

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 8-9

Health Action International (D)

Oktober 1990

Bei jeder Krankheit Medikamente

Arzneimittelgebrauch in städtischen Armenvierteln Perus

Was tun arme Familien, wenn jemand der ihren erkrankt? Woher stammen die Arzneimittel, wenn es zu einer medikamentösen Behandlung kommt? Welches sind die am häufigsten konsumierten Medikamente? Sind es sinnvolle Produkte? Werden sie sinnvoll angewendet? – Dies sind einige der Leitfragen einer Untersuchung zum lokalen Arzneimittelgebrauch, die Health Action International-Peru in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg (BRD) und der Universität Cayetano Heredia (Lima/Peru) 1988/89 in der Stadt Chimbote im Norden Perus durchführte. Das Forschungsteam befragte eine repräsentative Auswahl von insgesamt 1173 Haushaltungen in sieben Elendsvierteln von Chimbote.¹ – In der Regel reagierten die Befragten auf jede Krankheit mit der Einnahme mindestens eines Medikamentes. 50% des erfassten Medikamentenkonsums erfolgte ohne ärztliches Rezept. Irrationaler Arzneimittelgebrauch, gefördert durch ein irrationales Angebot und medizinisch unhaltbare Verschreibungen, ist an der Tagesordnung.

Getrennte Versorgung für Reich und Arm?

Das Angebot im freien Handel hat einen entscheidenden Einfluss auf den Arzneimittelgebrauch auch der armen Bevölkerungsschichten in der Dritten Welt: diese These steht im Zentrum einer seit Jahren anhaltenden Kritik an die Adresse der internationalen Pharmaindustrie. Deren Vertreter verweisen demgegenüber mit Nachdruck auf eine klare Trennung zwischen dem sogenannten Privatsektor und dem Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens. Der Privatmarkt soll Mittel- und Oberschichten einer Bevölkerung die ganze Breite der erhältlichen Arzneimittelspezialitäten anbieten. Die Armen würden in Ländern mit einem Programm zur Versorgung mit essentiellen Medikamenten, wie auch in Peru, über den staatlichen Gesundheitsdienst mit Basisarzneien versorgt.² «Der private Sektor», behauptet K.M. Leisinger vom Stab Dritte Welt der Ciba-Geigy, «wird von denjenigen Menschen in Anspruch genommen, die bereit sind und es sich leisten können, auf kostenlose Behandlung im öffentlichen Gesundheitswesen zu verzichten.»³ Die Unterscheidung der beiden Sektoren ist insofern von Bedeutung, als sie

eine Unterstützung des Essential-Drug-Programms der WHO für das öffentliche Gesundheitswesen ermöglicht und gleichzeitig alle Einschränkungen nach Kriterien des medizinischen Bedarfs im privaten Sektor strikt zurückweist. Bleibt allerdings die Frage, ob sich die armen Bevölkerungsschichten in ihren realen Lebensumständen auch an diese Sektorenaufteilung halten können?

Verhalten bei den häufigsten Krankheiten

Bei den Interviews in Chimbote war gefragt worden: «Was taten Sie bei der jeweils schwersten Erkrankung innerhalb der letzten 14 Tage in Ihrem Haushalt?» – In mehr als der Hälfte aller Krankheitsfälle, 53,6% von 2122, war zur Selbstmedikation mit modernen Arzneimitteln gegriffen worden: zu 35,6% stammten diese Medikamente aus der Apotheke und zu 18% aus dem Gemischtwarenladen an der Strassenecke. In 34,4% der Fälle suchten die befragten Familien ärztlichen Rat: 11,9% bei einem Privatarzt, 22,6% in einer Einrichtung der Krankenversicherung oder des Gesundheitsministeriums. Hausmittel nannten 12,3% und den Gang zum

