

# PHARMA BRIEF



## Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 8, Oktober 1992

Health Action International (D)

ID 11838 E

### Habilitierte Pharmareferenten

Erst im Dezember 1991 wurde das neue Antibiotikum TEFLOX auf einer Einführungsveranstaltung der Firma Abbott von deutschen Professoren als Bereicherung der Medizin gefeiert. Werbewirksam sprachen sie sich für ein Präparat aus, das nur ein halbes Jahr später wegen schwerer Nebenwirkungen vom Markt zurückgerufen werden mußte. Dieser Vorgang zeigt besonders kraß, wie problematisch das Verhalten vieler Medizinprofessoren ist, die sich für Geld in die Werbekampagnen der Pharmakonzerne einspannen lassen.

Mit Datum vom 8. Juni 1992 hat die Firma Abbott allen deutschen Ärztinnen und Ärzten einen "Rote-Hand-Brief" zugesandt, in dem "als eigenverantwortliche, freiwillige Maßnahme" der weltweite Rückruf der Arzneimittel TEFLOX und TEFLOX URO mitgeteilt und begründet wird. Grund für diese Maßnahme sind Meldungen schwerer unerwünschter Wirkungen, die erst nach Markteinführung bekannt geworden sind. Das Arzneimittel enthält den antibiotischen Wirkstoff Terafloxacin, der wie Ciprofloxacin (CIPROBAY) und Ofloxacin (TARIVID) zur Gruppe der Chinolone bzw. Gyrasehemmer gehört.

Grundsätzlich ist an diesem Vorgang nichts Aufregendes, denn die Liste von Arzneimitteln, deren schwerwiegendes Risikopotential erst nach Markteinführung erkannt wurde, ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich gewachsen. Auffallend ist allenfalls, wie kurz nach der Markteinführung die Probleme bereits erkennbar wurden. In Deutschland wurde TEFLOX erst im März dieses Jahres zugelassen. Sonst wurde das Arzneimittel bisher nur in den USA, England, Irland, Schweden und Argentinien vertrieben – auch dort erst seit kurzer Zeit.

Interessant ist der Fall Terafloxacin aber aus einem ganz anderen Grunde. In Deutschland ist es ein beliebtes Vorgehen von Pharmafirmen, sich bei der Markteinführung neuer Produkte der Hilfe bekannter Namen zu versichern. Es macht sich aus Sicht der Marketing-Abteilungen von Pharmafirmen z.B. ausgesprochen gut, wenn

auf einem "Workshop" oder "Expertengespräch" die (angeblichen) Vorzüge eines neuen Arzneimittels von bekannten Referenten mit Professorentitel vorgetragen werden. Dabei interessiert es kaum jemanden, daß die nun in die Rolle habilitierter Pharmareferenten schlüpfenden Professoren für diesen Dienst – und das nicht zu knapp – entlohnt werden!

Es stellt sich aber natürlich die Frage, ob die Ausführungen nicht auf die Erwartungen der Pharmafirma zugeschnitten werden und deshalb notwendigerweise unausgewogen sind. Sicher ist jedenfalls, daß sich die Firmen nur solche Referenten einladen, die sie für ihre Zwecke für geeignet halten. Dazu kommt, daß die akademischen Referenten mit nicht immer ausgewogenen Wiedergaben ihrer Ausführungen nach solchen Veranstaltungen rechnen müssen. Käme es nicht zu einer ausgesprochen vorteilhaften Berichterstattung über das neue Arzneimittel, solche Veranstaltungen fänden nicht statt.

Auch die Firma Abbott hat ihre Markteinführung von TEFLOX mit einem "Expertengespräch" unter dem Titel "Ein neuer Standard in der Therapie mit Gyrasehemmern: TEFLOX" vorbereitet, das am 12. Dezember 1991 in Frankfurt stattfand. Zielgruppe der Veranstalter waren nicht Ärzte, sondern Journalisten, vor allem Medizinjournalisten. Der Titel der Veranstaltung konnte keinen der vortragenden Experten darüber im Unklaren lassen, was von ihm erwartet wurde.

