken
- nicht ans Telefon gehen
- traurige Filme ansehen
- mit niemandem sprechen
- sich eine finstere Zukunft ausmalen
- Dinge nicht erledigen
- zu wenig (oder zu viel) essen
- den ganzen Tag passiv bleiben
- sich körperlich gehen lassen

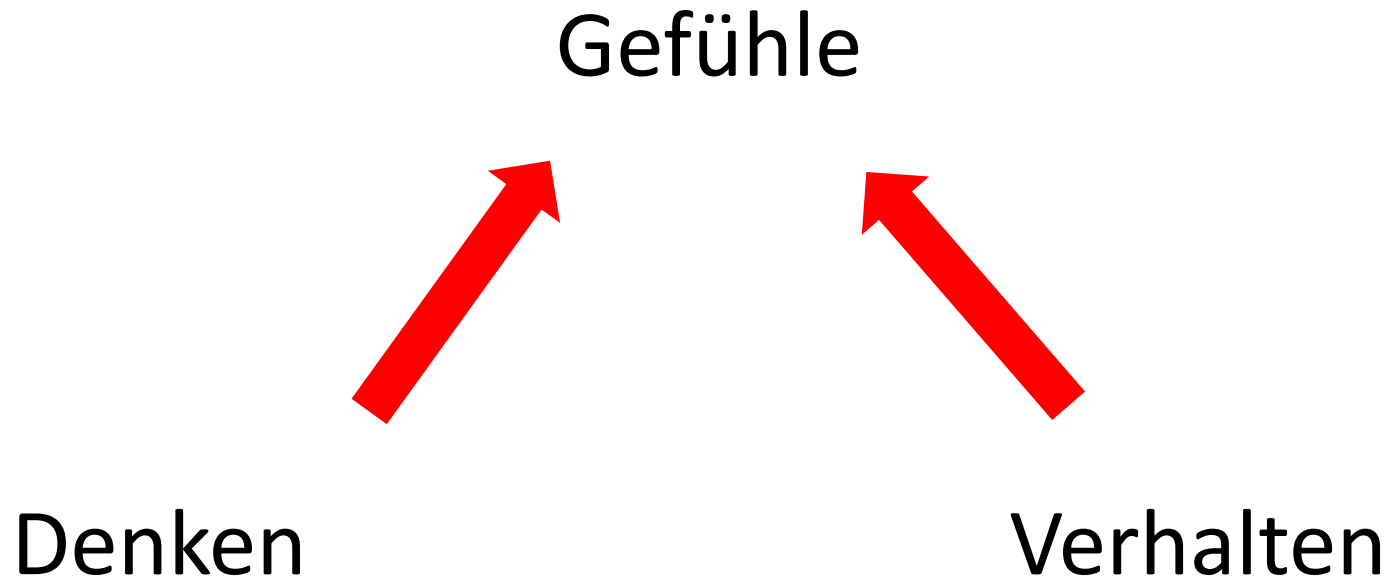
Fazit: Depressive Menschen verhalten sich so, *als ob* sie ihre Depression beibehalten oder verschlimmern wollen.

Das will natürlich niemand wirklich.

Die Übung macht deutlich, wie sehr depressive Menschen in der Abwärtsspirale gefangen sind.

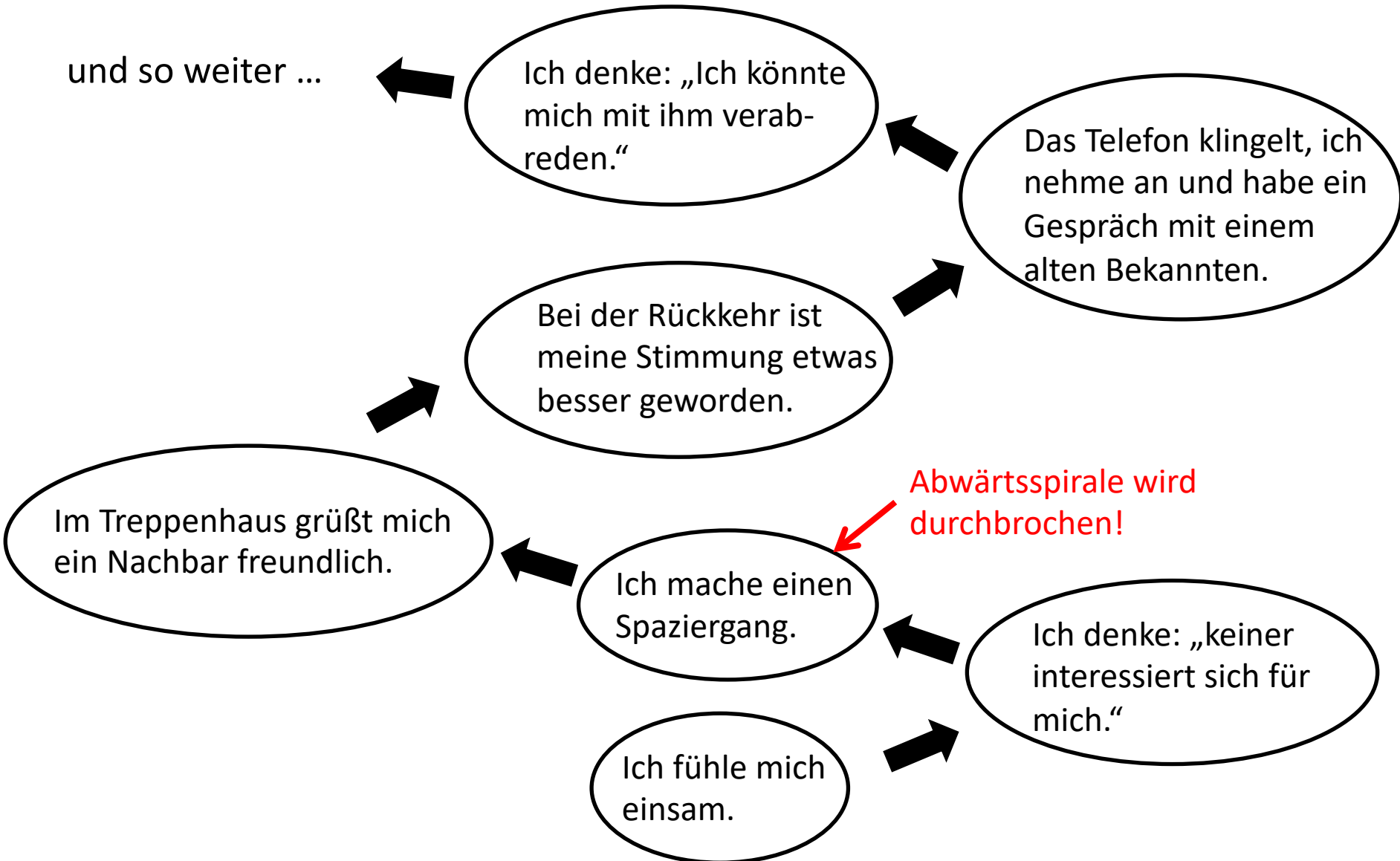
Genau hier ergeben sich Ansatzpunkte für Psychotherapie.

