

Pharma - Brief

Zur Einführung

Nachdem auf dem letzten BUKO beschlossen wurde, eine Kampagne zur pharmazeutischen Industrie und multinationalen Konzernen durchzuführen, ist einiges in dieser Richtung unternommen worden.

Bereits auf dem BUKO hatte eine Reihe von Gruppen ihre Mitarbeit zugesagt. Durch verschiedene Veröffentlichungen und Einladungen an potentielle Interessenten ist der Kreis der mitarbeitenden Gruppen auf etwa 40 angewachsen. Dazu kommt noch eine Reihe von Einzelpersonen, die sich mit den Praktiken der pharmazeutischen Industrie schon länger beschäftigen.

Auf einem Seminar Mitte Januar in Hamm wurde über das weitere Vorgehen gesprochen. Themen der Kampagne sollen die Praktiken der multinationalen Pharmakonzerne in der Dritten Welt sein, wie der Verkauf von bei uns verbotenen Arzneimitteln, das Anbieten von Medikamenten mit einer Überzahl

von Indikationen, ohne auf gefährliche Nebenwirkungen hinzuweisen, der Verkauf überteuerter Markenarzneimittel und einer großen Zahl unwirksamer oder unwichtiger Produkte. Daneben soll es um die Verdrängung traditioneller Heilmethoden durch die Werbe- und Marketinganstrengungen der Pharmakonzerne gehen und um den Handel mit menschlichem Blut; verschiedene vor allem auch deutsche Konzerne zapfen der Armen in der Dritten Welt Blut in großen Mengen ab, um daraus Medikamente für die Industrieländer herzustellen.

Die Praktiken der Pharmakonzerne sind nur ein Beispiel für die Abhängigkeitsstrukturen denen die Dritte Welt ausgesetzt ist. An ihrem Beispiel wird deutlich, wie sich die Macht der multinationalen Konzerne gegen die Bevölkerung dieser Länder richtet. Deshalb meinen wir, daß sich alle Dritte Welt Gruppen

an der Pharma-Kampagne beteiligen sollten, denn der Kampf gegen diese Ausbeutungsstrukturen ist Teil der Arbeit aller entwicklungspolitischen Aktionsgruppen. Um Euch die Möglichkeiten einer Mitarbeit deutlich zu machen im Folgenden die Organisationsstruktur der Kampagne.

Die Vorbereitung der Kampagne wird von einer Projektgruppe getragen, die sich aus Gruppen aus dem gesamten Bundesgebiet zusammensetzt (das nächste Treffen findet von 3. - 5. April in Westberlin statt). Verschiedene Arbeitsgruppen kümmern sich um die notwendigen Rechercharbeiten und sorgen für die Erstellung von Materialien (Basisinfo, Themenhefte, Diasserien usw.), dabei ist die Mitarbeit von weiteren Gruppen erwünscht! Daneben wird auch ein internationales Seminar stattfinden, bei dem die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit ausländischen Gruppen erörtert werden sollen.

Die öffentliche Kampagne soll im Herbst beginnen, wobei ein Schwerpunkt auf dezentralen Aktivitäten soll. Deshalb ist die Mitarbeit möglichst vieler Gruppen vor Ort besonders wichtig. Für Gruppen, die sich nicht an den Vorbereitungsarbeiten beteiligen können (oder wollen), aber die Kampagnen mittragen wollen, werden im gesamten Bundesgebiet im Frühjahr und Sommer regionale Seminare stattfinden, auf denen das Konzept erläutert und Aktionsmöglichkeiten und -formen besprochen werden.

Gruppen und Einzelpersonen, die Interesse an der Kampagnen haben und/oder auch Informationen liefern wollen, können sich an die vorläufige Geschäftsstelle der Pharma-Kampagnen wenden:

**Dritte Welt Haus
August-Bebel-Str. 62
4800 Bielefeld 1**

Telefon 0521162802
Dort könnt Ihr alle Termine (vor allem auch der regionalen Seminare) erfahren und erhaltet weitere Informationen über die Kampagne.

