

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 1/88

Health Action International (D)

Januar 1988

Aktionswochen vom 2.-14. April

Kein Pharma-Müll für niemand!

Für eine rationale und durchschaubare Arzneimittel-Politik!

Vom 2.-14. Mai finden bundesweite Aktionswochen unter dem Motto "Niemand will Pharma-Müll! Für eine rationale und durchschaubare Arzneimittel-Politik!" statt. Der nachfolgende Text soll den inhaltlichen Rahmen der Aktionen abstecken. Vom 10.-14. Mai wird auch der Deutsche Ärztetag tagen, der im letzten Jahr die unethischen Praktiken der Pharma-Industrie scharf kritisiert hat.

Als Einstieg in das Thema (s. Motto) wird die Pharmakampagne zwei Seminare veranstalten, beide zum gleichen Termin vom 8.-10. April, aber an verschiedenen Orten (Nähe Ulm und Bielefeld). Wir rufen alle Gruppen auf, sich mit vielfältigen Aktionen und Veranstaltungen an der Aktionswoche zu beteiligen. Auch die Busgruppe der Pharmakampagne wird während dieser Woche wieder unterwegs sein (s. Ankündigung) Und wie bei allen Aktionswochen werden wir auch diesmal Referenten für Informationsveranstaltungen vermitteln. Materialien für die Aktionswoche werden wir im nächsten Pharmabrief vorstellen.

Wenn Ihr an einem der Seminare teilnehmen wollt, beachtet bitte die beiliegende Postkarte und meldet Euch rechtzeitig an!

"Wenn wir über die Gesundheit in der Dritten Welt reden, reden wir über die größte Ungerechtigkeit des 20. Jahrhunderts. Wir müssen über Armut, Elend und Seuchen reden, die Millionen von Menschen gefährden - ..." (Bühler, M., 1987). Die meisten Krankheiten der Dritten Welt sind Krankheiten der Armut. Sie können nur durch die Abschaffung der Armut, der ungerechten Weltwirtschaftsstrukturen, ausgerottet werden.

Aus den Krankheiten der Armut ziehen die in den Industrieländern ansässigen Pharmakonzerns ihre Gewinne; allen voran die bundesdeutschen Konzerne. Die deutsche Pharmaindustrie ist der weltgrößte Arzneimittelexporteur. In vielen Ländern der Dritten Welt werden keine Medikamente hergestellt, so daß in diesen ausschließlich importierte Medikamente zur Verfügung stehen.

Die Medikamente, die die Pharma-Unternehmen in die Dritte Welt exportieren, sind häufig überflüssig, und oft sogar gefährlich. Gefährliche Arzneimittel, die aufgrund ihres hohen gesundheitlichen Risikos in der BRD nicht zugelassen würden, verboten sind

oder von den Konzernen selbst vom bundesdeutschen Markt zurückgezogen wurden, werden auf den Märkten der Dritten Welt (weiter) verkauft. Häufig unterscheiden sich auch Arzneimittelkennzeichnung und -werbung in Hersteller- und Dritte Welt-Land, was Dosierung, Indikation, Nebenwirkungen und Kontraindikationen betrifft.

Diese unethischen Praktiken der Pharmakonzerne, die die BUKO-Pharmakampagne seit ihrer Gründung 1980 verurteilt, wurden auch vom letzten Ärztetag (1987) aufs schärfste kritisiert. Und das Europäische Parlament forderte 1986 in einem Entschließungsantrag Initiativen zur europaweiten Exportkontrolle von Arzngimitteln.

Die Konzernzentralen in den Industriestaaten bestimmen, daß in die Dritte Welt teure Vitaminpräparate, Grippemittel und Stärkungssäfte für den privaten Markt exportiert werden, die zwar Profite ermöglichen, der Verbesserung der Gesundheit und der Lebensbedingungen aber nicht dienen. Es werden aber auch Medikamente exportiert, die zwar wirksam sind jedoch zu teuer; billigere Medika-

mente könnten denselben Zweck ebenso erfüllen. Um die in den Werbungen gepriesenen "Wundermittel" kaufen zu können, verschulden sich die Armen oder kaufen sich weniger Nahrungsmittel. Das für Medikamente ausgegebene Geld fehlt ihnen für die Organisation des alltäglichen Überlebens.