Gefühle, Denken, Verhalten



- Gefühle können nicht direkt verändert werden.
- ABER: Das Denken und das Verhalten beeinflussen die Gefühle.
- Daher können die Gefühle indirekt beeinflusst werden, indem das Denken bzw. das Verhalten geändert werden.

Aufwärtsspirale der Depression – Ein Beispiel:



Einige Informationen über Antidepressiva

- Die Wirkung von Antidepressiva liegt nur knapp über der Wirkung von Placebos.
- Mehr noch: Aufgrund massiver methodischer Fehler bei den meisten Studien kann man davon ausgehen, dass die antidepressive Wirkung von Antidepressiva vollständig mit dem Placebo-Effekt zu erklären ist.
- Die positive Wirkung der Antidepressiva ist kurzfristig und klingt nach dem Absetzen ab. Das führt dazu, dass sie oft jahre- oder jahrzehntelang eingenommen werden.
- Langzeitstudien zeigen, dass die Prognose von Depression sich durch die Einnahme von Antidepressiva verschlechtert.

Antidepressiva sind keine „harmlosen Placebos“!

- einige Antidepressiva machen müde (in der Marketingsprache der Pharmafirmen: „... wirken sedierend bzw. schlafanstoßend“)
- andere Antidepressiva putschen auf bzw. machen unruhig („... wirken antriebssteigernd“)
- die meisten Antidepressiva lassen die Gefühle abstumpfen („... wirken affektdistanzierend“)
- beim Absetzen kommt es zu Entzugssymptomen („... treten Absetzeffekte auf“)
- Antidepressiva haben viele Nebenwirkungen, z.B. sexuelle Funktionsstörungen, Gewichtszunahme, Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Übelkeit und vieles mehr

Aktuelle Studien über die Wirkung von Psychotherapie und Antidepressiva bei Depression

Meta-Analyse von Cuijpers et al. (2023)

- 409 Studien mit insgesamt 52.702 depressiven Patient*innen
- Vergleich von drei Behandlungsformen:
 - Pharmakotherapie allein
 - Verhaltenstherapie allein
 - Kombination von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie
- Ergebnis: »Die kombinierte Behandlung war sowohl auf kurze als auch auf lange Sicht effektiver als nur die Pharmakotherapie allein. Allerdings war sie zu keinem Zeitpunkt wirksamer als alleinige Verhaltenstherapie.«*

