

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 6-7/87

Health Action International (D)

Oktober/November 1987

Bessere Therapie mit weniger Medikamenten Kongreß brachte ermutigende Ansätze

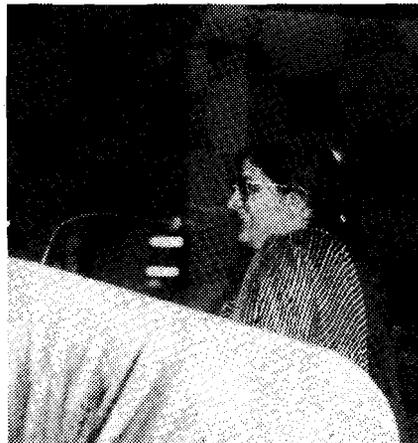
Sehr zur Zufriedenheit der meisten Teilnehmer verlief der von der BUKO Pharma-Kampagne veranstaltete Kongreß "Weniger Medikamente - Bessere Therapie. Von der Dritten Welt lernen?" vom 16.-18.10.87. Über 240 Ärzte, Apotheker, andere Beschäftigte im Gesundheitswesen, Verbraucher, Patienten, Mitarbeiter von Dritte Welt Gruppen und Vertreter der Pharmaindustrie trafen sich in Bielefeld, um angeregt und kontrovers über Wege zu einer rationalen Arzneimitteltherapie zu diskutieren. Teilnehmer aus 20 Ländern brachten ihr Wissen und ihre Erfahrungen ein.

Wichtigstes Ergebnis des Kongresses: Eine wissenschaftlich begründete Auswahl an Medikamenten ist therapeutisch sinnvoll, machbar und dient Patienten und Ärzten. Vorschläge für viele Bereiche wurden entwickelt und es entstanden spontan zwei Arbeitsgruppen, die sich um die Erstellung von Medikamentenlisten für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser bemühen wollen.

Eine freundliche und entspannte Atmosphäre herrschte in der Martin Niemöller Gesamtschule in Bielefeld. Die meisten Teilnehmer waren sehr pünktlich eingetroffen und schnell fand sich Gesprächsstoff. Überall standen kleine Grüppchen, die sich angeregt unterhielten. Einzig die Technik ließ auf sich warten. Anderthalb Stunden später als geplant ging es dann los.

Das gegenwärtige Chaos

Am Anfang gab es eine Bestandsaufnahme. Am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland versuchte Hermann Schulte-Sasse vom Bremer Institut für klinische Pharmakologie (und langjähriger Mitarbeiter der Pharma-Kampagne) das Ausmaß des Arzneimittelwarrwars in unserem Lande faßbar zu machen. Zieht man die von Apotheken und Drogerien produzierten Mittel, sowie homöopathische Präparate ab, so bleiben doch noch 47.000 industriell gefertigte Arzneimittel (einschließlich unterschiedlicher Darreichungsformen). Das ist entscheidend mehr als in anderen Industrieländern. Norwegen kommt z.B. mit weniger als 2000 Mitteln aus. Dieses Medikamentenchaos schadet nicht nur theoretisch den Patienten. Die auf gesetzlicher Grundlage etablierten 'Transparenzlisten' bewerteten in bislang zehn Anwendungsgebieten 47% aller



Dr. Mira Shiva

Medikamente mit der Klassifikation 'Wirksamkeit unsicher oder umstritten'. Daß auch der gutwillige Arzt da nicht mehr durchblickt belegen zahlreiche Untersuchungen. Je nach untersuchter Ärzte- bzw. Patientengruppe wurden zwischen 30 - 60% aller Verschreibungen als nicht mit einer rationalen Therapie vereinbar eingestuft.

Krasses Abbild?

Mira Shiva von der Voluntary Health Association of India berichtete anschließend über die Situation in ihrem Lande. Auffäl-

lig waren die vielen Parallelen zwischen Industrie- und Entwicklungsland. Oft sieht die Situation wie ein krasses Abbild unserer Probleme aus. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch bei den Folgen einer zu teuren Therapie. Während es bei uns in erster Linie um immer höhere Kassenbeiträge geht, bedeutet in Indien eine falsche oder zu teure Verschreibung oft genug den Unterschied zwischen Leben und Tod. Gleichzeitig durchdringen 'westliche' Medikamente das Land viel schneller als das dazugehörige 'westliche' medizinische Wissen. Fehlinformation, unsinnig erweiterte Anwendungsgebiete, das Verschweigen von Risiken und der Verkauf von anderen Medikamenten als in den Herstellerländern tragen ein übriges zu einer irrationalen Medikamententherapie bei.

Weniger ist besser

Charles Medawar griff das Motto des Kongresses auf und bezeichnete den Slogan 'Weniger Medikamente - Bessere Therapie' als Gegengift gegen den Aberglauben mehr Medikamente bedeutete bessere Gesundheit. Schon der Gegensatz von 60.000 Medikamenten in Indien und 2.000 in Norwegen sprechen eine deutliche Sprache. Medawar machte deutlich, daß die gesamte Struktur des Pharmamarktes veränderungsbedürftig ist. Eine Begrenzung der Zahl der Arzneimittel wirkt sich auch auf das Verschreibungsverhalten aus. Der Arzt kennt die Medikamente besser, die er einsetzt und er

In dieser Ausgabe:

- * Kongreßbericht
- * Workshopergebnisse
- * Redebeitrag zum Kongreß
Dr. Balasubramaniam
- * Buchbesprechung
- * Reaktionen von Hoechst
- * Schraube locker?
- * u.a.

kann Risiken besser erkennen. Auch die heilige Kuh der Forschung müsse geschlachtet werden, 'Verbraucher sind nur an wirklichem medizinischen Fortschritt interessiert, alles andere muß gestoppt werden.' Charles Medawar meinte, solche sinnvolle Forschung und nur solche wären Verbraucher auch bereit zu honorieren.

Positive Erfahrungen

Anwalt Burkhard Sträter setzte juristische Eckpunkte für die Diskussion. Wenn eine rationale Therapie gewünscht sei, wäre das auch rechtlich durchsetzbar.



Der 67jährige George Grant war sicher der Publikumsliebbling des Tages. Auf charmante Art brachte er seine Erfahrungen mit Standardtherapielisten für niedergelassene Ärzte ans Publikum. Ein dreiköpfiges Team von praktischen Ärzten, die auch an der Universität lehren, haben in Zusammenarbeit mit 20 weiteren Kollegen in dreijähriger Arbeit eine Liste von 150 Medikamenten entwickelt, die für 90% aller Fälle, in denen Patienten medikamentöse Behandlung brauchen, ausreicht. Hier sind auch die Erfahrungen eines Teammitglieds eingeflossen, der auf Papua Neuguinea gute Erfahrungen mit einer dort vielbenutzten Standardbehandlungsliste gemacht hatte. Im Anschluß an seinen Vortrag war er von Teilnehmern umringt und nicht weniger als 90 Exemplare seiner Modelliste wurden geordert.

Joe Collier vom St. George's Hospital an der Universität London ergänzte Grants Erfahrungen um ähnliche Listen aus dem Krankenhausbereich. Hier, im stationären Bereich sind solche Listen viel stärker verbreitet und haben vielerorts deutlichen Einfluß auf die Therapie.

Gerd Glaeske vom pharmakologischen Beratungsdienst der AOK Mettmann versuchte Licht in das Listenwirrwarr der Bundesrepublik zu bringen. Obwohl es hier mehrere vielversprechende Ansätze gibt, sind einige Listen von geringerem Wert, andere kaum zugänglich. So werden die 'Trans-

parenzlisten' im Bundesanzeiger veröffentlicht, wohl kaum die tägliche Lektüre eines Arztes oder Patienten. Mittel zur Verbreitung der Listen will der Bundesfinanzminister nicht aufbringen. Alles bisher vorhandene kann jedoch nicht als ausreichend angesehen werden, da eine übersichtliche positive Auswahl nicht stattfindet. So bleibt die Forderung nach einer 'Positivliste', die klare Leitlinien für die richtige Therapie bietet, ein wichtiger Teil einer rationalen Arzneimittelpolitik.

Dr. Gadeholt von der Universität Oslo zeigte, daß schon bei der Zulassung der wichtigste Schritt zur vernünftigen Therapie gemacht werden kann. Norwegen läßt mit seiner 'need clause' nur Medikamente zu, für die ein medizinischer Bedarf besteht. Nur etwa 800 Wirkstoffe sind auf dem Markt. Und Gadeholt zeigte, daß das nicht zuwenig für eine gute Medikamententherapie ist, im Gegenteil es selbst bei dieser begrenzten Menge in einigen Bereichen durchaus noch irrationale oder überflüssige Arzneimittel gibt.

Zafrullah Chowdurhy vom Gonoshasthaya Kendra in Bangladesh zeigte am Beispiel seines Landes auf, wie eine integrierte Medikamentenpolitik auch unter schwierigen Bedingungen verwirklicht werden kann und mit welchen Widerständen gerechnet werden muß. Die Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln hat sich enorm verbessert, die lokale Produktion hat zugenommen und die Qualitätsprobleme sind geringer geworden.