Jörg Schaaber, Dritte Welt Haus
Bielefeld

IMPRESSUM

Der PHARMA-RUNDBRIEF ist eine Beilage des FORUM. Er ist nicht separat LU abonnieren.

Verantwortlich: Reinhard Pohl

Bestellung:

FORUM
c/o Magazin-Verlag
Königsweg 7
2300 Kiel 1

Tel.: 0431/63143

Das FORUM erscheint monatlich. Einzelheft 3,- DM, Jahresabo 36,- DM

Liebe LeserInnen und Leser!

Vor Euch liegt der erste Pharma-Rundbrief. Wir hoffen, damit die

vom Bundeskongreß beschlossene Pharma-Kampagne unterstützen zu können.

Mit dem Pharma-Rundbrief können wir allerdings nicht eine solche Kampagne organisieren und durchführen. Hier verweisen wir auf die Geschäftsstelle in Bielefeld und auf Euch selber.

Wie sollen wir, nun beginnen? Ganz einfach: Wenn Ihr in der Zeitung oder im Buchgeschäft Oder wo auch immer etwas über Pharmakonzerne oder über die Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt findet - schickt es uns bitte zu. Alles, was von allgemeinem Interesse ist, geben wir dann über den Rundbrief an alle weiter. Und schreibt uns dann bei Gelegenheit mal, wie Euch dieser Rundbrief gefällt.

Solidarische Grüße
Reinhard

Medikamentenversorgung in einem unterentwickelten Land

von John S. Yudkin, Department of Metabolism and Endocrinology,
London Hospital Medical College

Obersetzt von der Projektgruppe Multis & Dritte Welt,
zuerst erschienen in „The Lancet“, 15. April 1978.

ZUSAMMENFASSUNG

In vielen Entwicklungsländern könnte das Geld, das für Medikamente ausgegeben wird, weit effektiver genutzt werden, um Krankheiten vorzubeugen. Ein großer Teil des Medikamentenbudgets eines Entwicklungslandes wird ausgegeben für teure Markenpräparate, die hauptsächlich in den größeren Krankenhäusern benutzt werden; diese Gelder fehlen dann bei der Gesundheitsfürsorge in den **ländlichen** Gebieten. Ein Hauptfaktor, der die Ausgaben des Landes für Medikamente bestimmt, sind die Werbeaktivitäten der pharmazeutischen Firmen. Es gibt im untersuchten* Land im Verhältnis fünfmal **soviele** Vertreter der Pharmaindustrie als in Großbritannien. Viele Medikamente werden für **Krankheiten** angeboten, für **deren** Bekämpfung sie nicht hergestellt wurden, ihr Gebrauch kann in diesen Fällen riskant sein; Informationen über Nebenwirkungen und Kontraindikationen sind unvollständig. Informationen, die von den **Medikamentenfirmen** den Ärzten in verschiedenen Ländern gegeben werden, **sollten unbedingt standardisiert werden und der Kauf und Gebrauch von Medikamenten in Ländern der dritten Welt sollte mehr den eigentlichen Bedürfnissen angepaßt werden.**

EINFÜHRUNG

Das wichtigste **Gesundheitsproblem** in vielen unterentwickelten Ländern sind Krankheiten, die durch Armut und den Mangel an sanitären Anlagen bedingt werden; Krankheiten also, die durch Gründe bedingt werden, die es in den industrialisierten Ländern kaum noch gibt. Energische Gesundheits- und Immunisationskampagnen, die notwendig sind, um diese Krankheiten zu bekämpfen, benötigen sehr viel Geld besonders in **Ländern**, wo **80%** oder mehr der **Bevölkerung** auf dem Lande lebt. Aber die Ausgaben für präventive Maßnahmen leiden häufig darunter, daß ein großer Teil des **Gesundheitsbudgets** für Medikamente ausgegeben wird. Nur wenige dieser Länder haben eine eigene Pharmaindustrie, so verlassen sie sich auf Arzneien, die außerhalb gekauft werden. Während eines klinischen Aufenthaltes in einem unterent-

wickelten Land studierte ich den Kauf, Gebrauch und die Werbung für Medikamente in diesem Land, um zu entscheiden, ob das Geld, das für Medikamente ausgegeben wurde, reduziert werden könnte oder nicht, ohne die Gesundheit der Patienten zu gefährden.