Die Pharmakonzerns können in der Dritten Welt aufgrund ihrer grossen Marktmacht überhöhte Preise verlangen. Die Medikamenten-Einkäufe sind für die Länder der Dritten Welt sehr teuer und tragen damit zu deren hohen Verschuldungsraten bei. Schon lange fordert die Dritte Welt die Versorgung mit billigen unentbehrlichen Medikamenten. Tatsächlich braucht eine rationale Arzneimittel-Therapie nur relativ wenige Wirkstoffe. Die WHO hat z.B. eine solche Modell-Liste mit etwa 250 Medikamenten zusammengestellt, die unentbehrlich für die Gesundheitsbedürfnisse eines jeden Landes weltweit sind. (Zum Vergleich: in der BRD sind z.Z. ca. 47 000 Präparate auf dem Markt!)

Inzwischen haben bereits 98 der 150 Dritte Welt-Länder (UNICEF/1986) das 'Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel' in Ihr öffentliches Gesundheitswesen übernommen, das in der Regel allerdings nur etwa 10-30% ausmacht. Das bedeutet, daß für die Masse der Armen unentbehrliche und lebensrettende Medikamente unerreichbar sind. Den restlichen Anteil (etwa 70-90%) nimmt der private Gesundheitssektor ein. Hohe Staatsschulden führen zu weiteren Einsparungen im öffentlichen Gesundheitswesen, das als Folge noch weiter privatisiert wird. Auf dem privaten Markt sind die Medikamente meist frei verkäuflich und nur gegen Bar-

zahlung zu erwerben. Dieser Markt wird gerade auch von den Armen in Anspruch genommen.

Was also den Pharmamultis durch Einschränkung im öffentlichen Sektor verloren geht, versuchen sie im privaten Sektor mit der Vermarktung einer unüberschaubaren Flut verschiedener oftmals überflüssiger, gefährlicher und viel zu teurer Medikamente nachzuholen.

Inzwischen sind auch die Industriestaaten verschuldet. "Kostendämpfung" nennt sich bei uns die zunehmende Einsparung und Privatisierung im Gesundheitswesen. Auch hier findet verstärkt eine Entwicklung zur 2-Klassen-Medizin mit öffentlichem und privatem Sektor statt, wie es sie in der Dritten Welt schon lange gibt. Trotz stärkerer Kontrollen (als für Exportmedikamente) befindet sich auch auf dem BRD-Markt eine unüberschaubar große Zahl von Medikamenten. Deshalb haben einzelne Krankenhäuser und niedergelassenen ÄrzteInnen selbst damit begonnen, ihr Medikamentensortiment mit Hilfe eigener Listen unentbehrlicher Medikamente positiv einzuschränken. Langfristig kann dies jedoch nicht Einzelinitiativen überlassen bleiben, wenn das Ziel eine bessere, kostengünstigere und durchschaubare Arzneimittelpolitik ist.

Das 'Konzept unentbehrlicher Medikamente' mit weniger, wirksamen und kostengünstigen Präparaten ist erst dann effektiv, wenn es **ÜBERALL** und für den **GESAMTEN** Gesundheitssektor gilt. Es darf keine Trennung zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitswesen geben. Pharmapolitik und Arzneimittel-Verschreibung muß für die VerbraucherInnen durchsichtig und nachvollziehbar sein. Für den Export von Arzneimitteln in die Dritte Welt müssen mindestens dieselben Kriterien gelten wie für die Hersteller-Länder. Darüberhinaus muß die Pharma-Industrie eine besondere Verantwortung für ihre Produktpolitik in der Dritten Welt tragen.