Editorial

Revolutionäre Töne klingen in der Erklärung von Alma Ata an, mit der das Konzept der Primären Gesundheitspflege 1978 zur offiziellen Politik der WHO wurde. Doch dieser wohlmeinenden Erklärung folgten nur halbherzige Taten, wie Susan Rifkin auf unserer Internationalen Konferenz ausführte. "Gesundheit für Niemand im Jahr 2000" wird das Ergebnis der fehlenden Umsetzung ganzheitlicher Gesundheitskonzepte sein, so David Werner. Doch von Handlungsunfähigkeit wollte er nichts wissen. Wir müssen den Kampf weiterführen, auch wenn die Gefahr besteht, ihn zu verlieren. Der Kampf selber vermittele Lust und Lebendigkeit. 130 TeilnehmerInnen kamen nach Bielefeld, um eine Bestandsaufnahme der PHC-Strategie zu erarbeiten. (s.S.6,7+8). Ausführlich wurden die Rolle von Medikamenten in der Gesundheitspolitik analysiert und politische Konsequenzen gefordert.

Wie wichtig eine Rationale Arzneimittelpolitik gerade in armen Ländern ist, zeigt auch eine Studie über den Arzneimittelgebrauch in Peru. Kostenlos werden Medikamente dort vom staatlichen Gesundheitsdienst nicht mehr verteilt. Doch auch 1988/89 brachten arme Familien Chimbotes ihre letzten Geldmittel auf, um Medikamente zu kaufen. In viel zu vielen Fällen erhielten sie unsinnige Produkte, wie Christopher Knauth berichtet. Unhaltbare Werbeversprechen und das rücksichtslose Geschäftsgebaren der Pharmaindustrie fördern die Medikamentengläubigkeit der Konsumenten. Aber selbst die meisten Ärzte sind auf die Gebrauchsinformationen der Pharmakonzerne angewiesen. Mittlerweile gibt es in Peru und vielen anderen Ländern unabhängige Gruppen, die sich für die Aufklärung der Konsumenten und eine Verbesserung der Arzteinformationen einsetzen. Viele sind mit uns im Netzwerk Health Action International zusammengeschlossen. **Helfen Sie uns dabei, diese Gruppen zu unterstützen.**

Gudrun Henneke



Quelle: Deutsche Welthungerhilfe, Peru, Bonn 1989

traditionellen Heiler 2,5% der Antworten. In 10,3% der Fälle, mit der Antwort «nichts», schienen die Familien auf den selbstlimitierenden Charakter der Krankheiten und in die Selbstheilungskräfte zu setzen.

Der fehlende oder oft schwierige Zugang zu öffentlichen Gesundheitsdiensten (lange Fahrzeiten, hohe Fahrtkosten, lange Wartezeiten usw.) sowie der hohe Preis der privaten Sprechstunde sind Faktoren, die die Selbstmedikation begünstigen. Der Weg zur Apotheke oder zu dem mit den gängigen Medikamenten gut sortierten Laden an der Ecke ist mit weniger Aufwand und geringeren Kosten verbunden. Denn auch nach ärztlicher Konsultation, ob in der Privatpraxis oder in einer öffentlichen Einrichtung, müssen die Medikamente zur Behandlung in der Regel selbst besorgt und bezahlt werden.

Mehrere Studien auch aus anderen Regionen Lateinamerikas haben aufgezeigt, dass Selbstmedikation mit modernen Arzneimitteln als erste Reaktion auf Gesundheitsprobleme stark verbreitet ist.⁴ Die Ursache sind nicht notwendigerweise fehlende oder schlechte Gesundheitsdienste. Auch wo entsprechende Einrichtungen zugänglich sind, wird Selbstbehandlung, solange es um Medikamente geht, in starkem Masse bevorzugt. Der Griff zum modernen Medikament schlechthin scheint durch alle Bevölkerungsschichten hindurch und bei fast allen Gesundheitsproblemen als Massnahme erster Wahl zu gelten. Massive Publikumswerbung in den Medien und das Verschreibungsverhalten von Ärzten, die routinemässig allen Patienten lange Rezeptlisten ausstellen, propagieren eine Haltung des blinden Vertrauens. Risikobewusstsein ist kaum entwickelt. Im Rahmen einer Studie in zwei brasilianischen Dörfern verneinte ein Drittel aller Befragten die Frage, ob

moderne Medikamente gefährlich sein könnten. Die anderen zwei Drittel sahen in erster Linie Risiken bei abgelaufenem Datum oder bei falscher Indikation. Unerwünschte Wirkungen, die beinahe jedes Medikament mit sich bringt, wurden nur selten genannt.⁵