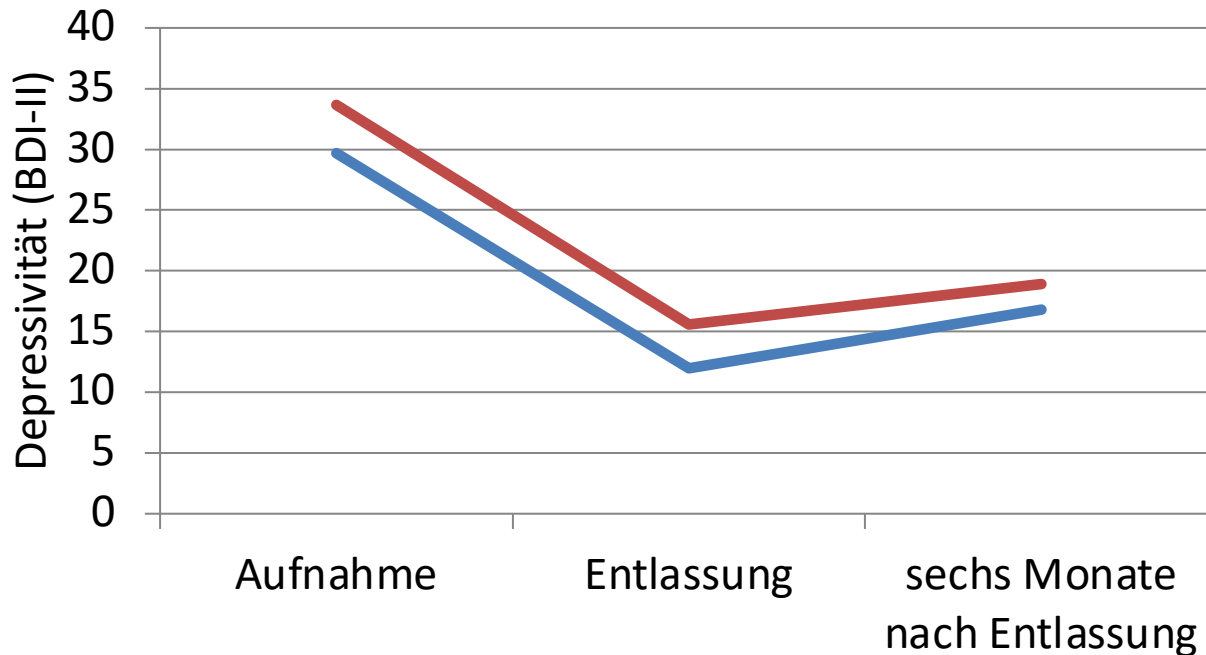
Anders gesagt: Psychotherapie ist langfristig wirksam; die Ergänzung von Psychotherapie mit Antidepressiva bringt – außer Nebenwirkungen – gar nichts!

Langzeitstudie am ZSG Marienheide

Verlauf der Depression, wenn ein Antidepressivum *angeordnet* wird.

279 Patient*innen nahmen zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Antidepressiva ein. Bei 226 Patient*innen blieb das so, bei 53 Patient*innen wurde von uns ein Antidepressivum neu verordnet.

- kein Antidepressivum (N = 226)
- Antidepressivum neu angeordnet (N = 53)

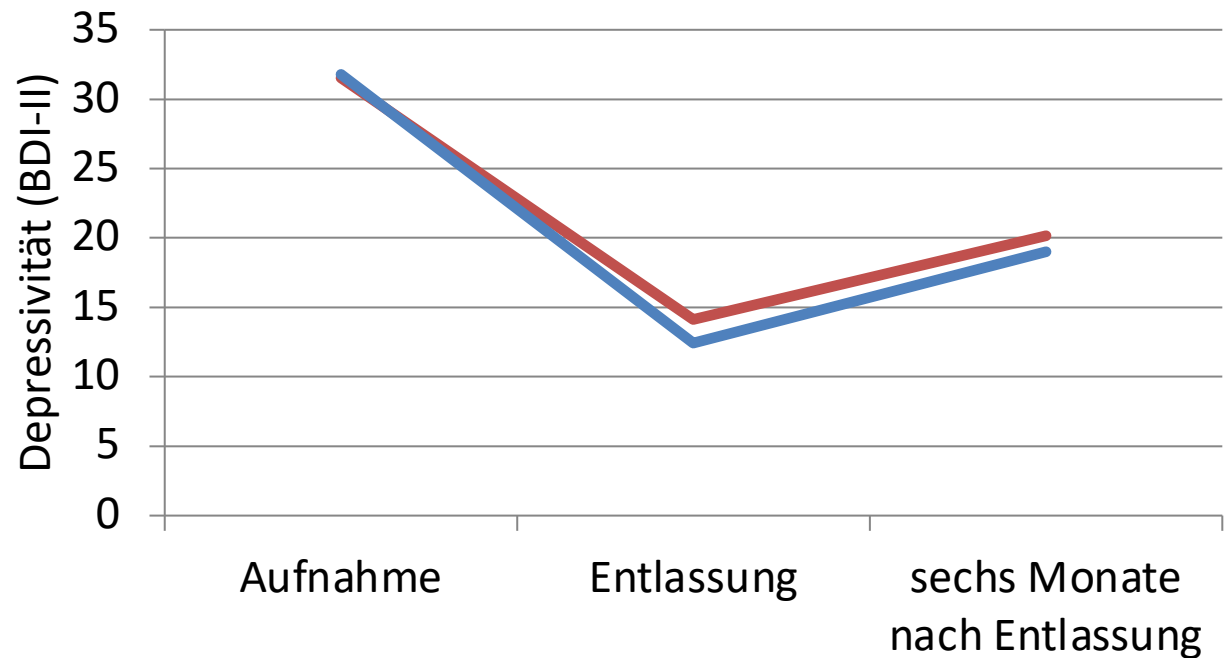


BDI-II
≥29 Punkte = schwer
20-28 Punkte = mittelgradig
13-19 Punkte = leicht
≤12 Punkte = keine Depression

Verlauf der Depression, wenn ein Antidepressivum *abgesetzt* wird.

185 Patient*innen nahmen zum Zeitpunkt der Aufnahme Antidepressiva ein. Bei 84 Patient*innen wurde diese Medikation beibehalten, bei 101 Patient*innen wurde das Antidepressivum abgesetzt.