Keine Geschäfte mit der Armut!
Darum keine überflüssigen, unwirksamen oder gefährliche Medikamente!

Keine 2-Klassen-Medizin! Keine Trennung zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitswesen!

Stärkere Exportkontrollen von Arzneimitteln in die Dritte Welt! Stop für gefährliche Pharmaexporte!

Für eine Pharmapolitik und Arzneimittel-Verschreibung, die für VerbraucherInnen durchschaubar ist!

Für eine Therapie mit weniger und guten Medikamenten - weltweit!

Schluck & weg!

Bus-Theater-Tour

Die Theatergruppe der Pharmakampagne "Schluck und weg" fährt mit ihrem kunterbunt bemalten Reisebus vom **9.-14. Mai** im Rahmen der Aktionswochendurch die südliche Bundesrepublik. **Gesucht sind: aktive, pharmainteressierte Gruppen aus dem Postleitzahlbereich 6, 7 und 8.** (Die anderen Aktiven aus dem Norden seien auf Ende September vertröstet, wenn der Theaterbus zum Weltwirtschaftsgipfel nach Berlin rollt.) Station kann überall gemacht werden, wo sich ein größeres Publikum erreichen läßt, sei es tagsüber in der Fußgängerzone oder in einer Abendveranstaltung.



Robert Lembke ist mit seinem heißbegehrten Medikamentenraten ebenso dabei wie Dr. Mbuto aus Lagos, dessen Praxis mal wieder voller "Durchfälle" ist. Aber nicht mehr lange, denn Frau Pharmavertreterin hat ihm ein neues Produkt aus modernster Forschung mitgebracht. Auch das Publikum kommt nicht zu kurz, wenn es Multivitaminpräparate ohne Nebenwirkungen zu gewinnen gibt - und dies alles ohne jeden Einsatz. Nach 20 Minuten Theater laden wir dann ins Buskino zur Diavorführung, ins Buscafé zum Quatschen-oder an den Büchertisch ein. Presse, Funk und Fernsehen sind uns immer willkommen.

Was ist zu tun?

Gruppen, die den Bus gerne einladen möchten, müßten folgendes vorbereiten:

- Als erstes meldet euch bei Markus Füller oder im Büro der BUKO-Pharmakampagne (Adressen s. unten) und gebt zwei Kontaktadressen mit Telefonnummern und Terminwünschen an. Wunsch der Theatergruppe ist es, am

Vormittag in eine Stadt zu kommen, dort in der Fußgängerzone bis zum späten Nachmittag zu spielen, dann von der lokalen Gruppe beköstigt zu werden und anschließend eine gemeinsame Abendveranstaltung zu machen und bei der Gruppe zu übernachten (8-10 Leute).

- Wenn klar ist, wann der Bus zu Euch kommt, müßt ihr einen Stellplatz an einem möglichst belebten Ort der Innenstadt beim Ordnungsamt beantragen. Was Ihr dafür wissen müßt, teilen wir euch noch mit.

- Wenn der Bus kommt, sollten möglichst ein paar Leute da sein, die am Büchertisch stehen während die Gruppe spielt - und auch sonst behilflich sind.

- Donnerstag, der 12.5. ist ja ein Feiertag; es wäre toll, wenn eine Gruppe uns dann zu einem Kulturfestival o.ä. einladen würde.

Also das ist erst mal das wichtigste. Genaueres erfahrt Ihr vom Büro der Pharmakampagne oder von Markus, der die Tour organisiert. Bitte meldet euch möglichst bald, damit wir planen können.

Bis dann Ciao, wir freuen uns auf Euch.

Kontaktadressen:

Markus Füller, Thielenstr. 3, 4800 Bielefeld, 0521/63886

BUKO-Pharmakampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1, 0521/60550

Dritte Wahl für die Dritte Welt? Die Schering Pharma-Politik

Im Juni 1987 gab die Schering-Gruppe der BUKO-Pharmakampagne zusammen mit der BUKO-Pharmakampagne eine Broschüre (Titel: Dritte Wahl für die Dritte Welt? Die Schering Pharma-Politik) über die Pharma-Politik der Schering-AG heraus. Grundlage der Broschüre ist eine Untersuchung des Medikamentensortiments des Konzerns in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas. Auf die Veröffentlichung reagierte die Schering-AG Berlin im September '87 mit einer 46-seitigen Stellungnahme.