Gemeinsam lernen

Einen halben Tag hatten die fünf Workshops Zeit, sich Gedanken über eine bessere Medikamententherapie aus ihrer eigenen Betroffenheit zu machen. Die Themen reichten vom Verbraucher bis zur Politikebene. Die Workshop-ergebnisse im einzelnen ab Seite 11

Verbraucherschutz

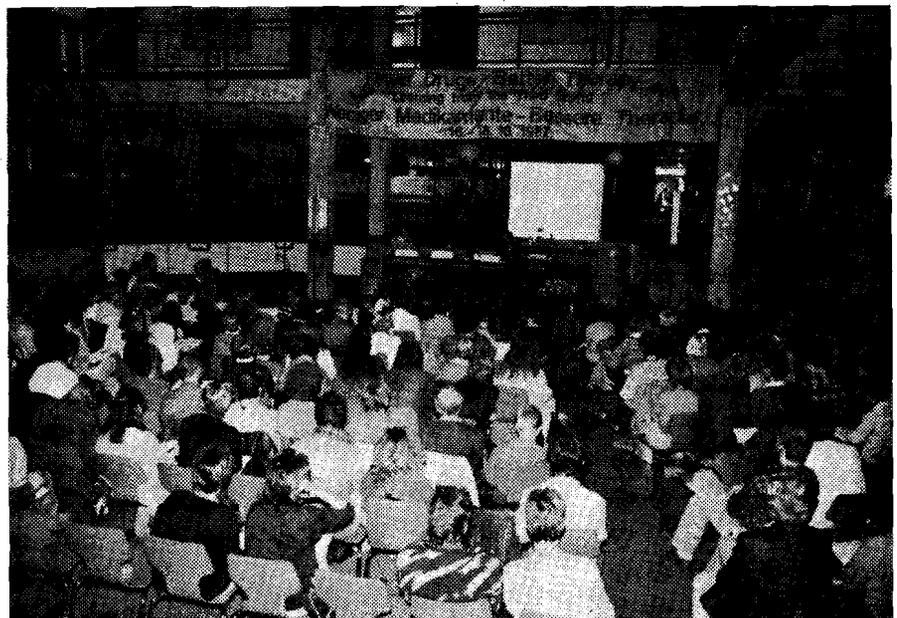
Der Verbraucherworkshop 'Vom armen Schlucker zum aktiven Patienten' war stark von der Diskussion über Verbraucherrechte geprägt. Der Schutz von Patienten vor der gegenwärtigen Arzneimittelflut stand im Vordergrund. Zur besseren Vertretung bei Arzneimittelschäden wurde ein "Bundesbeauftragter für den Patientenschutz" gefordert und eine Umkehr der Beweislast vom Opfer zum Hersteller.

Patienten, die Arzneimittel verschrieben bekommen, sollen vom Arzt immer über Nutzen, Risiken und über notwendige Verhaltensänderungen aufgeklärt werden. Dies sollte als Patientenrecht und Arztpflicht verankert werden.

Die Verbraucher fordern einen durchsichtigen und beschränkten Arzneimittelmarkt. Da jeder Patient Anspruch auf die beste Behandlung hat, sollten Medikamente nur noch zugelassen werden, wenn sie einen therapeutischen Fortschritt bieten. Auch eine Beteiligung der Patienten am gesamten Zulassungsverfahren und ein Ausschluß von Industrieinteressen wurde gefordert.

Hilflose Ärzte?

Die meisten niedergelassenen Ärzte fühlen sich dem Arzneimitteldschungel ziemlich hilflos ausgeliefert. Die vorhandenen 'Negativlisten' wurden im Workshop 'Hilfen für den einzelnen Arzt' als wenig hilfreich erachtet.



Besser sei es, die negativ bewerteten Mittel gleich vom Markt zu nehmen. Positivisten, zumal wenn um Therapieempfehlungen angereichert, können jedoch eine große Hilfe bieten.

Harte Worte gab es im Workshop zur von der Industrie so gerne als Argument gegen jede Beschränkung vorgeschobenen 'Therapiefreiheit'. Unvertretbar sei es, wenn darunter die 'Freiheit' eines Arztes verstanden würde, jegliches Arzneimittel anzuwenden, ohne Nutzen und Risiken dieser Maßnahme rechtfertigen zu müssen. Positivisten erleichtern dagegen die Auswahl erprobter und wirksamer Arzneimittel.

Deutlich wurde aber auch, daß Positivisten nicht als Ersatz für andere unerläßliche Maßnahmen auf dem Arzneimittelmarkt angesehen werden dürfen. Als vordringlichstes hier die Beseitigung zu gefährlicher und überflüssiger Mittel. Daneben wurde mehr unabhängige Arzneimittelinformation und der Verzicht auf Werbung gefordert.

Aus dem Workshop bildete sich eine Initiative, die eine europäische Positivliste für niedergelassene Ärzte zusammenstellen soll.

Krankenhaus

Daß es kein Krankenhaus ohne eine begrenzte Medikamentenliste geben sollte, darüber war man sich im Workshop schnell einig. Wichtig ist, daß die Ärzte an der Erstellung solcher Listen beteiligt sind und daß die Entscheidungen öffentlich gemacht werden.

Der Workshop diskutierte neben den Listen auch eine Reihe anderer Maßnahmen, die zu einer rationalen Therapie beitragen können. U.a. wird es als sinnvoll angesehen, wenn aus Transparenz- und Kostengründen in Entlassungsbriefen nur chemische Kurzbezeichnungen (generische Namen) und keine Markennamen genannt werden, Pharmareferenten nur noch zur Krankenhausapothekenleitung dürfen und Muster nicht mehr angenommen werden.

Nationale Medikamentenpolitik

Der Workshop 'Nationale Medikamentenpolitik' beschäftigte sich vor allem mit der bundesdeutschen Situation. Spezielle Schwierigkeiten wurden wegen der 'besonderen Therapierichtungen' (z.B. Homöopathie) gesehen, die nicht einheitlich gesetzlich reguliert werden können (Dennoch wurde auch hier Handlungsbedarf gesehen). Die hohen jährlichen Zulassungszahlen für neue Medikamente, die in auffallendem Gegensatz zu dem tatsächlichen Nutzen stehen, lassen strengere Zulassungsbedingungen als vordringlich erscheinen. Auch der Bereich der Information über Medikamente ist regulierungsbe-



dürftig. Das Mißverhältnis von unabhängiger zu interessengelenkter Information ist krass und verhindert eine rationale Therapie. In Schweden, so wurde im Workshop berichtet, wird für interessenabhängige Information 100 mal soviel aufgewendet wie für unabhängige. Dies Verhältnis dürfte bei uns eher noch ungünstiger aussehen. Das Recht auf Informationsfreiheit wird so zur Farce.

Internationaler Pharmamarkt

Die Diskussion in diesem Workshop verlief ausgesprochen kontrovers. Von Vertretern der Pharmaindustrie wurden Bedenken gegen Begrenzung des Arzneimittelmarkts geäußert, sie verhinderten Innovation und Konkurrenz. Dem widersprachen Erfahrungen aus Sri Lanka und Bangladesch, die mit ihren Restriktionen eine deutlich billigere und bessere Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln erzielt haben. Probleme wurden auch bei der Einführung neuer Medikamente gesehen, da eine Überwachung von bei der Zulassung unerkannter Nebenwirkung in der Dritten Welt meist unmöglich sei. Einigkeit bestand über weltweit höchstmögliche Sicherheitsstandards: "Ethik ist nicht teilbar".

Hohe Standards?

Am Sonntag morgen hatte dann auch ein Vertreter der Firma Ciba Geigy Gelegenheit "Rationale Medikamentenpolitik" aus Sicht der Industrie darzustellen. Mit seinem Vortrag setzte Günther Lewandowski qualitativ hohe Standards für die Vermarktung von Medikamenten, die von Seiten der Pharmaindustrie bisher unbekannt waren. Demzufolge wurde aus dem Publikum die Forderung laut, diese Worte doch auch einzulösen.

Dr. Balasubramaniam vom Internationalen Verbraucherverband hatte als letzter Redner das Wort. Sein Vortrag präsentierte "Ratio-

nale Arzneipolitik" als "universelles Konzept". Damit verknüpfte er gegen Ende des Kongresses noch einmal die wichtigsten Aspekte. Die Rede von Dr. Balasubramaniam ist auf S. 11 nachzulesen.

Es gibt viel zu tun ...

Wichtigstes Ergebnis des Kongresses: Eine wissenschaftlich begründete Auswahl an Medikamenten ist therapeutisch sinnvoll, machbar und dient Patienten und Ärzten. Auch wenn sich eine Begrenzung des Medikamentenmarkts erst mit der Zeit durchsetzen wird, können doch viele Ansätze zu einer rationalen Therapie schnell verwirklicht werden. Wenn Ärzte und Krankenhäuser sich auf Listen konzentrieren und Patienten über deren Nutzen aufgeklärt werden, ist dies ein wichtiger Schritt zu einer besseren Gesundheitsversorgung.

Die Schlußworte von Charles Medawar wollen wir keinem Leser vorenthalten: "Wenn in Großbritannien jemand krank ist, sagt man 'armes Ding'. Wenn etwas sicher aus dieser Konferenz herausgekommen ist, dann erstens Menschen, die krank sind, sind keine 'Dinge', sondern Menschen, und zweitens, wenn sie 'arm' dran sind, dann hauptsächlich weil sie schwach sind, und schwach hauptsächlich weil ihre natürlichen Lebenskräfte eingeschränkt wenn nicht sogar aktiv behindert wurden. Eine Botschaft dieser Konferenz lautet unzweifelhaft 'patients first'. Theoretisch ist dies ein eindeutiger Schluß, dem sich weder eine demokratische Regierung, die sich für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich fühlt, entziehen kann, noch eine Industrie, deren einzige Existenzberechtigung ihr Beitrag zur Gesundheitsversorgung sein kann. Das gleiche gilt natürlich für die Gesundheitsberufe. Eigentlich braucht es keiner besonderen Erwähnung, daß dieses Ziel mit aller Kraft von den Verbrauchern verfolgt werden wird." JS

Workshopergebnisse

Workshop 1: Verbraucher: Vom armen Schlucker zum aktiven Patienten

Die Diskussion über die Stellung der PatientInnen im Gesundheitswesen - insbesondere als Verbraucher von Arzneimitteln - war stark geprägt von den Erfahrungen durch Arzneimittel geschädigter Patientinnen. Ihre Auseinandersetzungen mit Behörden und Firmen, ihre Suche nach Zuständigkeiten und nach unabhängiger Information waren Ausgangspunkte für Forderungen auf verschiedenen Ebenen, die hier in aller Kürze skizziert werden sollen.