— Antidepressivum beibehalten (N = 84)
— Antidepressivum abgesetzt (N = 101)



BDI-II
≥29 Punkte = schwer
20-28 Punkte = mittelgradig
13-19 Punkte = leicht
≤12 Punkte = keine Depression

Erste Publikation aus der Langzeitstudie

Comprehensive Psychiatry 94 (2019) 152124

Contents lists available at ScienceDirect

Comprehensive Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/comppsy



ELSEVIER



Inpatient treatment decreases depression but antidepressants may not contribute. A prospective quasi-experimental study☆☆☆

Reinhard Maß*, Kerstin Backhaus, Dietmar Hestermann, Claudia Balzer, Michael Szeliés

Center for Mental Health Marienheide, Germany

ARTICLE INFO

Available online xxxx

Keywords:

Inpatient treatment
Psychotherapy
Antidepressants
6-month follow-up
Control group

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is the evaluation of psychiatric-psychotherapeutic inpatient treatment utilizing a naturalistic design.

Methods: In a sample of 574 consecutively admitted patients, depression (64.5%), personality disorders (19.5%), schizophrenia (4.2%), bipolar disorder (3.3%), obsessive-compulsive disorder (2.3%) or other mental disorders (6.4%) were diagnosed. All patients were treated with psychotherapy, most with antidepressants. Depression was measured using the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). 180 patients formed a waiting list control group. The regularly discharged patients ($N = 489$) were asked to participate in a six-month follow-up, with 62.6% taking part.

Results: From the time of admission to discharge, there was a strong decline in depression (31.5 vs. 13.2 points on the BDI-II), as well as from admission to follow-up (31.2 vs. 18.3 points). In the control group, there was a weak symptom decline (34.6 vs. 32.1 points) until admission, which was independent of the waiting period duration. For the success of treatment, it did not matter whether the patients received antidepressants. In the follow-up, 81.0% of patients retrospectively considered psychotherapy to be important for treatment outcome, only 2.3% considered medications to be important.

Conclusions: Psychiatric inpatient treatment reduces depression significantly at discharge and follow-up; the decrease in depression is rather due to psychotherapy than to antidepressants.

© 2019 The Author(s). Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

In 2016, there were 409 psychiatric departments in Germany with a total of approximately 56,000 inpatient treatment places [1]. Treatment is mostly multimodal and interdisciplinary. In addition to psycho- and pharmacotherapy – depending on the equipment available at the facility – ergotherapy and occupational therapy, milieu therapy, psychoeducation, sport activities, physiotherapy and many others are offered as adjuvant treatment processes.

Härter et al. [2] presented the results of a pilot project to evaluate the effects of inpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment in Germany on >3000 depressed patients. However, neither control groups nor follow-ups were included. The treatment approaches among the participating hospitals differed considerably, making it

difficult to compare the groups. They found high rates of short-term effect sizes for all approaches.

Beside psychopharmacotherapy, individual and group psychotherapy are key strategies in the inpatient treatment of acute mental disorders. Liebherz and Rabung [3] summarized 103 individual studies on the effectiveness of psychotherapeutic hospital treatment in German-speaking countries. At the time of discharge, they found effect sizes of 0.71 and follow-up effect sizes of 0.80. Follow-ups were performed in less than one-third of all the studies; the control groups were excluded.

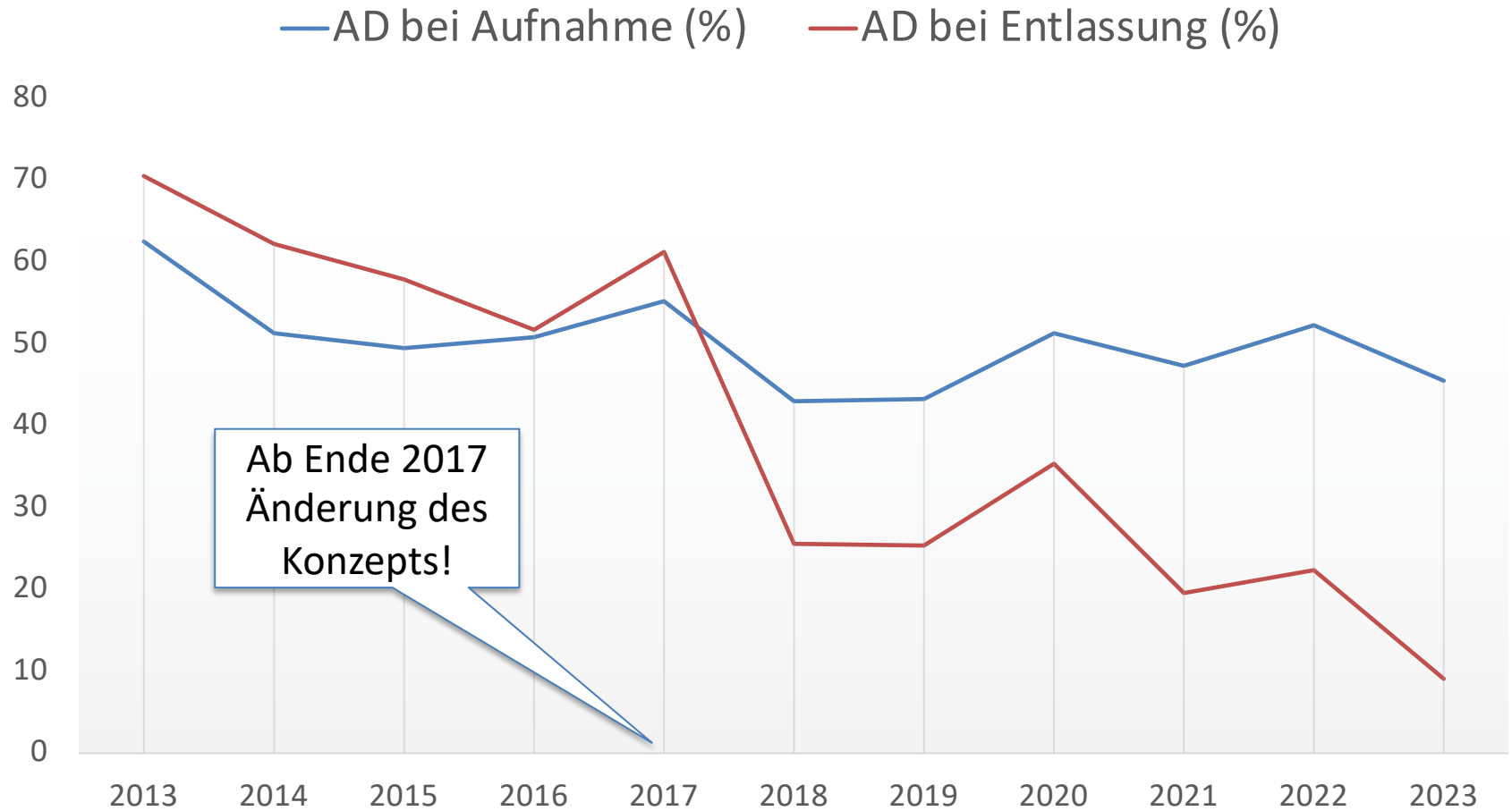
Zeck et al. [4] compared the outcomes of psychosomatic day patient and inpatient treatments. In this naturalistic study, 604 patients with unipolar depression, consecutively recorded from eight different clinics were included, over a period of 2.5 years. Furthermore, 1560 depressive patients were treated during this period and had been excluded for various reasons (for example, because of psychotic symptoms), which