Den größten Teil dieser Antwort hielt die Schering-Gruppe der BUKO-Pharmakampagne für nicht akzeptabel und verfaßte ihrerseits im Dezember '87 einen "Offenen Brief", den wir im folgenden abdrucken, als Gendarstellung auf die Reaktion der Schering-AG.

Offener Brief 18.2.1987

an die Schering AG, Müllerstr.
170-78, P.F. 650311, 1 Berlin 65

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen Ihre ausführliche Stellungnahme vom September des Jahres zu unserer Broschüre vom Juni. Wir antworten Ihnen nun in Form eines offenen Briefes, da wir es für wichtig halten, der Presse und anderen Multiplikatoren der interessierten Öffentlichkeit, Einblick in die sich ergebende Diskussion zu geben.

Vor allem erkennen wir an, daß Sie als Verantwortliche eines bedeutenden Herstellers pharmazeutischer Produkte sich zu Ihrer Verantwortung für Ihre Erzeugnisse und deren Folgen bekennen - auch in der dritten Welt: "Als Hersteller von Arzneimitteln sind wir dafür verantwortlich, daß der Nutzen unserer Präparate, also die therapeutische oder prophylaktische Wirksamkeit bzw. die Zuverlässigkeit der diagnostischen Ergebnisse, in einem medizinisch und ethisch vertretbaren Verhältnis zu den mit ihrer Anwendung verbundenen Risiken steht, also dem eventuellen Auftreten unerwünschter Wirkungen. Weiter müssen wir bestrebt sein, einen falschen Gebrauch oder einen Mißbrauch unserer Präparate durch Ärzte und Patienten auszuschließen." (S. 7 Ihrer Stellungnahme) Dieses sind genau die Ansprüche, an denen wir Sie seit Beginn unserer kritischen Betrachtung gemessen haben und auch zukünftig messen werden.

Den größten Teil Ihrer Antwort halten wir jedoch für nicht akzeptabel.

Der Handel mit Medikamenten in der Dritten Welt spielt sich unter vollständig anderen Bedingungen ab als bei uns. Ihre Darstellung der Arzneimittelmärkte dieser Länder beinhaltet aus unserer Sicht eine Reihe von Fehlern, die wir nicht unwidersprochen lassen können.

Es stimmt nicht, daß:

* die Staaten in der Dritten Welt in der Lage wären, das Arzneimittelangebot wirksam zu kontrollieren. Vielmehr gibt es bei den dortigen Behörden in der Regel einen ausgesprochenen Mangel an qualifiziertem Personal, Informationsmöglichkeiten und generell an finanziellen Mitteln. Gerade deshalb stellen sachkundige Vorschläge wie die Liste essentieller Medikamente der WHO eine wertvolle Hilfe dar.

* die WHO-Liste die Entwicklung und den Export innovativer Präparate verhindert. Auch wird diese Liste, die lediglich einen Modellcharakter hat, ständig aktualisiert, wie z.B. im Falle von Praziquantel. Auf jeden Fall sollten nur solche Präparate in die dritte Welt exportiert werden, deren Nutzen-Risiko-Potential hinreichend bekannt ist und auch für die Bedingungen dort abgeschätzt werden kann. Unsere Kritik galt ja auch nicht den wirklich innovativen Präparaten, sondern in erster Linie dem Vertrieb überholter Altpräparate.