GESUNDHEITSPROBLEME UND DAS GESUNDHEITSBUDGET

Das untersuchte Land hat keine wesentliche Industrie oder natürliche Reserven (Rohstoffe*), und über **90%** der Gesamtbevölkerung von 15 Mio. leben in Dörfern, meistens in Subsistenzwirtschaft. Für viele Krankheiten wird zuerst der traditionelle Heilkundige konsultiert; westliche medizinische Betreuung gibt es in aller Regel in Gesundheitsstationen und -zentren, ausgerüstet mit medizinischen Hilfskräften. Nur ein Drittel aller Untersuchungen findet in Krankenhäusern statt.

Die Ausgaben des Gesundheitsministeriums beliefen sich 1976 (alle Zahlen in diesem Papier beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf 1976) auf 30 Mio. Pfund (2% des Bruttosozialproduktes), von denen 5,2 Mio. Pfund (17%) für Medikamente ausgegeben wurden. Das jährliche Medikamentenbudget ist stetig angestiegen, in jedem der letzten fünf Jahre um ein Drittel.

Eine staatseigene Pharmafirma produziert im Moment ungefähr 7% des Bedarfs des Gesundheitsministeriums, hauptsächlich indem sie importierte Rohmaterialien in Tabletten, Kapseln und Losungen verwandelt. Von allen Medikamenten, die in den staatlichen Kliniken und Gesundheitszentren benutzt werden, werden 93% importiert (Kosten 4,8 Mio. Pfund) von diesen kommen wieder 85% (1975) aus Westeuropa und den USA.

Über 75% der vom Ministerium eingekauften Medikamente werden in den Krankenhäusern verbraucht. Die Medikamentenzuteilung an Krankenstationen (dispensaries), die dörflichen Gesundheitseinheiten, die mit Hilfskräften besetzt sind, beträgt 720000 Pfund pro Jahr (1,5 penny pro Patient). Zum Vergleich: Vier Chloroquine-Tabletten kosten 2 penny und 20

Aspirin-Tabletten 1,7 penny. So überrascht es nicht, daß in vielen Krankenstationen die monatliche Zuteilung an Medikamenten innerhalb von 14 Tagen verbraucht ist und viele Patienten unbehandelt weggeschickt werden müssen.

In den Krankenhäusern ist die Vorgehensweise beim Einsatz von Medikamenten verschieden. In kleinen Distriktkrankenhäusern wird über die Hälfte des Medikamentenbudgets für antibakterielle und antiparasitäre Medikamente ausgegeben, während in der staatlichen Lehrklinik diese Medikamente nur 25% des Budgets ausmachen, und 10% wird für Tranquilizer, Sedativa (Beruhigungsmittel*) und Antidepressiva benutzt.

Sogar die Sorten von Medikamenten derselben therapeutischen Kategorie, die benutzt werden, variieren je nach Art des Krankenhauses. In dem wichtigen staatlichen Lehrkrankenhaus wurden bei 40% aller Medikamente, die verschrieben wurden, die teuren Markenpräparate den älteren (und billigeren) Gattungsalternativen vorgezogen. In verschiedenen Distrikt- und Regionalkliniken, die ich untersuchte, war dies nur bei 5 – 19% der Präparate der Fall.