Auswertung der zwischen Oktober 2012 und Dezember 2017 behandelten Fälle: $N = 574$

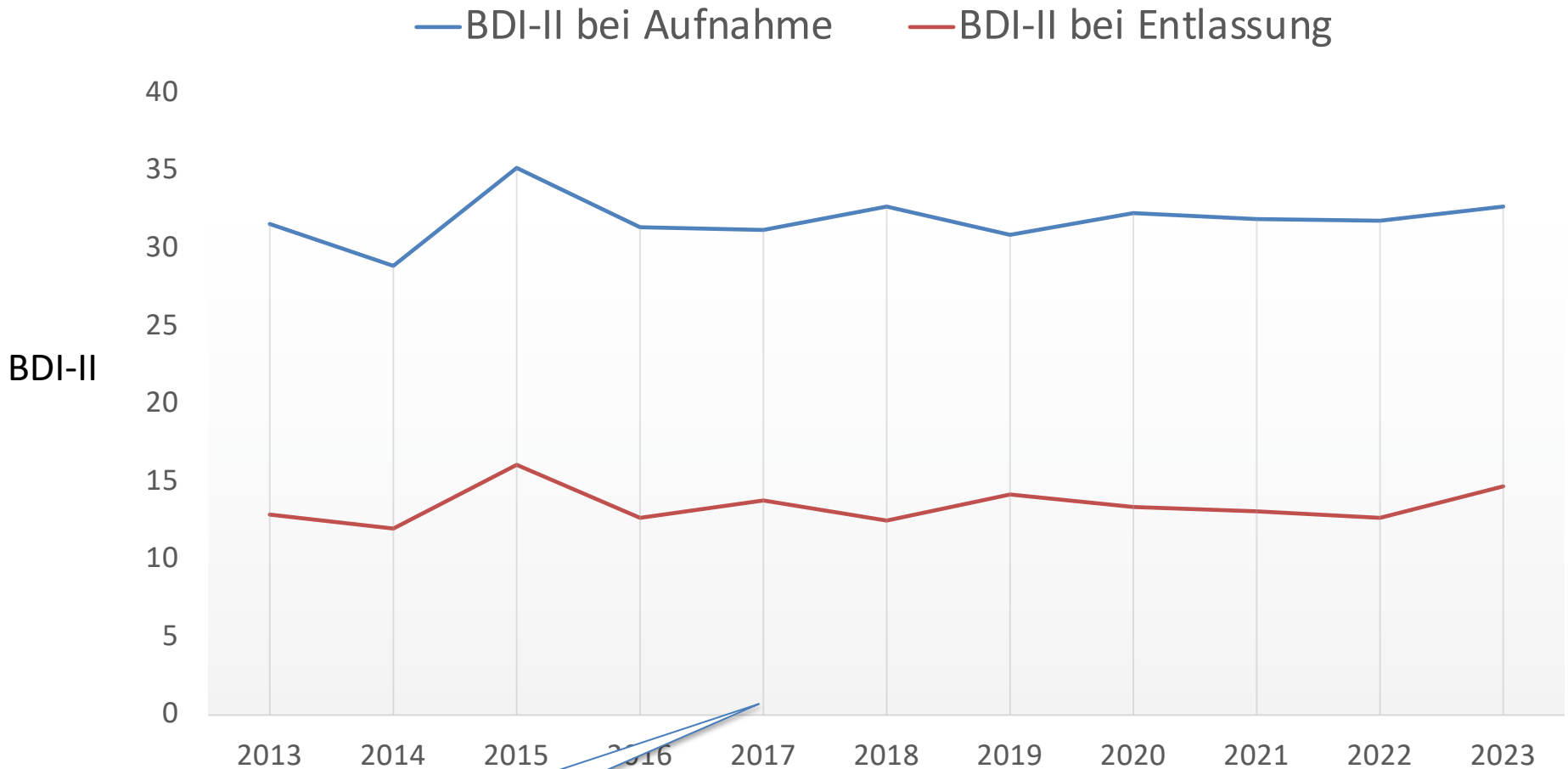
Publikation im US-amerikanischen Journal *Comprehensive Psychiatry* 2019

Diese Ergebnisse hatten Folgen für unser Behandlungskonzept.