* die Versorgung der Armen und Ärmsten in erster Linie über den staatlichen Sektor des Gesundheitswesens erfolgt. Gerade die Unzulänglichkeit dieses Sektors zwingt die Armen, sich auf dem privaten Markt einzudecken, oft ohne vorher einen Arzt konsultiert zu haben, von unzureichend ausgebildetem Apothekenpersonal beraten und einem Überangebot oft unzulänglicher Medikamente ausgesetzt. (1)

* fehlende Rezeptabdeckung "durchaus nicht negativ zu bewerten sein muß" (S. 14). Gerade hier liegt eine Quelle für Medikamentenmißbrauch und Fehlanwendung seitens des Patienten sowie des umsatzorientierten Verkäufers. In Deutschland gibt es seit dem 14. Jahrhundert eine Trennung zwischen dem, der Medikamente verschreibt, und dem, der sie verkauft, um die Interessen des Patienten an einer medizinisch notwendigen und korrekten Behandlung zu sichern. Sie wollen

doch nicht etwa wieder ins 13. Jahrhundert zu rück?

Wir vermissen eine Erklärung dafür, daß bei den von uns als überflüssig oder gefährlich bewerteten Medikamenten häufiger als bei besser bewerteten ein Verkauf nur in den Entwicklungsländern, nicht jedoch im Ursprungsland festzustellen ist. (s. Tabelle 2 unserer Broschüre)

Sie werfen uns die Vermischung von Vergangenheit und Gegenwart vor. Wir stellen hierzu fest, daß lediglich 2 der von uns kritisierten Präparate beim Erscheinen unserer Broschüre seit kurzem vom Markt genommen waren, was wir in beiden Fällen auch angemerkt haben und an anderer Stelle bereits begrüßt haben. Alle Änderungen von uns kritisierten Präparate waren zum Zeitpunkt des Erscheinens unserer Broschüre weiterhin im Handel. Das älteste der von uns dokumentierten Werbebeispiele ist 4 Jahre alt, alle anderen sind jüngeren Datums. Die Ihnen von uns vor kurzem zugesandte unvertretbare Provironwerbung aus Pakistan vom Mai dieses Jahres beweist die bleibende Relevanz dieses Themas.

Im Übrigen ist auch die Dokumentation kritikwürdiger Verkaufs- und Werbeaktivitäten aus der Vergangenheit aus unserer Sicht durchaus berechtigt, wenn sie dazu geeignet ist, der Öffentlichkeit ein realistisches Bild der Praktiken eines Konzerns zu vermitteln und eine kritische Haltung gegenüber den aktuellen und zukünftigen Tätigkeiten der Firma zu fördern. Gerade ein in einem so sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen tätiger Konzern muß sich in einem demokratischen Staat auch eine rückwirkende öffentliche Kontrolle gefallen lassen.

Sie kritisieren das angebliche Fehlen von Kriterien für die Kategorisierung der Medikamente in 3 Gruppen. Wir haben die Definitionen der drei Kategorien auf S. 3 unserer Broschüre ausführlich dargelegt und haben nach diesen Richtlinien jedes Medikament individuell und sorgfältig bewertet, wie angegeben haben wir uns dabei auf internationale pharmakologische Standardliteratur bezogen. Originalarbeiten sind zu diesem Zweck wenig geeignet. Die medizinischen Details haben wir in unseren früheren Gesprächen mit Ihnen diskutiert, die Broschüre wäre bei individueller Diskussion eines jeden Medikamentes zu umfangreich geworden, eine Kurzkritik der beanstandeten Präparate findet sich jedoch am Ende des Heftes.

Wir haben ein dreistufiges Schema gewählt, um die Beurteilung in einen übersichtlichen Rahmen zu bringen. Im Übrigen ist dies schon eine differenziertere Betrachtung, als die eigentliche

Fragestellung nach der bestehenden oder nicht bestehenden Berechtigung eines Mittels auf dem Markt erfordert.

Wir fragen uns, wie Ihre Äußerung über den Einfluß Ihrer Geschäftsaktivitäten in Entwicklungsländern, Sie hätten "ihnen gezeigt, wie man Medikamente richtig herstellt..." (S. 8), zu verstehen ist. Meinen Sie wirklich, daß durch das Verlagern von Teilen der Produktion Entwicklungsländer in die Lage versetzt würden, selber Medikamente zu produzieren?