Von vorrangiger Bedeutung für das Ausmass der Selbstmedikation scheint die Zugänglichkeit von Verkaufsstellen zu sein. Die erwähnte Studie in zwei brasilianischen Dörfern mit überwiegend armer Bevölkerung stellte im einen Dorf dreimal höhere Ausgaben der Familienhaushalte für Arzneimittel fest. Dieses Dorf verfügte über eine Privatapotheke, das andere nicht.⁶ Die Untersuchung in Chimbote verglich die Quantität des Medikamentenkonsums

zwischen der Bevölkerung mit Krankenversicherung (18,8%) und derjenigen ohne (78,4%) (2,8% keine Angabe). Es ergab sich kein signifikanter Unterschied.

Was wird wie behandelt?

Die 1173 Familienhaushalte in Chimbote wurden um detaillierte Auskunft über die Art der Behandlung je nach Erkrankung ersucht. Die am häufigsten genannten Gesundheitsstörungen waren: Erkältungskrankheiten, Durchfall, nicht viszerale (nicht die inneren Organe betreffende) Schmerzen, Fieber, Appetitlosigkeit und Schwäche.



Landeskunde

von Harald Gruber

Staatsform:	Präsidentiale Republik mit Zwei-Kammern-Parlament
Fläche:	1.285.216 km ² (rund fünfmal so groß wie die Bundesrepublik)
Hauptstadt:	Lima (Schätzung Ende 1986: 6,5 bis 7 Mio. Einwohner = FW)
Bevölkerung:	ca. 22 Mio. EW davon 45 % indianischer Abstammung, 35 % Mestizen, 15 % Weiße und 5 % Schwarze und Asiaten
Bevölkerungsdichte:	15,4 EW/km ² (BRD 250 EW/km ²), wobei allerdings 70 % der Bevölkerung in städt. Ballungszentren wohnen
Bevölkerungswachstum:	2,4 % pro Jahr
Ärztliche Versorgung:	1 Arzt auf 1.252 EW im Landesdurchschnitt, viele ländliche Gebiete ohne medizinische Versorgung (BRD: 1 Arzt pro 450 EW)
Lebenserwartung:	Offiziell 58 Jahre
Kindersterblichkeit:	99,2 je 1000 Lebendgeborene (BRD: 7)
Staatssprache:	Spanisch, offiziell auch Ketschua
Bildung:	19 % Analphabeten, in ländlichen Gebieten bis zu 80 %
Wirtschaftsdaten:	Außenverschuldung 1987: 15,4 Mrd. US-Dollar geschätzter Exporterlös 1987: 2,6 Mrd. US-Dollar Arbeitslosenquote: offiziell 8,2 Prozent (1986) Unterbeschäftigung: ca. 51,4 Prozent Währung: Inti (früher Soles) 1 Inti = 1000 Soles 1 DM = ca. 500 Intis (Ende 1988, Freimarktkurs) Inflationsrate: Ende 1988 schon über 2000 Prozent Ein Ende der Entwicklung ist nicht abzusehen.
Hauptausfuhr Güter:	Erdöl, Fischmehl, Kupfer, Baumwolle, Silber, Blei, Zink Felle, Wolle, Tierhaare
Hauptimport Güter:	Maschinen, Fahrzeuge, Apparate, Nahrungsmittel und andere Konsumgüter
Haupthandelspartner:	USA, Japan, Bundesrepublik Deutschland
Quellenhinweis:	Statistik des Auslands: Länderbericht Peru Munzinger-Archiv Latin America & Caribbean Review 1986 Mitteilungen der Bundesstelle für Außenhandelsinformation Tageszeitung „El Comercio“, Lima

Quelle: Deutsche Welthungerhilfe, Peru, Bonn 1989



Apotheke in Peru: Für eine arme Frau wie diese ist jede Krankheit eine Katastrophe

Erkältungskrankheiten

Erkältungskrankheiten behandelten 78,7% der erkrankten Personen durch Selbstmedikation mit Markenmedikamenten: 45% kauften sie im Gemischtwarenladen, 33,7% in der Apotheke. Rund 11,5% suchten ärztlichen Rat. Knapp 9% vertrauten auf Hausmittel und nur 8,6% sahen bei banalen Erkältungen keinen Grund zum therapeutischen Eingreifen.⁷