Einsatz von Antidepressiva auf Station „Aaron T. Beck“



Einsatz von Antidepressiva auf Station „Aaron T. Beck“



Ab Ende 2017 keine Antidepressiva mehr.

BDI-II, Schweregrad der Depression
≥29 Punkte = schwer, 20-28 Punkte = mittelgradig
13-19 Punkte = leicht, ≤12 Punkte = keine Depression

Publikation in der Zeitschrift „Psychopharmacology“ 2023

Psychopharmacology
<https://doi.org/10.1007/s00213-023-06417-4>

ORIGINAL INVESTIGATION



No benefit of antidepressants in inpatient treatment of depression. A longitudinal, quasi-experimental field study

Reinhard Maß¹ · Kerstin Backhaus¹ · Katharina Lohrer¹ · Michael Szeliess¹ · Bodo K. Unkelbach¹

Received: 7 January 2023 / Accepted: 26 June 2023
© The Author(s) 2023

Abstract

Rationale Antidepressants (AD) are mostly considered indispensable for the treatment of major depression. The vast majority of depressive inpatients are treated with AD. However, there is a growing body of studies indicating that the effectiveness of AD is greatly overestimated due to methodological issues with the AD efficacy studies (e.g., publication bias, unintentional unblinding, confusion between withdrawal symptoms and relapse).

Objectives The benefit of the additional use of AD in the inpatient treatment of depression with intensive cognitive-behavioral therapy (CBT) has been investigated in a naturalistic design.

Methods Depressiveness was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI-II) during a preliminary interview (T0), at admission (T1), at discharge (T2), and at a 6-month follow-up (T3). Two study phases were compared: During Phase A, AD were recommended in accordance with the German guideline. In Phase B, AD were no longer recommended, and they were only prescribed upon explicit request from patients. In phase A ($N=574$), 60.3% of all patients were taking AD at discharge. In Phase B ($N=424$), 27.9% of patients were on AD at discharge. Apart from the difference in AD usage, the two treatment conditions were similar, and the samples did not significantly differ in terms of age, sex, diagnoses, history of suicide attempts, comorbid anxiety disorders, and unemployment.

Results In both study phases, BDI-II scores were strongly decreased at T2 and T3, respectively, compared with T1. The BDI-II scores of the two phases did not differ at any of the measurement time points. Depression changes were similar in both phases. In sequential multiple regression analyses with the total sample, AD were no significant predictors for the reduction of depression at either T2 or T3.

Conclusions The inpatient CBT was effective in depression. The effectiveness of CBT is not improved by the additional use of AD. The current prescribing practices of AD should be questioned.

Keywords Depression · Inpatient treatment · Antidepressants · Psychotherapy

Introduction

depressed inpatients (Härter et al. 2004), 93.5% took AD. The use of AD must be viewed critically not only because

Stichprobe: 998 Patient*innen in vollstationärer Psychotherapie

„Feldexperiment“: Vergleich von zwei Behandlungskonzepten

2012-2017: mit Antidepressiva;
2018-2021: ohne Antidepressiva

Der Behandlungserfolg war ohne Antidepressiva eher *größer* als mit Antidepressiva, obwohl die Behandlungsdauer signifikant *kürzer* war (ca. 4½ Tage).

Da es keine Anhaltspunkte für die Gültigkeit biologischer Ursachen gibt, kann Depression allein mit dem psychosozialen Modell angemessen erklärt und behandelt werden.

Antidepressiva haben viele schädliche Nebenwirkungen.