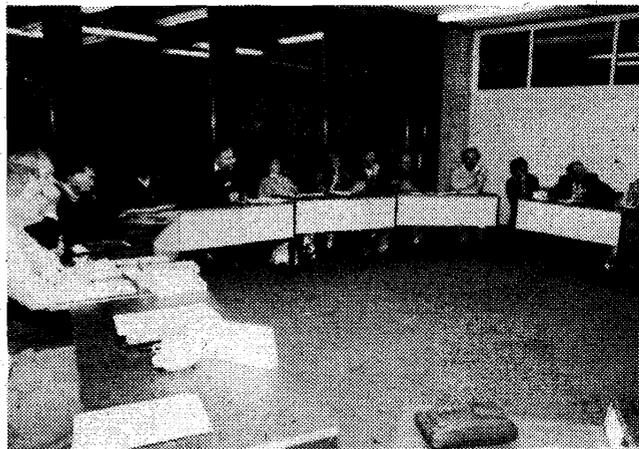
Gefordert wurden im Hinblick auf Arzneimittelschäden klare gesetzliche Regelungen (mit der gebotenen Transparenz und Information darüber) bezüglich der Verantwortlichkeit der pharmazeutischen Unternehmer, des Bundesgesundheitsamtes, der Ärzte und Apotheker sowie eine Beweislastumkehr bei begründetem Verdacht und eine angemessene Entschädigung. Als unabdingbar wurde die Einrichtung unabhängiger Arzneimittelzulassungskommissionen (keine Vertreter der pharmazeutischen Industrie) sowie eine am therapeutischen Fortschritt orientierte Zulassung (need clause) angesehen und die Mitwirkung von "Patienten" in wichtigen Gremien gefordert. Weitere Überlegungen bezogen sich auf ein Verbot der Arzneimittelwerbung, eine Anmeldepflicht aller klinischen Studien (was eine bessere Beurteilung der zur Zulassung anstehenden Substanz als auch eine bessere Nachmarktkontrolle in bezug auf die Nebenwirkungen zuläßt), eine verpflichtende Nebenwirkungserfassung an eine unabhängige Stelle. Ein Schlüssel, um die Monopolstellung der Industrie hinsichtlich der Information zu brechen, wurde in der Forderung nach einem freedom of information act gesehen.

Als Ansprechpartner für Patienten sollten auf regionaler/ lokaler Ebene unabhängige Informationsstellen, überregional ein mit Kontrollbefugnissen ausgestatteter Bundesbeauftragter für Patientenschutz (mit einem interdisziplinär arbeitendem Team) eingerichtet werden.

Unter dem Stichwort Information und Gesundheitsaufklärung wurde die Bedeutung der Gesundheitsbildung in Kindergärten und Schulen sowie bei der beruflichen Ausbildung - auch von Gesundheitsberufen - herausgestrichen. Hier sollte viel stärker auf den Umgang mit Befindlichkeitsstörungen, auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers geachtet und die Arznei-

mitteltherapie problematisiert werden.

Als zentraler Punkt der Diskussion kristallisierte sich die Forderung nach mehr, besserer und industrieunabhängiger Information heraus. Dies bezieht sich zum einen auf die Packungsbeilagen (Waschzettel) als auch auf das Gespräch mit dem Arzt. Verlangt wird nicht nur eine verständliche Sprache (immer noch keine Selbstverständlichkeit), sondern auch eine Bewertung der Nebenwirkungen (Nutzen- Risiko-Verhältnis), Hinweise, wie Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen sind, verbunden mit eindeutigen Verhaltensregeln bei ihrem Auftreten. Information wird auch über Alternativen zur Pharmakotherapie erwartet. Vom Arzt wird ein



"ganzheitliches" Vorgehen gefordert - d.h. Zeit haben, den Patienten ernst nehmen, zuhören, Glauben schenken in bezug auf das, was der Patient an Wirkung und Nebenwirkung der Mittel spürt, Alternativen erklären, auch die Grenzen seiner Möglichkeiten als Arzt aufzeigen...- und last but not least bedarf es vermehrter Aufklärung über die Rechte der Patienten und Unterstützung in ihrer Wahrnehmung.

Workshop 2: Hilfen für den einzelnen Arzt: Listen und Informationsquellen

In der Bundesrepublik Deutschland überwiegt in der Diskussion um die Strukturreform der Gedanken der Kostendämpfung. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung wird dabei oft vernachlässigt. Die Teilnehmer des Workshops sind sich darüber einig, daß bei der Diskussion über Listen jeder Art der Nutzen für den Patienten im Vordergrund stehen muß.

Der Nutzen von Negativlisten wird überwiegend als gering erachtet. Sofern diese überflüssige Arzneimittel enthalten scheint es sinn-

voller, diese vom Markt zu nehmen, als ihre Verwendung durch Listen einzuschränken.

Der Schwerpunkt der Diskussion des Workshops lag in der Einschätzung von Positivlisten. Sie sind kein Neuland. In mehreren Ländern - z.B. Belgien und Großbritannien - bestehen bereits ausgearbeitete Aufstellungen. Die im Workshop vorgestellten, unabhängig voneinander entstandenen Modelle solcher Listen für den praktischen Arzt, enthalten fast übereinstimmend etwa 150 Wirkstoffe und entsprechen sich inhaltlich weitgehend. Offensichtlich bereitet es weniger Probleme, Positivlisten nach wissenschaftlichen Kriterien zu erstellen, als diese hinterher in der Praxis durchzusetzen. Die vorgestellten Positivlisten müssen freiwillig vom Arzt angenommen werden. Ihre Akzeptanz und ihre tatsächlichen Auswirkungen auf die Arzneimittelauswahl sind zu prüfen.

Positivlisten allein sind nicht das "Ei des Kolumbus" zur Bereinigung unseres übervollen Arzneimittelmarktes:



* Die Informationsquellen des Arztes müssen verbessert werden (mehr unabhängige Arzneimittelinformation)

* Auf Werbung und herstellergesteuerte Pseudoinformation kann verzichtet werden.

* Schon in der Ausbildung müssen die angehenden Ärzte zur Kritikfähigkeit erzogen werden.

Wer meint, die "Therapiefreiheit" werde durch Positivlisten eingeschränkt, versteht unter "Therapiefreiheit" offensichtlich die Freiheit des Therapeuten, jegliche Arzneimittel und Methoden anzu-

wenden, ohne Nutzen und Risiken dieser Maßnahmen rechtfertigen zu müssen. Positivlisten erleichtern indes dem Arzt die Auswahl erprobter und wirksamer Arzneimittel mit optimalem Nutzen-Risiko-Verhältnis.

Anlässlich des Workshops bildet sich eine Initiative, die die vorhandenen Positivlisten auswertet, um eine europäische Positivliste zusammenzustellen. Diese soll Ärzten der Bundesrepublik Deutschland als Orientierungshilfe im nicht mehr überschaubaren Arzneimitteldschungel an die Hand gegeben werden.

Workshop 3: Mit Krankenhauslisten arbeiten

Solange es eine nationale Zulassungspolitik für Arzneimittel nicht gibt, die sich strikt an konsensfähigen Kriterien des Nutzens, der Risiken und des Bedarfs orientiert, kommt der Existenz von therapeutisch begründeten und in ihrem Umfang begrenzten Arzneimittel-Listen für Krankenhäuser (Krankenhauslisten) eine besondere Bedeutung für eine rationale Therapie zu. Arzneimittel-Kommissionen sollten sich um die regelmäßige Aktualisierung der Listen bemühen, d.h. therapeutisch überflüssige Arzneimittel aussondern und sinnvolle Innovationen aufnehmen.

Möglichkeiten für die Zusammenstellung solcher Listen sind:

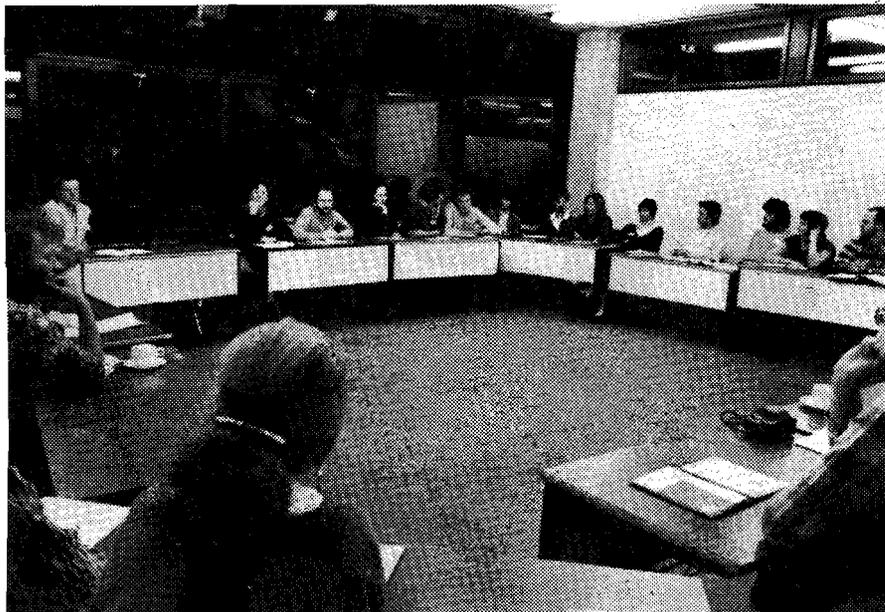
- jede Abteilung wird um Vorschläge für ihr Fachgebiet gebeten. Bedürfnisse von Spezialabteilungen werden dabei berücksichtigt.
- schon bestehende Modellisten können zur Orientierung herangezogen werden.
- Änderungen der Liste werden veröffentlicht und begründet.

Diese Listen haben verbindlichen Charakter.

Für einzelne nicht gelistete Arzneimittel kann in besonderen Fällen eine 6-monatige Erprobungszeit vereinbart werden. Danach muß die Aufnahme des erprobten Arzneimittels in die Liste aufgrund eines begründeten Antrags geprüft werden. Diese Listen sollten den niedergelassenen Ärzten zu ihrer Information zugeschickt werden.

Weitere Maßnahmen zu einer Umsetzung einer rationalen Arzneimitteltherapie im Krankenhaus sind:

- In den ärztlichen Entlassungsbrieffen sollen nur generische Bezeichnungen, keine Präparatenamen mehr benutzt werden.
- Die Patienten werden schon im Krankenhaus darauf vorbereitet, daß ihr Hausarzt möglicherweise andere Präparate mit gleichem Inhaltsstoff verordnen wird.
- Die Krankenhausärzte erhalten



Riverside Health Authority

CHARING CROSS

HOSPITAL

DRUGS

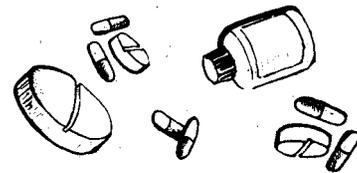
GUIDE

2nd Edition (1985)

Krankenhauslisten sind verbreiteter als allgemein bekannt ist. Diese enthält sogar die Therapiekosten.

tabellarische Aufstellungen, in denen die Präparatenamen und ihre generischen Inhaltsstoffe gegenübergestellt werden.