MEDIKAMENTENWERBUNG

Das Verfahren, nach dem in großen Krankenhäusern in diesem Entwicklungsland verschrieben wird — das in seiner Betonung von psychotropischen Medikamenten und teuren Markenpräparaten dem Verfahren in Industrieländern ähnlich ist — scheint stark von der Werbetätigkeit der Arzneifirmen beeinflusst zu werden. Diese Aktivitäten sind beträchtlich, obwohl die jährlichen Ausgaben für Medikamente jetzt nur ungefähr 1,2% der Medikamentenausgaben des Britischen Nationalen Gesundheitsdienstes betragen. Im Januar 1977 gab es 147 Arzneifirmenvertreter in diesem Land — einen auf 14 vier Ärzte (in Großbritannien beträgt das Verhältnis 1 auf 20 Ärzte.)

Ihr bloßer Unterhalt kostet schätzungsweise 600 000 Pfund pro Jahr, und die totalen Ausgaben für Werbung sind wahrscheinlich wesentlich höher: in Großbritannien erklären die Vertreter nur 40% der Werbekosten für Medikamente. Selbst mit der Ausnahme, daß in diesem unterentwickelten Land der entsprechende Anteil 60% beträgt, kann man schätzen, daß die Arzneikonzerne mindestens 1 Mio. Pfund pro Jahr für Werbung und Anzeigen ausgeben (1700 Pfund pro Arzt, oder doppelt so viel in Großbritannien). Obwohl der Markt klein ist,

ist die Ausgabekraft hoch konzentriert, weil viele Ärzte Medikamente bestellen, die medizinische Hilfskräfte verschreiben sollen oder andere Doktoren in einem ganzen Distrikt. Jeder Arzt im Land kontrolliert im Durchschnitt die Ausgabe von 11 500 Pfund für Medikamente. Das geschätzte Verhältnis von Werbekosten zu Verkauften gleicht dem in Großbritannien, aber Werbung ist wahrscheinlich effektiver; in den meisten unterentwickelten Ländern haben die Arzneikonzerne ein Informationsmonopol, weil medizinische Fachzeitschriften in Krankenhäusern nicht weit verbreitet sind und unabhängige Feststellungen der Wirksamkeit von Medikamenten oder der Kosten von der Industrie nicht vorgelegt werden und von Gesundheitsministerien nur selten.

Viele Medikamentenkonzerne ziehen aus ihrer Kontrolle der Informationsversorgung Vorteile, indem sie oft gefährliche Medikamente für eine Breite von Indikationen anpreisen, die weiter ist, als es in entwickelten Ländern normal ist. Gleichzeitig übergehen sie Nebenwirkungen in Werbeschriften und Packzetteln. Der „African Monthly Index of Medical Specialities“ (M.I.M.S.), eine Publikation, die der Britischen Version ähnelt, die allen Ärzten im Lande gratis, alle zwei Monate zugeschickt wird, ist für manche Ärzte die einzige Quelle für aktuelle Informationen der Hersteller, aber mit großen Unterschieden: Indikationen für Medikamente werden häufiger und besondere Vorsichtsmaßnahmen seltener erwähnt. Wenige Dritte-Welt Länder haben eine Gesetzgebung, die die festgestellten Indikationen für ein Medikament begrenzen oder die Veröffentlichung von falscher oder irreführender Information illegal machen.

Einige Medikamente und ihre Absatzsteigerung durch Werbung:

Aminopyren und Dipyron sind antipyretische Analgetika (fiebersenkende Schmerzmittel), die eine Agranulocytose (Abwehrschwäche wegen Schädigung weißer Blutkörperchen) mit einer Mortalität (Sterblichkeit) von 0,57% verursachen können. In den USA sind sie zugelassen, um sie ausschließlich bei Patienten im Endstadium tödlicher Krankheiten anzuwenden, bei denen sichere Antipyretika erfolglos waren. (In der BRD sind ähnliche Substanzen allerdings weit verbreitet, wie Noralgin®, Pyramidon®) Im African M.I.M.S. (African Monthly Index of Medical Specialities) November 1977 werden 31 Präparate mit diesen Substanzen als Analgetika für leichtere Fälle