### Editorial

Und sie bewegt sich doch, die Ärzteschaft. Eine Positivistliste für verordnungsfähige Arzneimittel hat der Ärztetag in Köln gefordert (s.a. Pharma-Brief Nr. 7). Der wichtigste Tagesordnungspunkt des außerordentlichen Ärztetages in Köln sei das gewesen, teilt die Hauspostille des BPI 'medikament & meinung' ihrer (besorgten?) Leserschaft mit. Ausnahmsweise sind wir einmal einer Meinung mit dem BPI. Bis die deutsche Arzneimittelzulassung strengen medizinischen Kriterien genügen wird, ist eine Positivistliste unserer Meinung nach die medizinisch und wirtschaftlich vernünftigste Lösung, den gesundheitsgefährdenden und teuren Umgang mit Arzneimitteln zu verbessern. Dies war 1987 auch ein Ergebnis unseres Kongresses "Weniger Medikamente – Bessere Therapie". Die Pharma-Kampagne nimmt schon heute Wetten entgegen, wann diese grundlegende Reform verwirklicht sein wird. Schon 1994? Oder schafft es erst die nächste Regierung?

Anderer Meinung als der BPI und seine Mitgliedsfirma Merck sind wir hingegen über die Frage der Bereitschaft zum Dialog und den Umgang mit Kritikern. Die evangelische Kirche in Hessen und Nassau lud zu einer Podiumsdiskussion "Arzneimittelversorgung in Lateinamerika und die Rolle der Firma Merck". Das Unternehmen glänzte durch Abwesenheit. War es nicht bereit, sich unserer Kritik an seinem Arzneimittelangebot in Lateinamerika zu stellen, weil es nicht in der Lage ist, sein Sortiment mit einsichtigen medizinischen Argumenten zu verteidigen? Da war keine Rede mehr davon, "Kontraversen offen und ernsthaft auszutragen" wie es in dem Dialogpapier mit den Kirchen vom BPI so vollmundig angekündigt wurde. (GH)

Ein Ergebnis dieser Veranstaltung war u.a. eine von dem Hersteller finanzierte Beilage für die Münchener Medizinische Wochenschrift vom 21. Februar 1992, in der ausführlich über die Expertisen berichtet wurde. Demnach handelt es sich bei Temafloxacin um eine Substanz mit "optimaler" bakterieller Potenz und "ausgereifter" Pharmakokinetik (Dr. Pizzuti von Abbott), eine literarische Einschätzungsvorgabe, hinter der Prof. Lode (Berlin) mit seinem Urteil einer "exzellenten" Kinetik offenbar nicht zurückstehen wollte. Nach Prof. Vogel (Hofheim/Taunus), einem weiteren Referenten der Veranstaltung, lassen besondere Vorzüge des Temafloxacin es nun als geboten erscheinen, den Stellenwert der Gyrasehemmer (die bislang nicht zur Initialtherapie von Atemwegsinfektionen eingesetzt werden sollten) neu festzulegen. Wer wollte nach solchen Hymnen noch daran zweifeln, daß es sich bei Temafloxacin um eine wirkliche Bereicherung der Medizin handelte? Die allgemeine Stimmung auf dieser Veranstaltung muß schließlich so stimulierend gewesen sein, daß Prof. Lode der neuen Substanz bescheinigte, "sicher zu handhaben und gut verträglich" zu sein und im Vergleich zu den anderen Chinolonen auch noch ein günstiges Nebenwirkungsprofil zu besitzen.