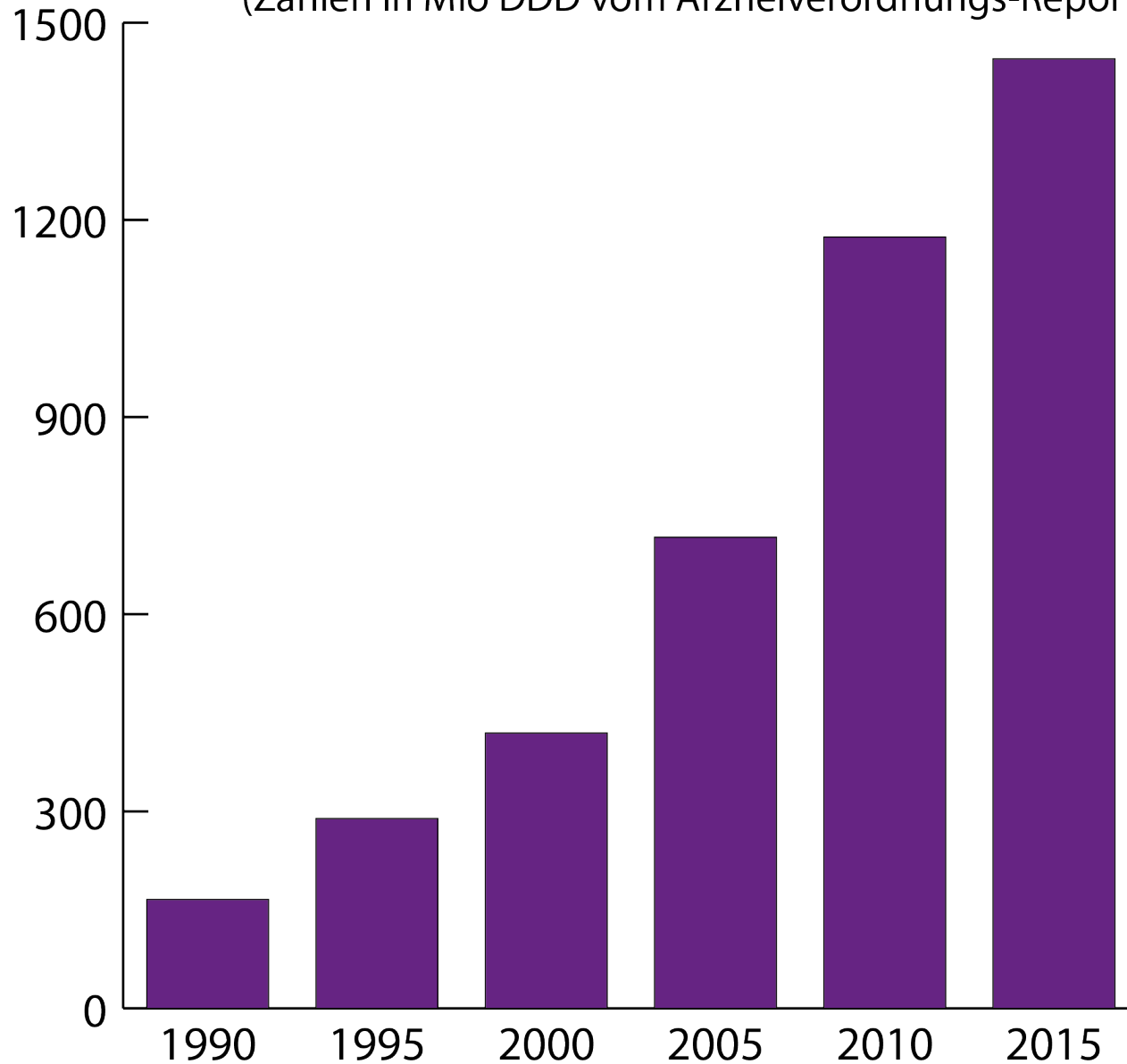
Die Wirksamkeit von Psychotherapie, vor allem von Verhaltenstherapie, wurde in vielen Studien gezeigt und kann als gesichert gelten. Es hat keinen Vorteil, Psychotherapie mit Antidepressiva zu ergänzen.

Dennoch passiert dieses ...



Anstieg der Antidepressiva-Verordnungen in der BRD

(Zahlen in Mio DDD vom Arzneiverordnungs-Report)



Warum werden trotzdem immer mehr Antidepressiva verordnet, statt z.B. die Wartezeiten für Psychotherapie durch mehr Kassensitze zu verkürzen?

Einfluss der Pharmaindustrie

Ziele der Pharmaindustrie

- Die Pharmaindustrie gibt mehr Geld für Marketing aus als für Forschung und Entwicklung (Gagnon & Lexchin, 2009).
- Die Forschungstätigkeit der Pharmaindustrie dient seit Jahrzehnten primär nicht mehr dem Erkenntnisgewinn, sondern der Profitsteigerung.
- Pharmaforschung hat heute meistens das Ziel, bereits vorhandene Medikamente soweit zu verändern, dass die ursprüngliche Wirkung erhalten bleibt, aber ein neues Patent angemeldet werden kann (Shorter, 2021).
- Das Marketing hat das Ziel, den Absatz zu erhöhen, unabhängig vom Nutzen der verkauften Präparate.
- Um dieses Ziel zu erreichen, werden wissenschaftliche und gesundheitspolitische Kontrollinstanzen korrumpiert.

Systematischer Publikationsbetrug der Pharmaindustrie

- Seit den 1980er Jahren werden in den Pharmakonzernen die Entscheidungen über den Umgang mit den eigenen Forschungsergebnissen nicht von Wissenschaftler*innen, sondern von Marketingpersonal getroffen (Shorter, 2021).
- Es werden die Studien veröffentlicht, welche gewünschte Ergebnisse zeigen, die anderen Studien bleiben unter Verschluss (Melander et al., 2008).
- Wunschgemäße Ergebnisse werden zudem mehrfach publiziert, so dass es scheint, als handele sich um mehrere Studien.
- Darüber hinaus kommt es vor, dass nur die erwünschten Teilergebnisse einer Studie veröffentlicht werden, so dass ein positives Ergebnis vorgetäuscht wird (Kondro & Sibbald, 2004).

Interessenkonflikte bei der Formulierung der Leitlinie

Viele Mitglieder der Leitliniengruppe gaben in ihren Disclosures an, Geld oder geldwerte Leistungen von der Pharmaindustrie bekommen zu haben, u.a. für Beratertätigkeit, Studien oder Vorträge. Bei 11 Mitgliedern stellte die Leitliniengruppe selbst Interessenkonflikte fest, was aber *nicht* zum Ausschluss führte; in anderen Fällen wurden erhebliche Zuwendungen durch die Pharmaindustrie als unbedenklich eingestuft, wie z.B. bei Prof. Bauer oder Prof. Langhorst. Es handelt sich um Selbstbewertungen der Gruppe ...