empfohlen. Die Verpackungsaufschriften behaupten, daß sie einen „weiten Sicherheitsspielraum“ (Arafortan, ASTA Werke) haben, oder daß ihre „Sicherheit weltweit in über 500 Publikationen überprüft und bestätigt worden ist“ (Buscopan compositum enthält Dipyron, BOEHRINGER INGELHEIM). Einige der Verpackungen erwähnen Aminopyren und Dipyron, anstelle der längeren chemischen Namen wie Natrium 2,3-dimethyl-1-phenyl-5-pyrazolon-4-yl-methylamino-methan-sulfonat-Monohydrat. Anabole Steroide können eine Wachstumsverminderung, irreversible Virilisation (bleibende Vermännlichung) bei Mädchen und Lebertumoren verursachen. In Großbritannien werden sie zur Behandlung von Osteoporose (Knochenschwund), Nierenversagen, bösartige Krankheiten im Endstadium und aplastischen Anämien eingesetzt. Im African M.I.M.S. werden sie angepriesen als Behandlung bei Unterernährung, Gewichtsverlust und Kwashiorkor (Hungerzustand mit Wasserbauch*) („Decadurabolin“, ORGANON), als Appetit-Stimulantien („Winstrol“, WINTHROP*), für Erschöpfungszustände („Primobolan Depot“, SCHERING; „Dianabol“, CIBA GEIGY*), und für „exzessive Erschöpfbarkeit“ von Schulkindern („Dianavit“, CIBA GEIGY*).

Hochdosierte Oestrogen-Gestagen-Kombinationen (weibliche Geschlechtshormone) bringen als „hormonale Schwangerschaftstests“ eine erhöhte Mißbildungsrate mit sich. In Großbritannien beschränkt sich die Indikation für „Primidos“ (SCHERING*) seit 1974 auf die Diagnose einer sekundären Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung) mit kurzer Dauer, vorausgesetzt, daß eine Schwangerschaft ausgeschlossen worden ist. Im African M.I.M.S. wird „Primidos“, genau wie „Menstrogen“ (ORGANON), „Norlutin“ (PARKE DAVIS*), „Paralut“ (WALLACE*) und „Disecron“ (BRITISH SCHERING*), für die Diagnose einer Schwangerschaft empfohlen; die Verpackungsaufschrift von „Primidos“ erwähnt das Risiko fetaler Fehlbildungen nicht.

Wenn eine Dosis des antihypertensiven (blutdrucksenkenden) Stoffes Clonidin auch nur 12 Std. ausbleibt, kann ein bedrohlich hochschnellender Bluthochdruck und manchmal Gehirnblutungen (Folge: Schlaganfall) entstehen. Clonidin sollte deshalb vermieden werden, wenn die Patienten die verordneten Präparate wahrscheinlich unregelmäßig nehmen würden. In Afrika können Transportschwierigkeiten und Verwaltungsprobleme die regelmäßige Versorgung mit

Präparaten während einer Therapie verhindern. Außerdem werden die Pillen nur zur Abhilfe von Symptomen genommen, denn die Vorstellung von symptomlosen Krankheiten ist nicht sehr verbreitet; in einer Untersuchung fand man, daß nur 20% der Patienten ihre Tabletten regelmäßig nehmen. Clonidin (Captopress, BOEHRINGER INGELHEIM) wurde 1975 im (untersuchten) Land eingeführt: die Firma verteilte kostenlose Musterexemplare der Substanz, die für lediglich 2–3 Wochen reichten, bevor sie über die zentrale staatliche medizinische Geschäftsstelle (C.M.S.) erhältlich war. African M.I.M.S. erwähnt die Gefahr beim plötzlichen Absetzen einer Clonidin-Therapie nicht, obwohl es das British M.I.M.S. tut. In der Broschüre des Herstellers werden zwei Nebenwirkungen erwähnt — aber nicht diese (oben beschriebenen) gegenüber fünfzig in der amerikanischen Anzeige. BOEHRINGER INGELHEIM haben erst jetzt zugestimmt, diese Gefahr auf zukünftigen Verpackungen zu erwähnen.