Wie wir inzwischen wissen, hat sich Prof. Lode mit seiner Einschätzung gründlich geirrt. Auch wenn im allgemeinen gilt "Irren ist menschlich", ist so viel Verständnis in diesem Falle doch fehl am Platze. Aus fachlicher Sicht muß nämlich ein solches Gütesiegel kurz nach Markteinführung, wie es Prof. Lode für die Risikoseite von Temafloxacin öffentlich abgegeben hat, schlicht als unverständlich bezeichnet werden. Es ist in der Medizin nämlich allgemein bekannt, daß halbwegs verlässliche Äußerungen zur Problematik unerwünschter Wirkungen nur längere Zeit nach Markteinführung - nachdem eben Tausende von Menschen mit der neuen Substanz behandelt worden sind - ohne allzu große Irrtumsmöglichkeit gemacht werden können. Diese Erfahrung konnte jeder, auch Prof. Lode, bereits bei anderen Chinolonen machen. Gegen diese Erkenntnis hat Prof. Lode bei der Werbeveranstaltung der Firma Abbott verstoßen.

Tatsächlich sind auch Herrn Prof. Lode solche Überlegungen nicht unbekannt. In der von ihm herausgegebenen "Zeitschrift für Chemotherapie" (Mai/Juni-Heft 1992) heißt es zum Risikovergleich von Temafloxacin mit anderen Chinolonen denn auch zurückhaltend: "Theoretische Ableitungen aus Strukturwirkungsbeziehungen und den physikochemischen Eigenschaften der Substanz könnten vermuten lassen, daß das Potential für ZNS-Störungen geringer sei als bei anderen Fluoro-

## Temafloxacin: sicher zu handhaben und gut verträglich



Die älteren Gyrasehemmer haben einen festen Platz in der Behandlung der verschiedenen Harnwegsinfektionen. Die modernen Fluorochinolone, wie Ciprofloxacin, Ofloxacin und Temafloxacin, verfügen über ein wesentlich breiteres antimikrobielles Spektrum. Daher decken sie ein wesentlich weiteres Indikationsfeld ab.

Fluorochinolone der dritten Generation, wie etwa Temafloxacin (Teflox®) werden heute vorwiegend zur Therapie komplizierter Infektionen eingesetzt. Das gilt für die chronische bakterielle Prostatitis wie für die akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis oder die bakteriell bedingte Lungenentzündung, resümierte H. Lode, Berlin.

Prof. Lode in der Münch. med. Wschr. 134 (1992) Beilage 134

Chinolonen. Solche Störungen wurden jedoch auch unter der Behandlung mit Temafloxacin gesehen und eine abschließende Bewertung dieser unerwünschten Wirkung im Vergleich zu verwandten Chemotherapeutika ist derzeit noch nicht möglich."

Nun ist dieses Beispiel einer medizinisch fragwürdigen Unterstützung von Pharmafirmen beileibe kein Einzelfall. Auch andere Professoren verdienen sich durch solche Aktivitäten ein gutes Zubrot zu ihrem eigentlichen offiziellen Einkommen. So mancher Professor liegt mit diesem zusätzlichen "Verdienst" in dem einen oder anderen Monat sogar über seinem eigentlichen Gehalt. Der unabhängige Arzneimittelbrief hat 1988 über das Problem der akademisch unterstützten Werbeaktivitäten ausführlich diskutiert. Die Ärzte Zeitung (18. April 1985) beschrieb das Dilemma aus ihrer Sicht: "Wir Medizinjournalisten können ein Lied davon singen. Vor allem: Wie sollen wir denn unterscheiden zwischen echten Informationen und erkaufte Äußerungen unserer meinungsbildenden Hochschulkapazitäten? Was können wir an unsere Leser guten Gewissens weitergeben?"