Einige Beispiele:

- Prof. Dr. Dr. **Michael Bauer**, tätig für neuraxpharm, Sunovion, Takeda, Sandoz, Sumitomo Danipin, Allergan, Aristo, Lundbeck, Otsuka, Servier, Hexal, Janssen-Cilag, Sunovion, Lilly, Pfizer, Servier; Bewertung: kein Interessenkonflikt
- Prof. Dr. **Thomas Frodl**, tätig für Janssen-Cilag, Recordati; Bewertung: moderater Interessenkonflikt
- Prof. Dr. **Manfred Gerlach**, tätig für Aristo Pharma; Bewertung: moderater Interessenkonflikt
- Prof. Dr. **Jost Langhorst**, tätig für Sanofi, Ferring, Repha; Bewertung: kein Interessenkonflikt
- Prof. Dr. **Thomas Messer**, tätig für Otsuka, Lundbeck, Janssen-Cilag; Bewertung: moderater Interessenkonflikt

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das IQWiG wurde 2004 gegründet und soll unabhängig und evidenzbasiert den aktuellen medizinischen Wissensstand und den Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen bewerten. Es wird finanziert aus den Mitteln der GKV; die Leitung wird vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) bestellt.

2004 wurde Peter Sawicki mit der Leitung des IQWiG betraut. Sawicki ist ein hochqualifizierter, international renommierter Internist, u.a. Mitherausgeber des unabhängigen Arznei-Telegramms.

Erfolgreicher Druck der Pharma-Lobby, politische Erfüllungsgehilfen

Kritische Beurteilungen durch das IQWiG führten wiederholt zu Beschwerden der Pharmaindustrie bei Regierungsstellen. U.a. forderte Sawicki 2009 eine Veröffentlichungspflicht für klinische Studien durch die Pharmakonzerne.

2009 wurde seitens der CDU (namentlich durch Jens Spahn, damals gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion) eine pharmafreundlichere Neuausrichtung des IQWiG gefordert, da die kritischen Bewertungen Sawickis der **Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Pharmaindustrie** schade.

Obwohl Sawicki keine fachlichen Fehler nachgewiesen werden konnten, wurde sein Vertrag 2010 durch das BMG (Philipp Rösler) nicht verlängert. Die Begründung waren angebliche finanzielle Unregelmäßigkeiten, die jedoch nie bestätigt wurden – offensichtlich ging es um die persönliche Diskreditierung. Die Affäre fand internationale Aufmerksamkeit.

Zur Erinnerung: Auftrag des IQWiG ist die Bewertung des Nutzens und Schadens medizinischer Maßnahmen ...

Horst Seehofer, Bundesgesundheitsminister 1992-1998, in einem Interview in dem mehrfach ausgezeichneten Dokumentarfilm „Das Pharmakartell“ von Christian Esser und Astrid Randerath aus dem Jahr 2008 zum Scheitern der geplanten Einführung einer sog. „Arzneimittel-Positivliste“:

Astrid Randerath:

»Heißt das denn, dass die Lobby so wirklich stark war dann, die Pharmalobby, gegen die Politik, und Sie quasi dann zurückziehen mussten?«

Horst Seehofer:

»Ja. Das ist so, seit 30 Jahren, bis zur Stunde, dass sinnvolle strukturelle Veränderungen, auch im Sinne von mehr sozialer Marktwirtschaft im deutschen Gesundheitswesen nicht möglich sind wegen des Widerstands der Lobbyverbände. [...] Ich kann Ihnen nur beschreiben, dass es so ist und dass es so abläuft, und zwar sehr wirksam.«

Astrid Randerath:

»Aber es kann ja nicht sein, dass die, dass die Industrie stärker ist als die Politik, also letzten Endes muss es doch heißen, die Politik muss sagen: „Nein, so geht´s nicht.“«

Horst Seehofer:

»Ja, ich kann Ihnen nicht widersprechen.«

»Die Interessen der Konzerne haben sich mit der akademischen Medizin vereint, um eine ungesunde Allianz zu schaffen, die sich gegen eine objektive Berichterstattung klinischer Forschung richtet (Zensur), Treffen und Symposien mit dem spezifischen Ziel organisiert, die Teilnehmer an die Sponsoren zu verkaufen (Meinungsmanipulation), ihre verschwenderischen Experten in führende Positionen in Zeitschriften, medizinischen Vereinigungen und gemeinnützigen Forschungsorganisationen bringt (unter Verwendung der Public-Relations-Industrie) und angemessene Vergeltungsmaßnahmen gegen Abweichler ergreift (Dissidentenkulturen marginalisiert).« (Fava, 2016, S. 66; Übersetzung durch den Referenten).

Fazit

Ich kritisiere die Politik sowie die Psychiatrie und die Psychopharmakologie, die sich in eine fatale Abhängigkeit von der Pharmaindustrie begeben haben. Das betrifft den Großteil der führenden Köpfe (mit ein paar Ausnahmen). Shorter (2021) spricht von der »... Zerstörung der intellektuellen Autonomie des Feldes nach der Invasion der Pharmaindustrie.«

Als Konsequenz legt sich die Psychiatrie bei der Behandlung von Depression seit Jahrzehnten weitgehend auf Antidepressiva fest (siehe auch die aktuelle „Leitlinie unipolare Depression“ 2022).

Wenn übliche wissenschaftliche Maßstäbe bei Nutzen-Risiko-Bewertung von Antidepressiva angelegt werden würden, so müsste man diese Medikamentengruppe vom Markt nehmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

... noch Fragen?

E-Mail-Adresse: reinhard.mass@klinikum-oberberg.de