Für mehrere potentiell gefährliche Substanzen wird für harmlose Indikationen oder ohne Erwähnung spezieller Vorsichtsmaßnahmen oder Nebenwirkungen geworben: für Chloramphenicol („Synthomycetin“, LEPETIT*) wird zum Gebrauch in „Atemwegen, Harnwegen, bei Operationen, für Hals, Nase, Ohren, Verdauungskana) und Gallenwegen, bei Geschlechtskrankheiten und gynäkologischen Infektionen und in der Geburtshilfe“ (Chloramphenicol ist ein Antibiotikum, das durch Nebenwirkungen auf die Blutbildung tödlich sein kann. Es wird in der Bundesrepublik nur bei sehr beschränkten Indikationen, meist erst bei Versagen anderer Substanzen verabreicht.) Mesterolone („Proviron“, SCHERING), ein Androgen, (männliches Geschlechtshormon) wird vorgeschlagen bei „abklingender körperlicher Aktivität bei Männern mittleren Alters“; eine Kombination von Oxyphenbutazon, (100 mg) und Prednisolon (2,5 mg) („Realin“, CIBA GEIGY) wird zum Gebrauch bei „allen degenerativen rheumatischen Krankheiten und Rheumatismus und Fibrositis außerhalb von Gelenken“ in einer Dosis bis zu vier Tabletten täglich empfohlen. (Oxyphenbutazon hat häufig ind viele Nebenwirkungen: Blutbildungsschädigungen, Oberbauchbeschwerden, Blutungen, Aufbrechen alter Magengeschwüre, Nierenfunktionsstörungen bis zum Nierenversagen, und sogar, akute Leukemien. Es ist bestenfalls kurzfristig brauchbar.) Triamcinolon — („Kenacort“, SQUIBB), ein tropisches Steroid, wird für Indi-

kationen gehandelt, die Insektenstiche und Sonnenbrand einschließen (es wirkt fünfmal so stark wie Cortisol); LEDERKE, SO/IBB, PFITZER, LEPETIT und BOOTS handeln mit pädiatrischen (für Kinderärzte) Zubereitungen von Tetracyclinen, ohne die möglichen Risiken zu erwähnen, oder die Empfehlung — wie in England — daß Tetracycline nicht bei Kindern bis zu 12 Jahren verwendet werden sollten. Liothyronin („Tertroxin“, GLAXO) wird zur Behandlung „reduzierter Stoffwechsellagen“ vertrieben, im Gegensatz zur Indikationsstellung des British M.I.M.S. von „ernsthaften Schilddrüsen-Beeinträchtigungen“. Methadon („Phepton“, BURROUGHS' WELLCOME), in England für schwere Krankheiten empfohlen, ist im African M.I.M.S. als Hustenmittel enthalten.

Diskussion

In einigen Entwicklungsländern wird eine kritische Einschätzung der Rolle vorgenommen, die medizinische Heilbehandlungen bei der gesamten Verbesserung der Gesundheit spielen. Das schließt Versuche ein, Medikamentenausgabe durch die Gesundheitsministerien zu rationalisieren — Beschränkung der Medikamentenliste auf 100 bis 400 Artikel, Abschaffung des Gebrauchs patentierter Markenmarken oder Verkürzungen der Laufzeit von Arzneipatenten. Die Entwicklung nationaler Pharma-Industrien ist in vielen Ländern der dritten Welt zur Priorität geworden, ermutigt durch die Schritte der Vereinten Nationen: in der Zwischenzeit müssen Wege gefunden werden, die Kosten der wichtigsten Punkte im Medikamentenbudget zu senken — z.B. durch die Einrichtung einer internationalen Medikamenten-Einkaufs-Agentur, die Sachbearbeiter anfordern könnte, um verschiedene Länder mit den benötigten Medikamenten zu versorgen und die Qualitätskontrolle zu beaufsichtigen.