Zu dem dritten Teil Ihrer Stellungnahme möchten wir nur einige kurze Anmerkungen machen.

Pernaxin: Selbst wenn man Ihrer Auffassung folgt, die Diskussion über den Wert von Vitaminpräparaten sei in der Fachwelt noch nicht abgeschlossen, muß man diese in jedem Fall auf Monopräparate beschränken.

Den Hinweis "Die Zusammensetzung und die Anwendungsgebiete dieses Präparates wurden laufend der Entwicklung der Medizin als Erfahrungswissenschaft angepaßt" (S. 19), kann bezüglich der Rolle des in Pernaxin enthaltenen Leberextraktes wohl nur in dem Sinne verstanden werden, einmal für richtig gehaltene Erfahrungswerte besäßen für alle Ewigkeit Gültigkeit und Berechtigung.

Ihr Hinweis, Sie hätten "dafür Sorge getragen, daß keine Werbung für Pernaxin mehr erfolgt, die geeignet sein könnte, einen etwaigen Fehlgebrauch zu induzieren oder zu fördern" (S. 21), geht am Problem vorbei. Neben der fehlenden medizinischen Berechtigung eines solchen Pseudomedikamentes ist sein Einfluß auf das Ernährungsverhalten armer und ärmster Menschen bleibend fatal. Wir halten somit unsere Forderung nach sofortigem Rückzug des Pernaxins von allen Märkten aufrecht, auch auf die Gefahr hin, von Ihnen deshalb weiterhin der Polemik beschuldigt zu werden.

Anabolika: Es fällt auf, daß gerade zu den von uns kritisierten Phantasie-Indikationen Ihre Literaturbelege überwiegend aus den 60er Jahren stammen, einige aus dem Anfang der 70er Jahre. Hingegen sind Ihre Belege zu den von uns akzeptierten Indikationen sämtlich jüngeren Datums. Vermischung von Vergangenheit und Gegenwart? Wir möchten hinweisen auf zwei Veröffentlichungen von HAI und WEMOS zu dem Thema. (2)

Anovlar und Gynovlar: Wir haben nie bestritten, daß es medizinische Indikationen für höher dosierte Kontrazeptiva gibt. Wir sind aber weiterhin der Meinung, daß keine medizinische Begründung für extrem dosierte Ovulationshemmer wie Anovlar besteht.

Ihre Darstellung, die in der Einleitung Anovlar und Gynovlar erwähnt, dann aber unabhängig davon Indikationen aufzählt, bei denen ev. höher dosierte Kontrazeptiva angezeigt sind, führt zu dem Fehleindruck, daß Anovlar oder Gynovlar ein oder das Mittel der Wahl bei derartig gelagerten Fällen sei. Dem muß widersprochen werden.

Bei zystisch-fibröser Mastopathie empfiehlt Taubert als Therapie gestagen-betonte Ovulationshemmer (wie von Ihnen zitiert) mit niedrigerem Östrogenanteil oder besser reinem Gestagen (von Ihnen nicht zitierte zweite Satzhälfte). Anovlar und Gynovlar haben bekanntlich einen hohen Östrogenanteil.

Daß auch für die anderen aufgeführten Indikationen Gegenargumente bestehen, wird für uns auch dadurch belegt, daß Sie Anovlar in der BRD in diesem Jahr vom Markt genommen haben und Ende nächsten Jahres weltweit zurückziehen werden. Gynovlar ist in der BRD nicht registriert.