- Es werden keine Arzneimittel-muster mehr angenommen.
- Da Pharmareferenten keine ausgewogenen und objektiven Informationen anbieten, werden keine Informationsgespräche mehr geführt. Die Apothekenleitung ist in Zukunft ihr Ansprechpartner.
- Das gerade im Bereich der Krankenhausleitungen vorhandene Interesse an Kostendämpfung wird genutzt, um die Implementierung von Krankenhauslisten zu befördern, wobei jedoch immer die begründete medizinische Entscheidung Vorrang vor reinen Kostenerwägungen haben muß.



Workshop 4 Nationale Medikamentenpolitik

Der Workshop "Nationale Medikamentenpolitik" beschäftigte sich vor allem mit der bundesdeutschen Situation. Leider liegt uns das Protokoll dieses Workshops bisher noch nicht vor. Interessierte LeserInnen verweisen wir zunächst auf die Kurzfassung im Leitartikel (S.3). Wir hoffen, daß wir das Protokoll in einem der nächsten Pharmabriefe nachliefern können.

Workshop 5 Der internationale Medikamentenmarkt

In den Workshop unter Leitung von Prof. Reich vom Zentrum für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen wurde das Wissen des international besetzten Podiums eingebracht. Gerardo Andamo vom Health Action Information Network auf den Philippinen berichtete über die Gesundheitsversorgung in seinem Lande, die von großem Mangel geprägt ist. Gleichzeitig floriert die Pharmaindustrie und macht große Gewinne. Dr. Mira Shiva von der Voluntary Health Association of India, einem Netzwerk von 2000 Gesundheitszentren und -initiativen im Lande, sagte, daß die nationalen Probleme auf dem Medikamentenmarkt in Wirklichkeit internationale seien und sich auch nur international lösen ließen. Werbestrategien und damit auch die Beeinflussung des Verschreibungs- und Verbrauchsverhaltens sind in verschiedenen Ländern sehr ähnlich. Dr. Chowdurhy aus Bangladesh brachte es auf den Punkt: wenn Pharmamüll auf dem Markt erhältlich ist, dann finden sich auch die Ärzte, die ihn verschreiben.

Während relativ schnell Einigkeit darüber erzielt werden konnte, daß Ethik unteilbar ist und daß,



Von links: Dr. Granitza, Gerardo Andamo, Prof. Reich, Dr. Mira Shiva, Dr. Balasubramaniam, Dr. Chowdurhy

wie Dr. Granitza von Schering meinte, ein weltweit einheitliches Angebot angestrebt werden sollte. Dafür seien die Firmen selbst verantwortlich, auch wenn Anspruch und Wirklichkeit oft auseinanderklafften. Der Anspruch der Einheitlichkeit blieb aber bei der Industrie nicht ohne kleines 'aber'.

Sehr kontrovers verlief dann die Diskussion über die Begrenzung des Medikamentenangebots, die von allen VertreterInnen aus der

fördern. Dann würde sich nur noch die Entwicklung von Mitteln lohnen, die einen wirklichen therapeutischen Fortschritt bedeuten, nicht aber die Entwicklung von sehr ähnlichen Substanzen (me too's), die hauptsächlich aus Vermarktungsgründen (Patentierbarkeit) entwickelt werden.

Für die Bevölkerungsmehrheit aber sicher wichtiger als die Medikamente von morgen, war die Erkenntnis, daß eine begrenzende Medikamentenpolitik unentbehrliche Arzneimittel billiger macht und damit für viele überhaupt erst den Zugang zu 'westlicher Medizin' ermöglicht.

Die Diskussion über Medikamentenqualität brachte Überraschungen. Erfahrungen aus Bangladesh zeigen, daß international tätige Firmen relativ häufig minderwertige Medikamente produzieren, daß es sich also keineswegs nur um ein Problem lokaler Firmen handelt. Auch unter Qualitätsaspekten spricht vieles für eine Begrenzung des Angebots, sie macht eine wirksame Kontrolle überhaupt erst denkbar.

Medikamenteninformation als unentbehrlicher Bestandteil einer wirksamen Therapie wurde als wichtiger Problembereich gesehen. Unabhängige Informationsquellen sind in der Dritten Welt rar (und werden auch in Industrieländern oft wenig wahrgenommen). Da kurzfristig nicht zu erwarten ist, daß dies überall als öffentliche Aufgabe wahrgenommen wird, wurde die unabhängige Information über Arzneimittel als wichtige Aufgabe für Initiativen und Verbraucherorganisationen angesehen.

Dritten Welt eindeutig befürwortet wurde. Industrievertreter wandten ein, dadurch werde die 'Innovation' behindert. Die Erfahrungen aus Sri Lanka, so Dr. Balasubramaniam bestätigten diese Befürchtung aber nicht, da eine den Markt begrenzende Arzneimittelpolitik nicht statisch sei, sondern auch neue Erkenntnisse in der Therapie fortlaufend berücksichtige. Nicht unterschätzt werden dürfe aber das Problem der Überwachung von Nebenwirkungen bei neuen Substanzen, die in der Regel in der Dritten Welt nicht gewährleistet ist.

Im Grunde könne eine Medikamentenpolitik, die sich auf wirksame und wichtige Arzneimittel beschränkt, sogar die Forschung



Der rationale Gebrauch von Medikamenten

Ein universelles Konzept

Dr. Balasubramaniam

Dr. Balasubramaniam, Berater des Internationalen Verbraucherverbandes (IOCU) für Pharmafragen versuchte auf unserem Kongreß in seinem Abschlußreferat die losen Enden die bei der Diskussion der verschiedenen Teilbereiche einer rationalen Arzneimitteltherapie geblieben waren, zu verknüpfen. Die Schwerpunkte seines Vortrags sind: Das Verschreibungsverhalten der Ärzte, Struktur und Aktivitäten der Pharmaindustrie, die Funktion der Kontrollbehörden und der politische Willen. Dr. Balasubramaniam hat lange für das Sekretariat der Welthandelskonferenz (UNCTAD) und für das Sekretariat der Karibischen Staaten (CARICOM) gearbeitet.

Der Titel meines Vortrags ist trügerisch einfach. Das Konzept des Rationalen Gebrauchs von Arzneimitteln ist allgemein akzeptiert. Niemand würde für den irrationalen Gebrauch von Medikamenten eintreten. Warum brauchen wir also eine solche Rede auf einem Internationalen Kongreß 'Weniger Medikamente - Bessere Therapie: Von der Dritten Welt lernen?'

Glauben die OrganisatorInnen etwa, daß trotz allgemeiner Zustimmung zu diesem Konzept, Medikamente in den meisten Ländern nicht rational eingesetzt werden? Es könnte so scheinen. Der Kongreß beginnt mit Beschreibungen der chaotischen Medikamentensituation in industrialisierten und Dritte Welt Ländern.

Der Hauptgedanke des Kongresses ist, daß zum rationalen Gebrauch von Medikamenten unter anderem auch eine begrenzte Zahl von Arzneimitteln gehört. Untersuchen wir also, inwieweit Staaten in ihrem Bemühen, die Zahl der auf dem Markt befindlichen Medikamente einzuschränken, erfolgreich waren.

Der UNICEF-Jahresbericht von 1986 stellt fest, daß 98 Entwicklungsländer Programme für unentbehrliche Arzneimittel eingerichtet haben, 29 davon sind voll funktionsfähig. Es scheint also, als hätten 98 Länder, oder zumindest 29, ihre nationale Medikamentenpolitik auf dem Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel aufgebaut. Dabei wird es für kein Land möglich sein, ein Programm für unentbehrliche Arzneimittel ohne eine integrierte nationale Medikamentenpolitik durchzuführen. Ein Dokument der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt jedoch fest, daß eine umfassende nationale Medikamentenpolitik als Bestandteil einer klar ausgearbeiteten nationalen Gesundheitspolitik eher die Ausnahme als die Regel ist. Das gilt sowohl für Entwicklungs- wie für entwickelte Länder. (WHO/CONRAD/WP/R1, S.2)

Dieser offensichtliche Widerspruch zwischen den beiden Berichten kann folgendermaßen erklärt werden: Obwohl 98 Länder Programme für unentbehrliche Arzneimittel eingeführt haben, sind diese nur auf den öffentlichen Sektor be-

schränkt. (1) Auf dem privaten Markt gibt es nach wie vor Tausende von Medikamenten. In den allermeisten Entwicklungsländern hält der private Sektor den Löwenanteil des Medikamentenmarkts (Tabelle 1). Der Beitrag des öffentlichen Sektors zur Versorgung ist gering, und jede Verbesserung in diesem Bereich verändert am gesamten Medikamentenversorgungssystem nur wenig. Die Einschätzung des WHO-Dokuments, daß in den meisten Entwicklungsländern eine umfassende nationale Medikamentenpolitik fehle, spiegelt wohl die fehlende Kontrolle über den privaten Markt wider.