53,3% der befragten Bevölkerung mit Erkältungssymptomen nahmen mindestens ein Grippemittel, 19% ein Schmerzmittel, 14,9% ein Hustenpräparat und immerhin 11,2% ein Antibiotikum. Letzteres wiegt besonders schwer, da der Gebrauch von Antibiotika bei banalen, viral verursachten Erkältungen nutzlos ist und zur Verbreitung von Resistenzen führen muß. Mit Ausnahme von geeigneten Mitteln zur Linderung von Kopfschmerzen oder Fieber ist generell jeder Arzneimittelgebrauch bei banalen Erkältungskrankheiten als irrational zu bezeichnen. Daß 13% aller verschluckten Personen metamizolhaltige Kombinationspräparate einnahmen, bedeutet ein unnötiges Risiko. Metamizol kann lebensbedrohliche Nebenwirkungen verursachen. In mehreren Industrieländern ist die Substanz verboten oder im Gebrauch stark eingeschränkt. Metamizol-Kombinationspräparate sind in der BRD seit Februar 1990 nicht mehr zugelassen.

Durchfall

Auch bei Durchfall ist Selbstmedikation die häufigste Reaktion: 62,8% der Erkrankten wurden durch Mittel aus der Apotheke oder dem Gemischtwarenladen versorgt, 27,9%

suchten ärztliche Behandlung und für 13,8% kamen Hausmittel zu Anwendung. Bedenklich ist, daß fast 40% aller an Durchfall Erkrankten ein Antibiotikum wählten oder verschrieben erhielten und fast ebenso viele Erkrankte (38,8%) andere "Durchfallmedikamente". Beides sind überflüssige und gefährliche Formen der Therapie.

Schmerzen

Kopf-, Zahn-, Rücken-, Gelenk- oder Gliederschmerzen wurden in beinahe 50% aller Fälle mit modernen Medikamenten selbstbehandelt. 24% der Schmerzpatienten griffen zu Metamizolpräparaten, deutlich mehr als zu den Substanzen Azetylsalicylsäure (ASS) oder Paracetamol (je 16%), die - ausgenommen ASS für Kinder bis 12 Jahre - mit weniger Risiken behaftet sind.

Fieber

Bei Fieber als einzigem Symptom stellte die Untersuchung in 83,8% aller Behandlungsmaßnahmen Selbstmedikation fest. Nur in 5% der Fälle wurden Hausmittel angewandt. 55% der Patienten mit Fieber nahmen mindestens ein Analgetikum und 42,5% (auch) ein Grippe- oder Hustenmittel. Mit 17,5% ist der Anteil Antibiotikaanwendungen aufgrund von Fieber als einzigem Symptom zu hoch. 45% der benutzten Präparate enthielten Metamizol. 70% aller Fieberfälle betrafen Kinder unter 10 Jahren. Bei unter 12-jährigen ist neben physikalischen Maßnahmen allein der Einsatz von Paracetamol zu rechtfertigen, was auf 16% der Fälle zutrif.

Appetitlosigkeit, Unterernährung und Schwäche

Auffallend war, daß bei diesen Symptomen ein relativ hoher Anteil,

Chimbote - Ort der Untersuchung

Die Hafenstadt Chimbote liegt in der regenlosen Wüstenlandschaft der nördlichen peruanischen Küste. 1940 noch war Chimbote ein Fischerdorf mit 4000 Einwohnern. Heute zählt die Stadt als zweitgrößtes Industriezentrum Perus mehr als 340.000 Menschen. Während des zweiten Weltkrieges entstanden erste Fischkonservenfabriken. Nach dem Krieg bestimmte vor allem die Nachfrage nach billigen Futtermitteln in Europa die weitere Entwicklung der Stadt. Um die Bucht von Chimbote entstand ein Ring von Fischmehlfabriken, die heute das Bild und den Geruch der Stadt prägen. Überausbeutung und Verseuchung der ursprünglich reichen Fischgründe haben zu tiefen Ertragsrückgängen und dem völligen Verschwinden von Fischarten geführt. Unter dem Druck des Exportzwanges zur Devisenwirtschaft werden heute zum Teil Fischarten wie z.B. Sardinen der Mehlproduktion zugeführt, die dem direkten menschlichen Konsum vorbehalten bleiben sollten. 80% der Bevölkerung Chimbote lebt in Elendssiedlungen, den sogenannten Pueblos Jovenes. Die Trinkwasserversorgung, die Abwasser- und Müllentsorgung in diesen Vierteln sind prekär. Unterernährung und Infektionskrankheiten sind weit verbreitet. Die Säuglings- und Kindersterblichkeit hat seit der zweiten Hälfte der 80er Jahre alarmierend zugenommen.