Vielleicht könnte man über die Geschäftstüchtigkeit der "habilitierten Pharmareferenten" (Prof. K.-D. Bock, Essen) einfach hinwegsehen, wenn die Konsequenzen für die Medizin und die sich den Ärzten anvertrauenden Patienten nicht so problematisch wären. Haben doch gerade Professoren der Medizin gegenüber der großen Zahl ihrer praktizierenden Kollegen eine besondere Verpflichtung. Wer, wenn nicht sie, können mit wissenschaftlicher Kompetenz Vorurteilen in der Medizin zum Vorteil der Patienten zu Leibe rücken und zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung beitragen? Erwarten darf man von wissenschaftlich arbeitenden Ärzten, insbesondere aber von renommierten Professoren, daß sie unabhängige und nützliche Orientierungshilfen für die tägliche Arbeit geben. Welche therapeutische Strategie eignet sich für ein

konkretes medizinisches Problem besonders gut? Wie sind miteinander konkurrierende therapeutische Strategien im Vergleich zueinander zu bewerten? Was tun, wenn die therapeutischen Erwartungen nicht erfüllt werden?

Zu solchen Fragen hat sich Prof. Lode auch geäußert. In einem Interview mit der Ärzte Zeitung aus dem Jahre 1991 hat er zur antibiotischen Therapie von Atemwegsinfektionen ausgeführt: "Zu einer wirksamen Therapie sollte man bei diesen Patienten mit einem Präparat beginnen, das die Pneumokokken und Hämophilus influenzae sicher erfaßt [...] Für die Praxis käme da vor allem ein modernes Makrolid-Antibiotikum [...] in Frage. Erste Wahl sind auch noch die bewährten Aminopenicilline wie das Amoxycillin oder das Ampicillin [...] Nicht empfehlen für die Therapie der primären unkomplizierten bakteriellen Infektionen wollen wir schließlich die Gruppe der modernen Chinolone, die wir erst in zweiter Linie, nach dem Versagen der obigen Ersttherapie, eingesetzt sehen möchten."

In einem von der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 1991 veröffentlichten Artikel über "Antibiotische Therapie der ambulant erworbenen Pneumonien" gibt Prof. Lode für seine Zurückhaltung gegenüber den Chinolonen nähere Gründe an: "Wegen ihrer guten Wirksamkeit gegenüber Problemkeimen sind Chinolone nicht als Mittel der ersten Wahl anzusehen, und sie sollten nur unter strenger Indikationsstellung verordnet werden, um einer Resistenzentwicklung bei diesen wertvollen Substanzen vorzubeugen."

Dieser Einschätzung ist aus meiner Sicht nichts hinzuzufügen. Wäre es für Prof. Lode aber nicht ein Akt der Glaubwürdigkeit gewesen, auf sein Mitwirken bei der Werbeveranstaltung der Firma Abbott zu verzichten?

Hermann Schulte-Sasse

# "Die Sucht ist weiblich"

ein Bericht vom Frauen-Seminar des VDPP in Kaufungen 1992

"Sobald die Produktion von Pharmaka die Nachfrage nach ihnen übersteigt, muß Krankheit auch dort geschaffen oder zumindest suggeriert werden, wo es an sich keine gibt." sagte einmal der italienische Psychiatriekritiker F.O. Basaglia.

Dieser Satz scheint eine spezifische Frauenproblematik in der BRD zu charakterisieren: das Frau-sein als Krankheit. Erwachsene Frauen nehmen etwa doppelt so viele Arzneimittel wie Männer ein. Unspezifische Beschwerden sind bei Frauen häufig. Suchen die Frauen ärztliche Hilfe, sind Diagnosen wie "seelische Störungen", "Neurosen", "funktionelle Störungen mit psychischen Ursachen" typisch. Im Gegensatz dazu haben Männer Krankheiten, die sich auf konkrete Organe wie Herz oder Lunge beziehen.