Tabelle 1
Wertmäßiger Anteil an der Medikamentenversorgung von privatem und staatlichem Sektor

Land	Privater Sektor	Staatlicher Sektor
Argentinien(1)	93,7%	6,3%
Pakistan(2)	93,2%	6,8%
Thailand(3)	92,0%	8,0%
Philippinen(3)	90,0%	10,0%
Bangladesh(4)	87,8%	12,2%
Brasilien(1)	80,0%	20,0%
Indien(4)	80,0%	20,0%
Mexiko(1)	77,0%	23,0%
Venezuela(1)	74,0%	26,0%
Kolumbien(1)	70,0%	30,0%
Malaysia(3)	60,0%	40,0%
Sri Lanka(4)	57,0%	43,0%
Tansania(8)	45,0%	55,0%
Guyana(6)	35,0%	65,0%

Quellenangaben am Ende des Artikels

Das WHO-Motto 'Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000' wird oft nur für Entwicklungsländer als wichtig angesehen, obwohl dieses Ziel von hochentwickelten Industrieländern ausdrücklich akzeptiert und unterstützt wird. Ein hoher Beamter der Pharmaabteilung der WHO hat kürzlich Bedenken geäußert, ob das Konzept Unentbehrlicher Arzneimittel universell angewandt werden kann. Da es jedoch eine Unzahl von ähnlichen ('me too') Präparaten gebe (z.B. etwa 70 Kortisone und mehr als 50 Beta-Blocker), bedürfe es einer 'rationalen Medikamentenliste', fügte der Beamte hinzu. (1a)

Analysen über die Medikamentensituation in Entwicklungs- und Industrieländern zeigen, daß folgende Hauptfaktoren die Verfügbarkeit und den Gebrauch von Medikamenten beeinflussen:

- * Das Verschreibungsverhalten der Ärzte
- * Die Struktur und die Aktivitäten der Pharmaindustrie
- * Die Funktionsfähigkeit der Zulassungsbehörden
- * Der politische Wille

Das Verschreibungsverhalten

Viele Ärzte glauben, daß die Verschreibungsfreiheit ihr geheiligtes Recht sei. Therapiefreiheit, daß ist das Recht des Arztes, das zu tun, was nach seiner Meinung das Richtige für den Patienten ist. Zu Zeiten, als die medikamentöse Behandlung ebenso harmlos wie uneffektiv war, war die Meinung des Arztes der einzige Maßstab. Aber heute ist eine 'Meinung' nicht mehr genug.

Es ist schwer vorstellbar, daß der durchschnittliche Arzt die aktuellsten Informationen über Medikamente einschließlich klinischer Versuche und Studien über Bioverfügbarkeit kennt. Heute wird bei der Einschätzung der Nützlichkeit von Medikamenten solchen Daten mehr Wichtigkeit beigegeben, als der 'Erfahrung' von Ärzten, die ihre absolute Macht bei der Auswahl von Medikamenten jetzt verlieren. Diese Macht geht an Expertenkommissionen und politische Körperschaften über.

Die Mediziner haben es immer vorgezogen, hoffnungsvoll zu reisen als anzukommen, weil die Ankunft so oft enttäuschend ist. Das führt zu wechselnden Moden bei der Behandlung. Es scheint, als gäbe es immer eine aktuelle Modeform der Behandlung. Bevor diese Form einer Bewertung unterzogen wurde, ist schon die neue Mode da. Ein Arzt mit auch nur dem geringsten Anspruch, ein klinischer Wissenschaftler zu sein, muß entsetzt sein, wie seine KollegInnen in den letzten drei oder vier Jahrzehnten mit neuen Medikamenten umgegangen sind. Allzu oft haben sie sich wie Kinder verhalten, die neues Spielzeug sehen. Sie wollen es sofort haben. Sehen sie wieder ein neues, ist das 'alte' Spielzeug schnell vergessen. Verschreibungsfreiheit, so meinen einige Kritiker, ist bestenfalls ein Deckmantel für Unwissenheit und schlimmstenfalls eine Rechtfertigung für Quacksalberei.

Ärzte, die für eine unbegrenzte Zahl von Medikamenten eintreten, beteuern, daß sie dies auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und nicht wegen kommerzieller Zwänge tun. Nun ist es aber so, daß es das Wesen der Pharmawerbung ist, möglichst 'wissenschaftlich' und nicht kommerziell zu wirken.

Anfang der achtziger Jahre wurde in Boston (USA) eine Studie durchgeführt, die die von den Ärzten wahrgenommenen Einflußquellen auf ihr Verschreibungsverhalten und ihre Meinung über den Medikamenteneinsatz ermitteln sollte.(2) Die für die Studie ausgewählten Medikamente schlossen 'durchblutungsfördernde' Mittel für das Gehirn und die Extremitäten ein, bei denen die Aussagen über therapeutische Wirksamkeit zwischen wissenschaftlichen und kommerziellen Informationsquellen deutlich auseinanderklaffen.

Diese Medikamente werden von den Herstellern oft als Mittel gegen geistigen Abbau bei alten Menschen und für Durchblutungsstörungen der Arme und Beine angepriesen. Die wissenschaftliche Literatur hält jedoch ganz überwiegend diese Mittel für unwirksam.(3,4) Bei der Behandlung der Altersdemenz behauptet einzig die Pharmawerbung, daß das geistige Versagen bei älteren Leuten das Ergebnis unzureichender Durchblutung des Gehirns ist - eine Denkweise, die heute von Neurologen und Internisten für falsch gehalten wird.(3-7)

Bei der Studie wurde eine Stichprobe von Ärzten befragt, welche Informationsquellen ihr Verschreibungsverhalten beeinflussen. Die Ärzte konnten sich jeweils für 'sehr wichtig', 'weniger wichtig' und 'kaum wichtig' entscheiden. Die Tabelle 2 zeigt, von welchen Informationsquellen die Ärzte meinten, beeinflusst zu werden.

Einflußquelle	sehr wichtig	weniger wichtig	kaum wichtig
Werbung	3%	28%	68%
Pharmavertreter	20%	26%	54%
Wissenschaftl. Papiere	62%	34%	4%

Quelle: Avorn u.a., Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians, American Journal of Medicine, Juli 1982, S.4-8

Die Tabelle 2 zeigt, daß die Mehrzahl der Ärzte wissenschaftliche Zeitschriften für sehr wichtig für ihr Urteil und ihre Verschreibungsweise halten; Werbungen und Pharmavertreter spielen hingegen ihrer Meinung nach kaum eine Rolle.

Die gleichen Ärzte wurden befragt, ob Durchblutungsstörungen des Gehirns ein wichtiger Grund für geistigen Abbau bei alten Leuten sei. Tabelle 3 zeigt die Antworten der Ärzte.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, daß es keinen Zusammenhang zwischen den therapeutischen Meinungen der Ärzte und den wahrgenommenen Informationsquellen

gibt. Obwohl die große Mehrheit der Ärzte der Medikamentenwerbung und den Pharmaver tretern wenig Beachtung zu schenken glaubten, den Einfluß wissenschaftlicher Literatur jedoch für ihre Entscheidung für sehr wichtig hielten, zeigten ihre Ansichten über die Ursachen der Altersdemenz genau das Gegenteil. So etwas passiert nicht nur in Boston. Sondern auch in Brasilien, wo das gefäßerweiternde Medikament Hydregine zu den zehn meistverkauften Medikamenten im Lande zählt.(8)

Zusätzlich zur Beeinflussung durch Pharmawerbung besteht die begründete Sorge, daß eine Reihe von Ärzten die Warnungen der Medikamentenkontrollbehörden nicht ignorieren. Das deutsche Bundesgesundheitsamt (BGA) warnte 1978 vor der Einnahme von Sexualhormonen in der Schwangerschaft, da sie einen Abbruch der Schwangerschaft nicht verhindern könnten und die Hormone das Risiko von Mißbildungen an den Gliedmaßen des Fötus um den Faktor 4,7 erhöhen würden. Trotz dieser Warnung wurden Sexualhormone (vor allem Gestanon, Gravidon und Duphaston) etwa 50.000 mal jährlich verschrieben.(9)

Besorgniserregend ist eine neue Entwicklung in der Beziehung zwischen Industrie und Medizin-Establishment. Große internationale wissenschaftliche Kongresse werden immer mehr zu kommerziellen Unternehmungen. Auf dem kürzlich stattgefundenen Weltkardiologenkongress in Washington konnten Pharmafirmen gegen Zahlung von 10.000 US\$ 'Satellitensymposia' abhalten. Die Kosten wissenschaftlicher Treffen werden immer mehr aus den 'Forschungs'-budgets der Pharmaindustrie bestritten.(12)

Wissenschaft und Pharmamarketing sind unpassende Bettgenossen. Ärzte, die diesen offensichtlichen Interessengegensatz nicht wahrnehmen, scheinen außerordentlich gutgläubig zu sein.

Ja	71%
Nein	14%
Keine Meinung	15%

Quelle: Avon u.a. siehe Tabelle 2



Dr. Balasubramaniam

Die Rolle der Industrie

Gesundheit ist heute als Menschenrecht anerkannt. Sie zu erhalten und wiederherzustellen ist zur öffentlichen Aufgabe geworden. Dennoch bleibt die Versorgung mit Medikamenten fast ausschließlich eine Domäne der privaten Industrie. Es gibt einen Interessenskonflikt zwischen der Aufgabe des Staates, Gesundheitsdienstleistungen zu einem erschwinglichen Preis bereitzustellen und den Interessen der Pharmaindustrie an wachsenden Gewinnen und Marktanteilen.

Für die Industrie heißt Vermarktung, die Bedürfnisse der Kranken mit den wirtschaftlichen Zielen der Hersteller in Einklang zu bringen, und die wirtschaftlichen Ziele dominieren dabei eindeutig. Wenn Regierungen den Bedürfnissen der Bevölkerung Vorrang geben, ergreifen sie Maßnahmen, um die Menschen vor kommerziellen Einflüssen durch Medikamentenkontrollen und regulierende Maßnahmen zu schützen.

Nach Meinung der Industrie sollen Medikamente auf einem freien Markt ohne Kontrollen verkauft werden, da regulierende Maßnahmen den Markt ineffektiv machten. Es gebe viele Käufer, Verkäufer, viele Produkte, keine natürlichen Monopole und keine offensichtlichen Kartelle. Deshalb gebe es genügend Wettbewerb. Ein konkurrierendes Marktsystem, so argumentiert die Industrie, ist Grundlage für Forschung und Wachstum der Industrie.

Verfechter eines freien Wettbewerbs behaupten, daß der richtige Ansatz ist, sich auf die Signale zu verlassen, die die Kräfte auf dem Markt aussenden. Von den Verbrauchern wird erwartet, daß sie wohlüberlegte Vorlieben haben und die Fähigkeit, aus einer Vielzahl von Anbietern Waren und Leistungen auszusuchen, die sie benötigen. Auf diese Weise würden sie den Anbieter mit dem günstigsten Angebot auswählen. Die Anbieter würden ihre Waren mit dem geringstmöglichen Aufwand produzieren und ein Sortiment von Mitteln anbieten, die die Verbrau-

cher zu kaufen wünschen; ansonsten würde ein anderer Hersteller dem schlechteren Anbieter das Geschäft wegnehmen. Wenn es eine Gruppe von unfähigen Anbietern gibt, wird angenommen, daß Firmen außerhalb dieser Gruppe sich um dies Marktsegment bemühen, weil sie dort Gewinne erzielen können. Durch diesen Mechanismus sei sichergestellt, daß die vom Verbraucher am meisten gewünschten Medikamente zu einem möglichst geringen Preis zur Verfügung gestellt werden (11).