ein Drittel der Patientinnen und Patienten, ärztliche Dienste in Anspruch nahm. 38,6% der Befragten vertrauten auf Selbstmedikation, wobei sie sich bei 9 von 10 Medikamentenkäufen in Apotheken eindeckten, die in der Regel über ein breites Sortiment teurer Multivitaminpräparate und Appetitstimulantien verfügen. 40% aller Personen, die bei sich oder in ihrer Familie Appetitlosigkeit, Unterernährung und Schwäche wahrnahmen, setzten auf eine Behandlung mit Multivitaminpräparaten; 20,5% wählten ciproheptadinhaltige Appetitstimulantien. Beides sind absolut unsinnige Therapien.

Überblickszahlen

Eine Zusammenfassung aller Angaben zu Erkrankungen und Medikamentenkonsum innerhalb der 14 Tage, auf die sich die Befragung erstreckte, ergab folgende Resultate: Die befragte

Bevölkerung beantwortete durch alle Altersgruppen hindurch jede Krankheit mit der Einnahme mindestens eines Medikamentes.

Anteil der verschiedenen Arzneimittelgruppen am gesamten Medikamentenkonsum (in %) ⁸	
Husten- und Erkältungsmittel	22,8
Antibiotika	22,1
Schmerzmittel	18,3
Vitamine	3,8
Durchfallmittel	3
Urologika	2,5
Leberschutzmittel	1,7
Antacida und Antiflutulentia	1,6
Appetitstimulantien	1,4
andere Medikamente	17,5

Insgesamt wurde gut die Hälfte (50,5%) aller Medikamente ohne ärztliches Rezept eingenommen. Daß Selbstmedikation mit Grippemitteln (zu 86%) und Schmerzmitteln (zu 65%)

besonders häufig ist, erstaunt nicht. Bedenklich ist, daß über ein Drittel (36%) aller Antibiotika ohne ärztliches Rezept angewendet wurde. Auffallend ist auch, daß fast die Hälfte aller eingenommenen Durchfallmittel und drei Viertel aller Multivitaminpräparate – beide Gruppen umfassen größtenteils irrationale Medikamente – ärztlich verschrieben wurden.

Fazit

Die Behauptung, daß in Ländern mit einem Programm für Essentielle Medikamente der Privatmarkt nur der Versorgung der kaufkräftigen Bevölkerungsschichten dient, trifft in Chimbote keineswegs zu. Im Gegenteil, es zeigte sich, daß die befragten Haushalte in Armenvierteln sich im Umgang mit ihren alltäglichen Gesundheitsproblemen in hohem Masse auf Arzneimittel aus dem privaten Markt stützen und praktisch die gesamte Breite des Angebots konsumieren. Die Irrationalität des Arzneimittelangebots fördert den irrationalen Gebrauch. Dies gilt nicht nur für die Selbstmedikation. Auch das Verschreibungsverhalten von Ärzten ist davon betroffen, wie am Beispiel von Durchfallmitteln und Vitaminpräparaten ersichtlich wurde. Es gibt keine gesundheitspolitische Rechtfertigung dafür, den privaten Arzneimittelmarkt von einer konsequenten behördlichen Zulassung und Kontrolle entsprechend den medizinischen Bedürfnissen der Gesamtbevölkerung eines Landes und entsprechend den Kriterien einer rationalen Pharmakotherapie auszunehmen.

Christopher Knauth, Arzt



1) Die Methode der Untersuchung, Auswahl und Schulung der Interviewer sowie Validitätstestung orientierten sich an vorangehenden Studien des Heidelberger Instituts für Tropenhygiene. Vgl. Lopez/ Kroeger/ Knauth: Morbilidad y Medicamentos en Peru y en Bolivia. AIS, Chimbote-Peru, erscheint 1990.