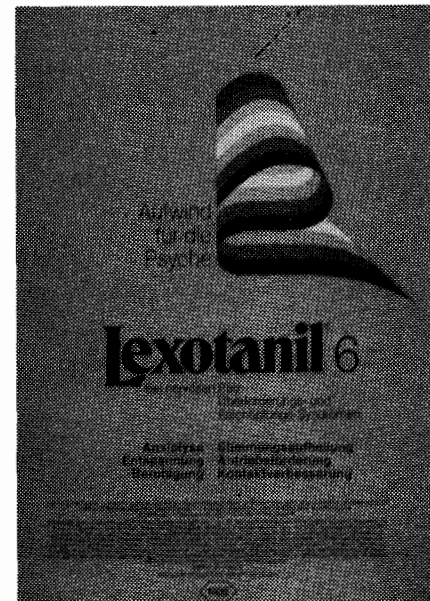
Verordnet werden den Frauen am häufigsten Schmerzmittel, Neuroleptika und Tranquilizer. Aber Frauen sind nicht kränker als Männer, sondern die Opfer bestimmter gesellschaftlicher Strategien: eine Frau, die unter mangelnder Erfüllung ihrer Bedürfnisse leidet, wird als krank definiert. Somit tritt anstelle der Bedürfnisbefriedigung die Tabletteneinnahme, einerseits, um ihre Funktionstüchtigkeit zu gewährleisten, andererseits, um daraus Profit zu ziehen.

In der Tat werden in der Öffentlichkeit die private und öffentliche Diskriminierung der Frau bagatellisiert. In bezug auf Ausbildung, Qualifizierung,

berufliche Positionen und gesellschaftliche Anerkennung werden sie benachteiligt. Gefühlsarbeit in Familien und typischen Frauenberufen ist Frauensache, für Harmonie sind die Frauen zuständig. Damit verbundene mangelnde Anerkennung, Wut, Angst und Depressionen werden in Körpersymptomen und Befindlichkeitsstörungen kanalisiert. Viele Frauen, die nicht die Konsequenz ziehen, gegen Benachteiligung zu kämpfen und zu versuchen, bedrückende oder einengende Arbeits- oder Familienverhältnisse zu verändern, greifen zu Medikamenten. Tranquilizer und Schmerzmittel auf Rezept oder in der Apotheke gekauft, z.B. Kombinations-Präparate wie THOMAPYRIN, lindern Angst- und Schmerzsymptome und machen die Probleme erträglich. Aber jetzt wird die Gesundheit wirklich untergraben: häufige Schmerzmitteleinnahme über längeren Zeitraum führt zu vielfältigen Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen (!), Magenbeschwerden, Harnwegsinfekten und schließlich Nierenversagen. Beruhigungsmittel, z.B. Benzodiazepine, führen schon innerhalb von etwa 10-20 Tagen zu beginnender Abhängigkeit, eine angstlösende Wirkung hingegen ist für mehr als 4 Monate nicht belegt. Wiederum treten Angst, Unruhe und Zittern, diesmal als Entzugssymptome, auf. Besonders unangenehm sind Wahrnehmungsstörungen oder das Gefühl, "verrückt zu werden".

So werden Frauen dauerhaft zu Patientinnen: 75% der Benzodiazepin-Abhängigkeiten werden durch ärztliche Verordnungen erzeugt und aufrechterhalten; und gleichzeitig zu Konsumentinnen. Als direktes Zielobjekt von Marketing-Strategien der Pharma-Industrie (Schmerzmittelwerbung in Boulevardzeitungen und Fernsehen richtet sich häufig gezielt an Frauen) wird Frauen die Einnahme von Tabletten als Scheinlösung suggeriert, den Profit macht die Pharma-Industrie. ApothekerInnen als private Anbieter profitieren von dieser Problematik: auch sie werben in ihren Schaufenstern für Schmerzmittel und Appetitzügler und ziehen Nutzen daraus: denn mehr Medikamentenverbrauch bedeutet mehr Umsatz. Viele ApothekerInnen sind sich der Verstrickung und der daraus resultierenden Verantwortung bewußt.