Der Pharmamarkt unterscheidet sich von dem eben vorgestellten Modell in vielerlei Hinsicht:

* Der Patient (Verbraucher) kann sich allein nicht die beste Form der Therapie aussuchen; die Annahme der Souveränität des Verbrauchers gilt nicht für den Pharmamarkt.

* Vom Standpunkt des Käufers (in diesem Falle des Arztes) bedeutet Markt der Zugang zu gleichwertigen Produkten oder Alternativen. Stimmt das für den Medikamentenmarkt? Für den einzelnen Kliniker mögen nur die verschiedenen Markenprodukte identischer Zusammensetzung Alternativen sein; es ist sogar zweifelhaft ob eine Reihe von Ärzten auch nur unterschiedliche Marken desselben Stoffes als Alternativen wahrnimmt.

* In der Therapie gibt es bislang keine einheitlichen Leitlinien. Stattdessen gibt es eine Vielzahl akzeptabler Behandlungen. Ärzte haben deshalb einen großen Spielraum bei ihrer Auswahl;

* Ärzte werden für kostengünstige Verschreibung nicht belohnt;

* Ärzte, die Medikamente auch selbst ausgeben, erhöhen ihr Einkommen, je mehr sie verschreiben und je mehr Leistungen sie anbieten;

Angesichts der vier obengenannten Punkte ist es klar, daß die Personen, die die medizinischen Bedürfnisse der Verbraucher in Nachfrage auf dem Pharmamarkt verwandeln und damit stellvertretend für die Verbraucher handeln, nicht den günstigsten Anbieter aussuchen werden. Wiederum sind die Signale, die von den Marktkräften ausgehen, unwirksam.

* Und Firmen außerhalb der Pharmaindustrie können niemals in diesen Markt eindringen.

Aus obengenannten Gründen funktionieren marktwirtschaftliche Mechanismen auf dem Pharmamarkt weder in Industrie- noch in Entwicklungsländern. Das von den Pharmamultis propagierte Modell des 'freien Marktes' muß scheitern, wenn als Entwicklungsziel die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit einer ausreichenden Menge unentbehrlicher Medikamente zu günstigen Preisen gilt. Diese soziale Verantwortung kann nur verwirklicht werden, wenn das Sortiment und die Preisstruktur

reguliert wird, um eine bessere Übereinstimmung von Gesundheitsbedürfnissen und wirtschaftlichen Erwägungen zu erzielen.

Das Ergebnis der sogenannten 'innovativen Aktivitäten' der forschenden Pharmaindustrie ist eine Vielzahl von im wesentlichen austauschbaren Produkten, die eine therapeutisch begründete Auswahl fast unmöglich machen. Dies schafft eine Situation, in der Medikamente eher wegen des hohen Werbeaufwands als aufgrund objektiver Daten ausgewählt werden. Langfristig wird vielleicht niemand mehr bereit sein, die therapeutische Effektivität von Medikamenten zu vergleichen.(12) Vom Standpunkt der Gesamtgesellschaft gesehen ist der Medikamentenmarkt irrational, da interessengelenkte Information die Auswahl von Medikamenten viel stärker beeinflusst als die Ergebnisse klinischer Studien oder der Preis.

desrepublik und 1.180 in Island spiegeln unterschiedliche Haltungen in der Medikamentenkontrolle wieder.(13) Was die bundesdeutschen Behörden betrifft, muß fairerweise gesagt werden, daß nicht alle 120.000 Produkte moderne Pharmaka sind, sondern auch homöopathische Medikamente, von Apotheken zubereitete Fertigpräparate und Kräutertees mit einbezogen sind.(14) Die Funktionsfähigkeit der Kontrollbehörden in hochentwickelten Ländern ist in entscheidendem Maße von der Größe der pharmazeutischen Industrie des betroffenen Landes abhängig. In Ländern wie Großbritannien, USA, BRD, Frankreich und Italien haben die Medikamentenkontrollbehörden notwendigerweise sehr enge Kontakte zu den Konzernen, die in diesen Ländern neue Medikamente entwickeln. Kriterien für die Zulassung von neuen Medikamenten sind dort eher Sicherheitserwägungen als



Der Einfluß von Wirtschaftsinteressen auf die Medikamentenwahl ist in Entwicklungsländern viel größer als in den hochentwickelten Ländern. In letzteren gibt es 'Sicherheitsnetze', die allzu übertriebene Werbeaussagen unterbinden. Verbraucher-, politische und Ärzteguppen und Organisationen können genügend Kräfte mobilisieren, um der Industriepropaganda entgegenzuarbeiten. Außerdem übt auch die Medikamentengesetzgebung eine wirksame Kontrolle aus. Einer Reihe von Dritte Welt Ländern fehlen diese schützenden Mechanismen. Berufliche und politische Organisationen sind zu schwach, um das Verhalten der großen Pharmamultis zu kritisieren. Harte Worte gegen eine solche Firma können oft das Ende einer vielversprechenden beruflichen Karriere sein.

Die Zulassungsbehörden

Die drastischen Unterschiede zwischen 120.000 zugelassenen Medikamentenspezialitäten in der Bun-

den Nutzen und Kosten oder Wirksamkeit. Länder, die keine forschende Industrie haben, sind strenger in der Zulassung von neuen Medikamenten, vor allem wenn es sich um ähnliche (me too) Produkte handelt.

Norwegen ist vielleicht das beste Beispiel für ein hochentwickeltes Land, wo die Zulassungsbehörde wirklich den Markt reguliert. In Norwegen gibt es weniger als 2000 Medikamente (einschließlich aller Zubereitungsformen). Und es gibt keine Anzeichen dafür, daß der Standard der Gesundheitsversorgung in irgendeiner Weise geringer ist, als in anderen westeuropäischen Ländern, wo zehntausende von Medikamenten auf dem Markt sind. Die norwegischen Bestimmungen legen fest, daß der Hersteller erst Qualität, Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und vor allem den medizinischen Bedarf beweisen muß, bevor ein Medikament zugelassen wird. Die sogenannte 'need clause' hat dazu geführt, daß in Norwegen Präpa-

rate abgelehnt wurden, die in Großbritannien, der BRD oder Frankreich bereits zugelassen waren. Grundlage dieser Entscheidungen war, daß kein klarer zusätzlicher medizinischer Nutzen der neuen Präparate nachgewiesen werden konnte. Zwischen 1975 und 1979 hat Norwegen über die Hälfte aller Zulassungsanträge zurückgewiesen.(15) Es ist bedauerlich, daß die 'need clause', die das norwegische Medikamentenkontrollsystem zu einem Modell für Entwicklungsländer hat werden lassen, ironischerweise auf der internationalen WHO-Konferenz über den Rationalen Gebrauch von Medikamenten in Nairobi im November 1985 und auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1986 heftig angegriffen wurde.

Einige Länder haben Maßnahmen ergriffen, um die Zahl der auf dem Markt befindlichen Medikamente zu begrenzen und den rationalen Gebrauch von Medikamenten zu fördern. Diese Maßnahmen haben drei unterschiedliche Formen.

Erstens gibt es eine Reihe von Ländern, die eine begrenzte Zahl von Medikamenten auf dem Markt und strenge Kriterien für die Zulassung haben. Norwegen und andere skandinavische Länder haben viel weniger Medikamente als die übrigen westeuropäischen Länder. Von den Entwicklungsländern sind es Bangladesch, Chile, Kuba, Mosambik und Sri Lanka, die eine begrenzte Medikamentenliste eingeführt und den Gebrauch von Medikamenten rationaler gestaltet haben. Über die Erfahrungen dieser Länder sind Fallstudien und Berichte veröffentlicht worden. (18-20) Leider haben Chile und Sri Lanka aufgrund massiver Einflußnahme von interessierter Seite ihre Maßnahmen wieder rückgängig gemacht.(17,21) Kürzlich hat auch China eine Liste unentbehrlicher Medikamente eingeführt.(22) Diese Liste enthält 278 Medikamente in 28 therapeutischen Gruppen.

Eine zweite Form ist der geteilte Markt. Australien hat eine Liste unentbehrlicher Medikamente entwickelt. Diese erhalten Patienten zu geringen Kosten - dagegen muß die große Zahl anderer Medikamente voll bezahlt werden.(23) In gewisser Weise ähnliche Systeme gibt es auch in einer großen Zahl von Entwicklungsländern. Etwa in den 98 im UNICEF-Jahresbericht von 1986 erwähnten Ländern mit Programmen für unentbehrliche Medikamente (vergl. Anfang des Artikels). In allen diesen Ländern werden begrenzte Medikamentenlisten, die nach den WHO-Empfehlungen entstanden sind, im öffentlichen Sektor benutzt. Im privaten Sektor ist jedoch eine viel größere Anzahl von Medikamenten erhältlich. Ich habe bereits erwähnt, daß wegen der vorherrschenden Rolle des privaten Sektors in diesen Ländern (siehe Tabelle 1),



Die Dolmetscherinnen hatten einen anstrengenden Job

sich das pharmazeutische Versorgungssystem durch das 'sogenannte Programm der unentbehrlichen Arzneimittel' nicht hat rationalisieren lassen. Erfahrungen dieser Länder können das Ergebnis einer australischen Untersuchung nur unterstützen, bei der sich als beachtliches Problem des geteilten Marktes herausstellte, daß die Kosten für die Patienten in viel größerem Maße ansteigen als die im staatlichen Sektor eingesparten Kosten.(23)

Drittens haben einige westeuropäische Länder bei ständig ansteigenden Kosten für Gesundheitsdienste und Krankenversicherungen Maßnahmen zur Kostendämpfung eingeführt. Die Abteilung für Gesundheit und Soziale Dienste des britischen Gesundheitsministeriums hat eine Anzahl von Medikamenten aufgelistet, vor allem Antiazida (Mittel gegen Magensäure) und Abführmittel, die von den nationalen Gesundheitsdiensten nicht mehr verschrieben werden dürfen. Die Bundesrepublik hat eine Negativliste für Medikamente bei Befindlichkeitsstörungen eingeführt, die von den Krankenkassen nicht mehr erstattet werden.