2) Vgl. beispielsweise: Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Seminar des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt a.M. 1988, S. 101ff.

3) Klaus M. Leisinger: Armut, Krankheit und Arzneimittel. Eine unheilige Allianz? Frankfurt a.M. 1987, S. 30.

4) Vgl. Hilbrand Haak: Pharmaceuticals in two Brazilian Villages: Lay practices and perceptions, in: Social Sciences and Medicine, Vol. 27, No. 12, S. 1415-1427, 1988.

5) Vgl. ebenda.

6) Vgl. ebenda.

7) Die Prozentzahlen addieren sich nicht zu 100%, da Mehrfachantworten möglich waren.

8) Die Prozentzahlen addieren sich nicht zu 100%, da Mehrfachantworten möglich waren.

*Reichtum und Armut
liegen auch in Peru oft
dicht nebeneinander*

Foto: Gernot Huber (aus: Deutsche Welthungerhilfe, Peru, Bonn 1989)

Irrationales Arzneimittelangebot im privaten Markt

Schlechte Beratung in Apotheken

In Peru waren 1988/89 insgesamt rund 5000 Arzneimittel registriert, 4.500 davon Markenprodukte. Die Untersuchung in Chimbote unterzog diejenigen Arzneimittelgruppen, die von der befragten Bevölkerung am häufigsten konsumiert werden, einer pharmakologischen Bewertung.

Erkältungs- und Grippemittel:

Zum Zeitpunkt der Studie waren in Peru 81 Erkältungspräparate erhältlich. Nur 4,2% davon waren Monopräparate, 19,8% enthielten zwei, 22,2% drei Wirkstoffe. Mehr als die Hälfte enthielten vier und mehr Substanzen, was diese Produkte in jedem Fall als irrationale Kombinationspräparate ausweist. Das British National Formulary lehnt Kombinationspräparate in der Behandlung respiratorischer Störungen generell ab.¹

Hustenmittel:

204 Hustenmittel waren auf dem peruanischen Markt erhältlich. 52,5% enthielten drei und mehr Wirkstoffe.

Durchfallmittel:

Nach Angaben der WHO können rund 90% aller Kinder mit wäßrigem Durchfall allein durch orale Rehydratation und fortgesetzte normale Ernährung optimal behandelt werden. Die verbreitete, routinemäßige Behandlung von Durchfall mit Antibiotika, auf die Darmtätigkeit wirkenden Motilitätshemmern und zahlreichen anderen Wirkstoffen lehnt die WHO ab.² 24% der insgesamt 82 vertriebenen Durchfallmittel enthielten Motilitätshemmer, 30% Antibiotika.

Unsinnige Verkäufe in den Apotheken

Studenten der pharmazeutischen Fakultät der Universität Trujillo, einer Küstenstadt im Norden Perus, führten 1989 eine Untersuchung über die Qualität der Arzneimitteldispensation in 41 Apotheken der Armenviertel Trujillos durch. Sie besuchten die Apotheken als Kunden und fragten nach Behandlungsanweisungen für ein krankes Kleinkind, indem sie jeweils detailliert die Symptome eines wäßrigen Durchfalls, einer leichten akuten Atemwegsinfektion sowie Anzeichen von Appetitmangel und Abmagerung schilderten. Für die Durchfallbehandlung empfahlen 90% aller Apotheken als erste Maßnahme Medikamente, von denen 23% Antibiotika enthielten. In 3 (7%) Apotheken wurden fertige Rehydrationslösungen angeboten, keine einzige machte auf die billigeren Rehydratationssalze aufmerksam, mit denen eine Lösung selbst zubereitet werden kann.

Im Falle der Atemwegsinfektion empfahlen alle Apotheken unnötige Medikamente als erste Maßnahme. 45% der Präparate enthielten Antibiotika. Für das Kind mit Appetitmangel gaben 62% der Apotheken ohne jede Nachfrage Medikamente ab. Davon waren 55% Appetitanreger, 28% Antianämika und 17% Multivitamine und Diätergänzungsmittel. Nur 8% der Apotheken empfahlen nicht-medikamentöse Maßnahmen.³

1) Vgl. British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain: The British National Formulary Nr. 16, London 1988, S. 134.