Es gibt oft starken Druck auf Gesundheitsministerien, die Ausgaben für Heilbehandlungen nicht zu begrenzen. Ärzte, die ihre medizinische Ausbildung in Industrieländern gemacht haben, möchten keine Kompromisse damit machen, was nach ihrem Gefühl die beste Behandlung, des Einzelne zum theoretischen Nutzen der ganzen Bevölkerung ist.

Aber es gibt in vielen Entwicklungsländern ein wachsendes Bewußtsein für Kosteneffektivität, obwohl gegenwärtig nur wenige Mini-

sterien ihre Ärzte selbst mit den elementarsten Informationen über Medikamentenkosten versorgen. Ein Sinneswandel beim Verschreiben (von Rezepten) erfordert Änderungen in der Ausbildung von Medizinstudenten in klinischer Pharmakologie und Lehrbücher, die die Kosteneffektivität bei der Therapie betonen. Einige Länder haben erzwungen, Medikamentenwerbung durch Firmenvorsteher zu verbieten, und andere begrenzen das Verteilen von Arztemustern und Geschenken an Ärzte.

Um Informationen über den Gebrauch von Medikamenten zu sammeln, zu standardisieren und zu verbreiten, könnten regionale, kooperative pharmazeutische Zentren geschaffen werden. Als Alternative könnte die Weltgesundheitsorganisation (WHO*) die Aufgabe übernehmen, Werbeprospekt zu standar-

disieren, Einsatzmöglichkeiten, Nebeneffekte und Kontraindikationen einheitlich zu beschreiben.

Die Medikamentenindustrie spielt eine Rolle bei der Verbesserung der Gesundheit in der unterentwickelten Welt, aber diese Rolle ist kleiner als sie uns glauben machen will. Viele der ehrlichen Medikamentenfirmen würden Kontrollen begrüßen, die übertriebene Werbung unlohend machen würden. Innerhalb solch eines Rahmens könnte die pharmazeutische Industrie den Beitrag demonstrieren, den sie zur Gesundheitsverbesserung leisten kann. Aber den Pharmafirmen darf nicht erlaubt werden, ein Risiko für die Gesundheit in der unterentwickelten Welt zu werden, indem sie bei der Versorgung mit Informationen versagen oder knappe Mittel aus effektiven Projekten abziehen.

Langbein/Martin/Weiss/Werner:
GESUNDE GESCHÄFTE — DIE
PRAKTIKEN DER
PHARMA-INDUSTRIE,
 Köln 1981 bei Kiepenheuer &
 Witsch,
 ISBN 346201448x

Dies ist ein Buch, das alle, die sich mit der Pharma Industrie beschäftigen (wollen), unbedingt gelesen haben müssen. Einer der Autoren Hans Weiss hat ein Jahr lang als „Pharma Berater“ bei der Firma Bayer in Österreich gearbeitet. Pharma Berater sind diejenigen Menschen, die aufgrund von emotionaler Wärme, kleiner Geschenke oder auch großer Geschenke, die Ärzte dazu überreden sollen, ein bestimmtes Medikament zu verschreiben. Das Buch beschreibt die Praktiken der Pharma Industrie anhand einer Unmenge interner Rundschreiben und ähnlichem. Es weist nach, wie skrupellos die Konzerne beim Geschäftemachen sind und wie hilflos aber leider auch wie raffgierig die Ärzte gegenüber der Pharma Industrie sind, und es zeigt, daß eine Sache beim Verkauf und beim Verschreiben von Medikamenten kaum eine Rolle spielt: die Gesundheit der Patienten. Wenn man das Buch gelesen hat, wundert man sich, wie man trotz Arztbesuch noch gesund geworden ist.

Kauft das Buch schnell, es könnte sein, daß es bald nicht mehr zu kriegen sein wird, wegen der Reaktionen der Pharma Industrie. Es steht deshalb auch nicht im Katalog Eures Buchhändlers. Ich habe Euch deshalb gleich die ISBN nummer angegeben

Christian Uecker