Der politische Wille

Medizin ist eine Sozialwissenschaft und Politik ist nichts weiter als Medizin in großem Maßstab. (Rudolph Virchow)

Sowohl auf der Internationalen WHO-Konferenz zum rationalen Gebrauch von Arzneimitteln in Nairobi (November 1985) als auch bei mehreren Weltgesundheitsversammlungen haben die Regierungen aller Mitgliedsstaaten der WHO das Konzept des rationalen Gebrauchs von Medikamenten und die Notwendigkeit zur Begrenzung der Zahl von Medikamenten auf dem Markt als richtig akzeptiert. Die Erfahrungen aus Norwegen und anderen skandinavischen Ländern zeigen, daß eine beschränkte Anzahl von Medikamenten den

Standard der Gesundheitsversorgung keineswegs verschlechtern. Und die Erfahrungen aus Bangladesch, Chile, Kuba, Mosambik und Sri Lanka (17-21) demonstrieren klar und deutlich, daß die finanziellen, technischen und menschlichen Ressourcen in Entwicklungsländern zur Formulierung und Umsetzung einer rationalen Medikamentenpolitik ausreichen. Warum aber wird in so vielen Ländern eine solche Politik nicht gemacht? Vielleicht fehlt ihnen die Einsicht in das wichtigste Element für diese Politik, nämlich den politischen Willen.

Es ist wohl ganz nützlich, genau zu untersuchen, was 'politischer Wille' eigentlich bedeutet. Vielleicht ist es die wichtigste aller 'Maßnahmen' zur Umsetzung und zum Erfolg einer rationalen Medikamentenpolitik und des vernünftigen Gebrauchs von Arzneimitteln. Die Beispiele Chiles und Sri Lankas zeigen die enge Verknüpfung zwischen Existieren/Fehlen von politischem Willen und dem Erfolg/Scheitern von Versuchen, Arzneimittel-Politik und -gebrauch vernünftig zu gestalten.

Als Präsident Frei 1964 in Chile an die Macht kam, erlebte Chile eine große politische Wende. (Frei wurde später ein Mitglied der Brandt-Kommission). 1965 ergriff die Regierung Maßnahmen, das Angebot von Medikamenten und deren Gebrauch zu rationalisieren. 1967 entstand dann eine nationale Liste mit einer begrenzten Zahl von Medikamenten, vielleicht die erste dieser Art in der Welt. Nach den Wahlen von 1970 wurde Dr. Allende Präsident. Die Rationalisierung im Pharmasektor wurde fortgesetzt. Als nächstes mußte der zentralisierte Einkauf organisiert werden. Also wurde 1971 das erste internationale Angebot für Rohmaterialien eingeholt. Die Industrie schlug hart zurück. In den folgenden drei Monaten verschwanden weitverbreitete Medikamente, darunter Schmerzmittel und

Antibiotika, vom Markt. Die Produktion wurde gedrosselt. Die Industrie sagte zu, den Markt innerhalb einer Woche wieder voll zu versorgen, wenn die internationale Ausschreibung von Rohstoffen zurückgenommen würde. Die Regierung gab schließlich nach und den Versuch des zentralen Einkaufs auf. Das geschah 1972. 1973 wurde die Allende-Regierung durch einen Militärputsch gestürzt. Damit war das erste Konzept der rationalen Arzneimitteltherapie, das uns bekannt ist - eingeführt 1967 - 1973 gestorben; getötet von der Pharma-Industrie.

Die Erfahrung Sri Lankas ähnelt dem chilenischen Versuch in gewisser Hinsicht. Die Kräfte, die an der Zerstörung der Reformen in Sri Lanka beteiligt waren, und die Strategien, die sie dazu benutzten, sind in einem Aufsatz



von Lall und Bibile (21) gut dokumentiert. Sie analysieren die Erfahrungen Sri Lankas bei der Restrukturierung der Produktions-, Import- und Verteilungsstruktur für pharmazeutische Produkte. Einem Sektor, der von transnationalen Konzernen beherrscht wird. Hier wird das komplizierte Wechselspiel von wirtschaftlichen, politischen und ideologischen Faktoren deutlich, die die Kontrolle transnationaler Konzerne und den Aufbau einer 'State Pharmaceutical Corporation' schwierig machten und beeinflussten. Besonders wird auf die Rolle der Mediziner hingewiesen, die sich von Anfang an gegen die Reformen stellten und die Rolle der politischen Führung bei der Einleitung und späteren Verschleppung der Reform. Sri Lankas Erfahrungen bieten wertvolle Lektionen zum Verstehen transnationaler Phänomene im allgemeinen und den Schwierigkeiten bei der Restrukturierung des pharmazeutischen Sektors im besonderen; sie veranschaulichen aber auch deutlich die Vorteile, die Entwicklungsländer durch eine solche Reform gewinnen können.

turierung des pharmazeutischen Sektors im besonderen; sie veranschaulichen aber auch deutlich die Vorteile, die Entwicklungsländer durch eine solche Reform gewinnen können.

Anmerkungen:

1. Action Programme on Essential Drugs. Report by the Executive Board Ad Hoc Committee on Drug Policies on behalf of the Executive Board, WHO, A55/7, page 3.
- 1a. Report of an informal meeting on introducing the essential drug concept in curricula of universities and other teaching institutions. WHO Geneva (10-14 Dec 1984), DAP/85.5, page 3.
2. Avorn J., Chen M. and Hartley R. 'Scientific versus Commercial Sources of Influence on the Prescribing Behaviour of Physicians', The American Journal of Medicine, July 1982, Vol. 73, pages 4-8.
3. Teasdale J.A., Tinklenberg J.R., Hollister L.E. et al - 'Vasodilators in senile dementia: A review of literature'. Arch. Gen. Psychiatry 1979, Vol 36, pages 220-223.
4. Coffman J.D., 'Drug therapy: vasodilator drugs in peripheral vascular disease'. N. Engl. J. Med. 1979; 300: 713-717.
5. Needleman P. & Johnson EM: Vasodilators. In: Gilman A.G., Goodman L.S., Gilman A. eds. The pharmacological basis of therapeutics, 6th edition, New York, MacMillan 1980, pages 819-833.
6. Raskin A. & Jarvik L.F. eds. Psychiatric symptoms and cognitive loss in the elderly, New York: John Wiley & Sons, 1979.
7. Katzman R., Terry, R.D., Bick K.L. eds. Alzheimers disease: senile dementia and related disorders, Aging (Vol 7), New York, Raven Press, 1978.
8. IMS Monitor Report, January 1986, page 36.
9. Der Spiegel, NR 15/1984, 'Prices of pharmaceuticals are political prices'. Spiegel interview with Prof Hans Rudiger Vogel, Director of the Association of the Pharmaceutical Industry.
10. SCRIP No. 1177, Filer 6, 1987, page 3.
11. Newhouse J.P.. The economics of medical care: a policy perspective. Reading MA: Advisor - Wesley, 1979, page 49.
12. John Dunne, World Health, Dec 1985, page 3.
13. Tony Smith, 'Limited lists of drugs: lessons from abroad'. British Med. Journal, Vol 290, 16 Feb 1985, pages 531-534.
14. Dukes G. The effects of drug regulation. Lancaster: MTP Press 1985.
15. Granar M., Goldal B., Sjöholm T., 'The processing of application for the registration of the medicines in the Nordic countries', Journal of Social and Administrative Pharmacy, 1983, 1: pages 34-44.
16. Essential Drugs: The Bangladesh Example Four Years On, D.J. Tiranti. ICCU, May 1986.
17. Claudio Sepúlveda Alvarez, 'Drug pricing policies and political will', paper presented at the Academic Assembly 1986, 'Drug Pricing Policy', organized by the Drug Study Group, Thailand, Social Research Institute and the Faculty

- of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, 11 Dec 1986. (This paper gives a brief description of the Chilean experience.)
18. 'Technology policies in the pharmaceutical sector in Cuba'. UNCTAD/TT/33, United Nations 1980.
19. 1) Carol Barker, 'The Mozambique Pharmaceutical Policy'. The Lancet, 1 October 1983, pages 780-782.
2) Carlos Marzago and Malcolm Segal, 'Drug Selection: Mozambique', World Development, Vol. 11, No. 3, pp 205-216.
20. 'Case Studies in transfer of technology: Pharmaceutical policies in Sri Lanka', TD/B/C.6/21, United Nations. 1977.
21. Lall S. and Bibile S.W., 'The Political Economy of Controlling Multinationals: The Pharmaceutical Industry in Sri Lanka (1972-76)', World Development, 1977, Vol. 5, No. 8, pages 677-697.
22. Yang Jingxien, 'Essential drugs in China'. World Health Forum, 1986, Vol. 7, No. 1, pages 82-83.
23. Commonwealth of Australia Pharmaceutical Manufacturing Industry Inquiry. Report by Australian Government Publishing Service, 1979, page 101.

Quellenangaben zu Tabelle 1:

1. Latin American Pharmaceutical Industry Association ALIFAR, quoted in SCRIP Nos. 653 and 654, Page 17.
2. Pharmaceuticals in the developing world: Policies on drugs, trade and production. Report of the Inter-agency Task Force on Pharmaceuticals. (WHO/UNCTAD/UNIDO/IBR - APIC) June 1979, Vol. II, Part II, Page 66.
3. The pharmaceutical industry in ASEAN countries. Edited by C. Sepúlveda and E. Meneses. IRIAPDI Health Technical Paper No. 36/PHI 15, Pages 32, 214, 138 and 248.
4. Drug policies including traditional medicines in the context of Primary Health Care. WHO., SEA/Drugs/33, 21 December 1979, Table 1.
5. Technology policies in the pharmaceutical sector in Nepal. UNCTAD/TT/34 paragraph 42.
6. CARTOON - Manufacture of Pharmaceuticals in the CARIFOM Region, Commonwealth Secretariat. Commonwealth Fund For Technical Cooperation. Industrial Development Unit. Annex 2.
7. Pharmaceutical policies and plans for the Republic of Maldives - (UNCTAD Mimeograph).
8. Technology policies in the pharmaceutical sector in Tanzania. UNCTAD/TT/35 paragraph 35.
9. Technology and development perspectives of the pharmaceutical sector in Ethiopia. Prepared by the IRIAPDI Secretariat and the Ethiopian Centre for Technology of the Development Projects Study Agency, July 1983, paragraph 24.