Also beschäftigten sich Apothekerinnen des VDPP (Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen) auf ihrem diesjährigen Frauen-Seminar mit diesem Thema. Der oben beschriebene Problembereich wurde in mehreren Vorträgen und anschließender Diskussion erläutert und



dann nach Lösungsansätzen gesucht. Apothekerinnen haben viele Möglichkeiten, mit Frauen ins Gespräch zu kommen. In Beratungsgesprächen gilt es, Patientinnen auf die mit der Medikamenteneinnahme verbundenen Gefahren aufmerksam zu machen und gemeinsam mit ihnen alternative Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Unterstützung können Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen und regionale Suchtgruppen bieten. Auch wir sehen den beschränkten Handlungsspielraum, den Apothekerinnen haben, seien sie angestellt oder selbständig, im Krankenhaus oder in der Forschung tätig. Doch trotz der finanziellen Abhängigkeit (z.B. vom sog. Arbeit- "geber"), dem Kampf um Erhalt des Arbeitsplatzes, dem Konkurrenzkampf zwischen den Apotheken, und der Pflicht, Rezepte nach Anweisung des Arztes zu beliefern, rufen wir die ApothekerInnen dazu auf, ihre Patientinnen durch Info-Blätter, selbstgestaltete Kundenzeitschriften und kritische Apothekenschaufenster über Medikamentenmißbrauch und Suchtgefahren zu informieren. Auch im persönlichen Gespräch mit PatientInnen können ApothekerInnen auf diese Probleme eingehen. Öffentlichkeitsarbeit, z.B. auf Apothekertagen, in Form von Podiumsdiskussionen zum Thema Medikamentenmißbrauch bietet zusätzlich die Möglichkeit, auf die gesellschaftliche Relevanz dieser Probleme aufmerksam zu machen.

Die Apothekerinnen des Frauen-Seminars sind über die dargestellten Zustände empört. Wir werden so viel wie möglich tun, um betroffenen Frauen zu helfen und nicht noch Profit aus dem Elend anderer zu ziehen.

Katrin Altenbernd

(s.a.: VDPP Rundbrief Nr. 13, Juni 1992, zu beziehen bei: Gudrun Hahn, c/o Fleming Apotheke, Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13)

## 5.6. Wilde Mischungen

Die Suchtgefahr von Tranquilizern (Benzodiazepinen) wird bei einigen Präparaten noch immer verschwiegen oder verharmlost. Von Pharmaseite ist zu hören, Alkohol sei fast immer die Einstiegsdroge in die Abhängigkeit von Tranquilizern. Zahlreiche Wissenschaftler sehen das anders. So wurde beispielsweise an der Universität Ulm festgestellt, daß in rund 40 Prozent der Fälle ein Benzodiazepin-Derivat oder Alkohol das anfängliche Suchtmittel war. In den übrigen Fällen begann die Abhängigkeit mit anderen Arzneimitteln<sup>43</sup>. Zu einem fast ähnlichen Ergebnis kommen die Wissenschaftler einer Göttinger Longitudinalstudie<sup>44</sup>:

Was war der erste Suchtstoff in Ihrem Leben?

Valium	11,1%	Tranquilizer insgesamt 31,1 %
Tavor	5,4%	
Lexotanil	3,6%	
Adumban-forte	3,5%	
Librium	2,0%	
Limbatril	1,8%	
Tranxilium	1,7%	
Demetrin	1,0%	
Praxiten-forte	1,0%	
Andere Arzneimittel	3,0%	Arzneimittel insgesamt 34,1 %
Alkohol	40,4%	

Quelle: Andrea Ernst/Ingrid Füller; Schlucken und Schweigen; Köln 1988, S. 132

# Die Verantwortung der Pharmafirmen

## Podiumsdiskussion über die Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt

(enk). „Arzneimittelversorgung in Lateinamerika und die Rolle der Firma Merck“ war jetzt Thema einer Podiumsdiskussion im evangelischen Gemeindehaus in der Kiesstraße. Doris Peschke von der evangelischen Kirche Hessen-Nassau und Pfarrer Claus Braun von der Mission und Ökumene in Starckenburg hatten dazu eingeladen.