Cumorit: In Ihrer Stellungnahme gehen Sie intensiv auf den Vorwurf der Teratogenität von Cumorit ein, wobei diese nicht im Mittelpunkt unserer Kritik stand. Wir haben vielmehr die widersprüchliche Medikamentenpolitik der Schering AG beim Auftauchen dieses schwerwiegenden, bis heute nicht widerlegten Verdachtes kritisiert. In England wurde 1970 die Indikation Schwangerschaftstest gestrichen, in der BRD drei Jahre später. 1980 wurde in der BRD ein schwächer dosiertes Nachfolgepräparat für die Behandlung der sekundären Amenorrhoe eingeführt. 1981 wurde Cumorit in Deutschland zurückgezogen. Sie sind uns die Antwort schuldig geblieben, warum Cumorit erst 1987 weltweit vom Markt genommen wurde.

Tonovan/Proviron: Die traditionelle Medizin in vielen Ländern der Dritten Welt schenkt der Förderung der männlichen Potenz viel Beachtung. Hier tut sich auch für die pharmazeutische Industrie ein weites Absatzfeld auf. Sie haben mit Ihrer Tonovan-Bewerbung in der jüngeren Vergangenheit gezeigt, wie hier Geschäfte zu machen sind, die mit Ethik wenig gemein haben. Nachdem Tonovan vom Markt genommen wurde, könnte Proviron die entstandene Lücke füllen. Die indische Werbung "Provironum brings the middle-aged man back into form", weist deutlich in diese Richtung.

Ein Arzt, der nach diesem Motto verschreibt, handelt natürlich nicht aus medizinischer Indikation. Daß im übrigen Proviron wie andere Medikamente in der 3. Welt ohne ärztliches Rezept zu den Konsumenten gelangt, wissen auch Sie. Daß unter diesen Bedingungen von einer vernünftigen Nutzen-Risiko-Bilanz nicht die Rede sein

kann, hören Sie dagegen nicht so gern.

Eine zurückhaltende Produktwerbung und eine Beschränkung auf medizinisch gesicherte Indikationen sollte Scherings Beitrag sein, dem einträglichen, aber gesundheitsschädlichen Mißbrauch von Proviron weltweit Einhalt zu gebieten.

Fundal: Zu Ihren Anmerkungen zum Pflanzenschutzteil unserer Broschüre heben wir hervor, daß Sie darin keiner unserer Aussagen direkt widersprechen, und wir sie ebenso wie die daraus abzuleitenden Forderungen aufrechterhalten.

Ihre Bestätigung, Chlordimeformhaltige Produkte würden nur noch in wenigen Ländern vertrieben, beweist die Möglichkeit wirtschaftlichen Baumwollanbaus ohne diesen Wirkstoff, der in vielen der übrigen Länder bereits erfolgt.

Eine Berechtigung für die Anwendung dieses hochgradig krebserregenden Pestizides besteht somit in keiner Weise.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Robert Hartog, Beate Jungmann, Henry Mathews, Hermann Schulte-Sasse, Jan Schleicher, Thomas Schulz

1) s. hierzu z.B. Diana Melrose, Bitter Pills, Oxford 1982, S.25f; Diana Melrose, Double Deprivation: Public and Private Drug Distribution from the Perspective of the Third World Poor, in: World Development, Vol.11, No.3, 1983, pp 181-186; Sjaak van der Geest, Marketing Myths, in: Medicine in Society 2 (2), 1985, S. 41-45 2) Health Action International, Problem drugs, Den Haag 1986; WEMOS Pharma Group, Anabolic Steroids, Amsterdam 1987

Kongreß-Reader

Zum Kongreß "Weniger Medikamente - Bessere Therapie. Von der Dritten Welt lernen?" wird demnächst der angekündigte Auswertungs-Reader in deutscher und englischer Sprache erscheinen. (Die Veröffentlichung hat sich leider aus organisatorischen Gründen verzögert). Im Reader werden alle Reden, die Ergebnisse des Kongresses sowie ein Teil des Presseechos abgedruckt sein.

Preis: 14,- DM. Bei Auslands-Sammelbestellungen der engl. Ausgabe kostet das erste Exemplar 19,- DM, jedes weitere 14,- 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.-Debel-Str.62, D-4800 Bielefeld 1, Tel.: 0521/60550