Buchbesprechung

"Ciba-Geigy Intern"

Olle Hansson, Ciba-Geigy Intern, Zürich, 1987 (Unionsverlag), 244 S., 29,80 DM

Was veranlaßte Olle Hansson dazu, dieses Buch zu schreiben? Für den schwedischen Kinderarzt und Neurologen gab es Grund genug: "Dieses Buch ist eine Anklage gegen Ciba-Geigy, daß sie wider besseres Wissen unnötig Leid und Tod verursacht hat und daß sie bewußt aus reiner Gewinnsucht Leben und Gesundheit von Menschen gefährdet. Als Arzt hatte ich keine andere Wahl. Denn das oberste Ziel eines Arztes ist, Leid zu verhindern."

Wendepunkt im Leben Dr. Olle Hanssons' war ein Erlebnis Anfang der sechziger Jahre, als er bei einem jungen Patienten erstmals einen offensichtlichen kausalen Zusammenhang zwischen Arzneimittel und neurologischer Schädigung feststellte.

Zu der Entstehung des Buches

haben einige Mitarbeiter von Ciba-Geigy entscheidend beigetragen, indem sie unter großen persönlichen Risiken die Dokumente lieferten, die diesem Buch zugrundeliegen. Denn was sie bei Ciba-Geigy sahen, hörten und tun mußten, konnten sie mit ihrem Gewissen nicht mehr vereinbaren.

Im ersten Kapitel wirft Hansson ein neues Licht auf den SMON-Skandal, an dessen Aufdeckung er führend beteiligt war. Die Kluft zwischen der Welt der Pharmaindustrie und der "Außenwelt" wird in den folgenden Kapiteln deutlich: sie erzählen von der geheimen, erschreckenden Geschichte einzelner Medikamente, von Bestsellern und Flops, von schädlichen und wirkungslosen, von zu früh lancierten und von zu spät zurückgezogenen Medikamenten.

Dr. Olle Hansson, schwedischer Kinderarzt und Neurologe, war Dozent an den Universitäten Uppsala und Göteborg und wurde international bekannt als Anwalt Arzneimittel-geschädigter Patienten in ihrem Kampf gegen pharmazeutische Konzerne. Er starb 1985 im Alter von 49 Jahren.

Reaktionen von Hoechst

Wir wollen unseren Lesern nicht vorenthalten, daß die Hoechst AG, Abteilung Verkauf/ZM, uns in den vergangenen Monaten zwei Briefe geschrieben hat. Darin nimmt sie zu zwei Artikeln im Pharma-Brief Stellung, die auch die Geschäftspolitik von Hoechst kritisiert hatten. Neben einigen Mißverständnissen und Unverständnis für unsere Kritik, gab es auch einige erfreulichere Mitteilungen.

Zum einen ging es um den Artikel "Deutsche Pharmakonzerne in Lateinamerika" im Pharma-Brief 2-3/87 und hier insbesondere um unsere Zahlen zu Brasilien. Kritisiert wurde von der Hoechst AG, daß unser Vergleich des brasilianischen mit dem bundesdeutschen Medikamentensortiment auf dem Jahre 1984 beruht. Dies war im Text ausdrücklich vermerkt. (1) Hoechst meint, daß nach derzeitigem Stand (Juni 87) nur drei brasilianische Hoechst-Präparate bei uns nicht vertrieben werden. Zwei davon wurden von uns negativ bewertet (überflüssig oder zu gefährlich), das dritte war in unserer Untersuchung nicht berücksichtigt, da es in dem zugelegten Medikamentenverzeichnis fehlte. Dies Medikament ist ein unentbehrliches Arzneimittel im Sinne der Weltgesundheitsorganisation. Hoechst stellt weiter fest, daß zwei Präparate nach unserer Erhebung eingestellt wurden: Das Antidepressivum ALIVAL (Nomifensin), wir berichteten breit darüber; und das (überflüssige) Multivitaminpräparat FOSFOTIMOL. Letztere Maßnahme war für uns neu und wird ausdrücklich begrüßt.

Besonders betrüblich bleibt, daß zu den beiden negativ bewerteten

Präparaten auch die Metamizolkombination BARALGIN gehört, die seit April 87 bei uns verboten ist.

Die Hälfte auch bei uns ...

Ein zweites Schreiben von Hoechst bezieht sich auf unseren Artikel "Ärztetag kritisiert Pharmaexporte" im Pharma-Brief 4/87. Wir hatten geschrieben, daß zwei Drittel der Medikamente nur in den untersuchten Dritte Welt Ländern erhältlich waren, nicht aber in der Bundesrepublik.

Hoechst meint nun, daß jeweils mehr als die Hälfte (!) der Medikamente der Tochtergesellschaft Roussel auch in Frankreich erhältlich seien, das gleiche gelte für die Hoechst Medikamente in der Bundesrepublik. Hier scheint unsere Kritik wohl mißverstanden worden zu sein. Unser Bestreben ist ein möglichst hoher Sicherheitsstandard, und unsere Frage war wiederholt, warum denn so viele Roussel-Mittel, wenn sie dann so hervorragend sind, bei uns nicht vermarktet werden?

Noch viel bedenklicher finden wir, daß sich "dieser Anteil auf zwei Drittel erhöht, wenn man noch diejenigen Medikamente berück-

sichtigt, welche zwar in den betreffenden Heimatmärkten nicht von Hoechst bzw. Roussel Uclaf vertrieben werden, für die jedoch gesundheitsbehördliche Zulassungen vorliegen." (2) Hier sei nur noch einmal der kritisierte Artikel in Erinnerung gerufen: "Die Ärzte kritisieren, daß bundesdeutsche Hersteller, Medikamente, die sie bei uns vom Markt genommen haben, in der Dritten Welt weiterverkaufen. Dabei geht es keineswegs nur um Mittel, die in der Bundesrepublik verboten wurden (ohnehin nur eine kleine Zahl), sondern um die viel größere Menge von Präparaten, die medizinisch überholt sind und deutschen Konsumenten nicht mehr zugemutet werden konnten. Diese verlieren in der Regel bei uns nicht die Zulassung und können für den Export mit dem Gütesiegel eines 'Heimatscheins' versehen werden. Dieses an sich für die Dritte Welt nützliche Instrument, das eigentlich eine Garantie für die Unbedenklichkeit eines Arzneimittels bieten soll, wird dadurch völlig entwertet."

Ein Durchfallmittel weniger

Im gleichen Schreiben informiert uns Hoechst, daß das von uns und der HAI-Kampagne gegen Durchfallmittel kritisierte Mittel SOFRAKEY in Indien und Indonesien aus dem Sortiment genommen wurde, entsprechendes werde in Kürze für die Philippinen gelten.

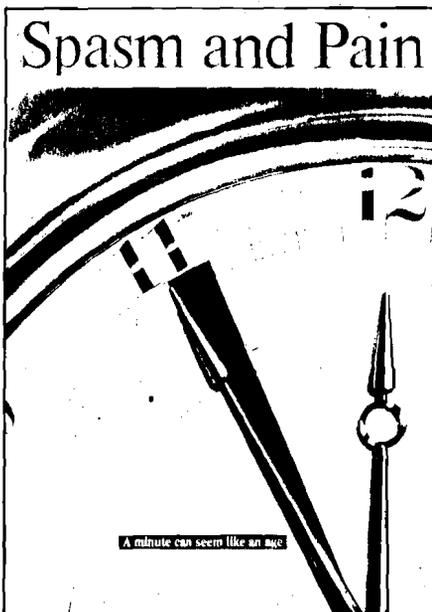
- 1) Um weiteren Mißverständnissen vorzubeugen: Vergleichsbasis war der Eintrag in der Roten Liste als Maßstab für die Erhältlichkeit.
- 2) Schreiben der Hoechst AG an die BUKO Pharma-Kampagne vom 18.8.87



Schraube locker?

Was hält der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) vom rationalen Gebrauch von Arzneimitteln? Eine Antwort darauf mag eine "Satire" geben, die der BPI in seinem monatlichen Propagandablättchen Medikament & Meinung vorab als Reaktion auf unseren Kongreß 'Weniger Medikamente - Bessere Therapie' veröffentlichte. (Kein Vertreter des BPI schaffte dann konsequenterweise den Weg nach Bielefeld.) Titel: "Nur für große und kleine lockere Schrauben - Der BUKO und die Liste der essentiellen Technischen Werkzeuge".

Für einen Abdruck des Artikels ist uns das Papier zu schade, wer ihn lesen möchte kann ihn sicher beim BPI, Karlstr.21, 6000-Frankfurt, Tel.069/2556243 bekommen. Die einzige Frage, die uns bleibt: Wie ist es um die Qualität der Produkte der Pharmaindustrie bestellt, wenn sie so ist wie dieser Artikel?



Baralgin-Werbung, diesmal aus Pakistan, Oktober 1986
5 vor 12 für den Patienten?

Kongreß-Reader

Zum Kongreß "Weniger Medikamente - Bessere Therapie, Von der Dritten Welt lernen?" wird in einigen Wochen ein Auswertungs-Reader in deutscher und englischer Sprache erscheinen. Dort werden neben den schon in diesem Pharma-Brief veröffentlichten Ergebnissen des Kongresses alle Reden sowie ein Teil des Pressechos abgedruckt sein.

Preis: 14,- DM, bei Vorausbestellung & -zahlung bis zum 31.12.87 ermäßigter Preis 12,- DM. Gewünschte Sprache angeben!

Impressum

Dieser Pharma-Brief wird kostenlos nur an entwicklungspolitische Gruppen abgegeben (Spenden sind erwünscht). Mehr-exemplare nur gegen Berechnung.

Verantwortlich: BUKO Pharma-Kampagne, Aug.-Bebel-Str.82, D-4800 Bielefeld 1, Tel.:0521/60550 - Spendenkonto: 105 801 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 01), Gesundheit & Dritte Welt e.V.