Rainward Bastinan, Leiter des Instituts für ärztliche Mission in Tübingen, erklärte, bis zur optimalen Versorgung der Dritten Welt mit Medikamenten sei es noch ein weiter Weg. „Äußerster Mangel und sinnloser Überfluß“ kennzeichnen die Lage. In Deutschland könne ein Kind mit Durchfall zwölf Medikamente bekommen – die Arzneien ähnelten sich in der Grundsubstanz, nur die Ver-

packung sei bunter. Der krasse Gegensatz: In der Dritten Welt hat ein Kind Husten, die Eltern probieren Hausmittelchen, gehen zum Geisterheiler; schließlich bekommt das Kind Tabletten aus einer angebrochenen Schachtel, weil diese früher dem Vater geholfen haben.

Gegen „Luxus- und Schrottmittel“ sprach sich Dr. Hermann Schulte-Sasse vom Bundeskongreß entwicklungs-politischer Aktionsgruppen aus. „Für die Kosten eines kleinen Fläschchens mit Vitaminpräparaten kann man ungleich mehr Nahrungsmittel kaufen.“ Schulte-Sasse hat drei Jahre als ärztlicher Entwicklungshelfer in Lateinamerika gearbeitet.

Der Export von Medikamenten, deren Wirkstoffe in Deutschland heftig umstritten

sind, sei unverantwortlich, so Schulte-Sasse. Metaminzol etwa, ein Wirkstoff, der auch in dem Schmerzmittel Madinol enthalten ist, zerstöre die weißen Blutkörperchen und werde deshalb in Deutschland nur im äußersten Notfall angewandt. „Ich kann sogar ganz darauf verzichten, es gibt mehrere weniger gefährliche Medikamente“, erklärte ein junger Allgemeinmediziner. „In Mexiko stand bis 1991 nichts über die gefährlichen Nebenwirkungen von Metaminzol im Beipackzettel“, sagte Dr. Schulte-Sasse.

„Sollen die Regierungen der Dritten Welt sich doch selbst darum kümmern“, warf eine Zuhörerin ein. „Die Zulassungsbehörden der armen Länder haben doch gar nicht die Mittel, ihre Bestimmungen zu kontrollieren“, antwortete Do-

ris Peschke. Geringe Kommunikationsmittel und fehlende Überwachungsbehörden ermöglichen so leichten Absatz von fraglichen Arzneimitteln.

Regierung, Ärzte, Apotheker, Pharmaindustrie und nicht zuletzt die Patienten trügen die Mitverantwortung für die Situation des Arzneimittelmarktes, so Doris Peschke. Um Mißstände zu beseitigen und ihnen vorzubeugen, müsse eine intensive Informationspolitik betrieben werden. Auch innerhalb der Pharma-Firmen sollten die Mitarbeiter über ihre Verantwortung gegenüber der Dritten Welt diskutieren.

„Und was sagen Sie dazu?“ fragte Pfarrer Braun gegen Ende der Veranstaltung den leeren Stuhl neben sich. Die Firma Merck hatte keinen Mitarbeiter geschickt.

Darmstädter Echo vom 28.9.92

## Alternativer Nobelpreis an Gesundheitszentrum

1971 gründete der 29jährige Arzt Zafrullah Chowdury ein kleines Krankenhaus in Bangladesch. Er baute es zum Volksgesundheitszentrum Gonos-hasthaya Kendra, das auch auf Gebieten wie Erziehung, Ackerbau, Frauenemanzipation und der Produktion von Arzneimitteln tätig wurde. Das Zentrum bildete auch Barfußärzte aus, von denen nun 160 in 10 Subzentren 180.000 Menschen versorgen. 1981 wurde eine Arzneimittelfabrik aufgebaut, die zu niedrigen Kosten hochwertige Basismedikamente herstellt und mittlerweile den Arzneibedarf in Bangladesch zu 15 %, in manchen Bereichen gar zu 80 % deckt. Als Anerkennung für seine Arbeit wird ihm nun am 9. November in Stockholm der Alternative Nobelpreis verliehen. Dieser 1980 von Jakob von Uexküll gestiftete Preis will „praktische Lösungen für die schwersten Krisen der heutigen Welt“ fördern. Er soll als Ermunterung für Chowdhury und sein Werk angesehen werden, das national und international durch den Einfluß westlicher Medizingesellschaften unter Druck gekommen sei, meint die Preisjury der Right-Livelihood-Gesellschaft.<sup>1</sup>

Zafrullah Chowdhury ist seit langem im HAI-Netzwerk aktiv. 1987 war er Sprecher auf unserer Internationalen Konferenz „Weniger Medikamente – Bessere Therapie.“ GH

1 Frankfurter Rundschau vom 8.10.92

## Konzern-Nachrichten

### Merck verdient mehr

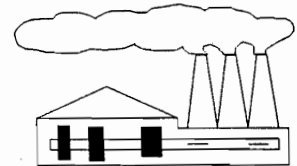
In der Dritten Welt lasse sich sowieso nichts verdienen, sagen die deutschen Firmen gerne. Das ist nicht immer so. Die indonesische Niederlassung von E. Merck jedenfalls hat 1991 glänzende Geschäfte gemacht. Der Umsatz stieg im Vergleich zum Vorjahr um 22% auf 11,2 Millionen US\$, der Nettogewinn gar um 41% auf 2,4 Millionen US\$.<sup>1</sup> JS

### Hoechst belastet weniger

Manchmal lassen einen auch gute Nachrichten nachträglich erschauern. Hoechst hat die Produktion aromatischer Amine, das sind unter anderem Grundstoffe für die Arzneimittelproduktion, umgestellt. Im bisherigen Verfahren aus den 30er Jahren entstanden pro Jahr 19.000 Tonnen Eisenoxidschlamm, die mit hohem Energieaufwand gereinigt werden mußten. Trotzdem landeten große Mengen von Schadstoffen auf der Giftmülldeponie. Durch das neue Verfahren entstehen nur noch 2% der alten Müllmenge und die Abwasserbelastung sinkt um 99%. Wie leicht vergißt man, daß kleine Pillen schon bei der Produktion große Mengen Müll verursachen können.<sup>2</sup> JS

### Hoechst Südafrika expandiert

Hoechst Südafrika wird seine Pharmasparte ausbauen. Es hat 60% des Kapitals der Noristan Holdings Ltd. übernommen. Die Noristan-Gruppe ist einer der größeren Hersteller von Pharmazeutika, Kosmetik und Krankenhausausrüstung in Südafrika. 25 Millionen DM wird Hoechst für eine der größten Neuinvestitionen einer deutschen Tochtergesellschaft in Südafrika bezahlen. Schon bislang war Hoechst mit einem Jahresumsatz von 750 Millionen DM der drittgrößte Chemiekonzern in Südafrika. Mit der



Neuerwerbung wird die Zahl der Mitarbeiter um 750 auf 1850; der Umsatz um 100 Millionen DM wachsen.<sup>3</sup> GH

### Roche gibt umsonst

Auf Bitten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spendet Roche für Kambodscha Malariatabletten zur Behandlung von 150.000 PatientInnen.<sup>4</sup> Ob es wohl geholfen hat, daß der gegenwärtige WHO-Generaldirektor Nakajima früher Forschungsdirektor von Roche in Tokio war? Über eine generelle Preissenkung von Roche-Tropfenmedikamenten ist uns nichts bekannt. JS

- 1 P T Merck in 1991, in: Scrip No.1742, 7.8.92, S.12
- 2 Weniger Umweltbelastung und weniger Arbeitnehmer, Frankfurter Rundschau vom 9.9.92
- 3 Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 6.20.92
- 4 Süddeutsche Zeitung vom 8.9.92

#### Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma – Kampagne, August-Bebel-Str. 62, W-4800 Bielefeld 1, BRD; Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789

Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1

Redaktion: Gudrun Henke (Verantwortlich), Annette Will

Druck: Off-Set, Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich, Einzelabo 20 DM, Institutionen- oder Auslandsabo 35 DM. Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

copyright BUKO Pharma – Kampagne

Konto: 105 601 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61), Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.