2) Vgl. WHO, 1986, Drugs in the Management of acute Diarrhoea in Infants and young Children.

3) «Salud», Accion para la Salud (Hrsg.), Nr.8/89, Chimbote - Peru.



Foto: Brot für die Welt

48stündige Warnstreiks bei Schering und Bayer in Lima

Am 10. und 11. September 1990 legten die ArbeiterInnen der Schering Farmacéutica Peruana S.A. die Arbeit nieder. Sie sahen keine andere Möglichkeit mehr, ihrer Forderung nach gerechter Bezahlung wirksam Ausdruck zu verleihen. Nach dem Warnstreik und Protesten des Schering-Aktions-Netzwerk (SchAN) in der Bundesrepublik begann die Unternehmensleitung der Schering Niederlassung in Lima jetzt einzulenken. In der ersten Verhandlungsrunde seit dem Streik bot sie am 17. September einen monatlichen Inflationsausgleich von etwa 60% an. Durch die Inflation von 397% allein im August 1990 sind die Löhne bei der Schering-Tochterfirma in Lima selbst zur Deckung der Grundbedürfnisse der Arbeiterschaft nicht mehr ausreichend.

Die Unternehmensleitung des Pharma-Werkes ignorierte bislang die dramatische Lage und unterbreitete der Betriebsgewerkschaft bis zu dem jetzt durchgeführten Warnstreik nur völlig unzureichende Angebote. Die Gewerkschaft stellte die Lage in einem Flugblatt so dar: "...von diesen Hungerlöhnen können wir nicht leben, zumal der bescheidenste Warenkorb bei 5.800.000 Intis pro Tag liegt und das Unternehmen uns nur 2.042.000 Intis anbietet. Das reicht nicht mal zum Essen, Herr Geschäftsführer!" Genauere Informationen - auch über Aktionen zur Unterstützung der peruanischen Gewerkschaft in der BRD sind erhältlich bei: SchAN, c/o Henry Mathews, Grüninger Straße 15, 6301 Pohlheim 1

Bei der Tochterfirma der Leverkusener Bayer AG, der Bayer Industrial S.A. in Lima fand am 14./15. September 1990 ebenfalls ein Warnstreik statt. Die Kaufkraft eines Arbeiters bei Bayer in Lima ist im Vergleich zum Vorjahr auf 5% abgesunken. Neben einem Inflationsausgleich forderte die Gewerkschaft die im Vorjahr unrechtmäßig entlassenen Arbeiter wieder einzustellen. Von einem peruanischen Gericht waren die Kündigungen als unrechtmäßig abgelehnt worden. Doch da Bayer Berufungsanträge gestellt hat, ist die wirtschaftliche Notlage der Entlassenen mittlerweile so prekär, daß viele sich von Bayer eine Abfindungssumme auszahlen ließen. Detailliertere Informationen gibt die Coordination gegen Bayer-Gefahren, Hofstr. 27a, 5650 Solingen 11

Gesundheit für Niemand im Jahr 2000?

Ein Konferenzbericht

Vom 21.-23. September fand in Bielefeld der zweite von der BUKO Pharma-Kampagne organisierte internationale Kongreß statt, diesmal in Zusammenarbeit mit dem weltweiten Gesundheitsnetzwerk Health Action International (HAI). Unter dem Titel "Primäre Gesundheitspflege und Medikamente" trafen sich 150 ÄrztInnen, EntwicklungspolitikerInnen, PharmazeutInnen und StudentInnen aus 13 Ländern. Eine Zwischenbilanz sollte gezogen werden, 12 Jahre nachdem die Weltgesundheitsorganisation ihr revolutionäres Konzept der Primary Health Care (PHC) oder Primären Gesundheitspflege in Alma Ata beschlossen hatte. "Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000" hieß das damals verkündete Ziel. Dem lag die Erkenntnis zugrunde, daß Gesundheit von sozialen, politischen und ökonomischen Faktoren abhängt und nicht vorrangig von wissenschaftlichem Fortschritt und der Qualität medizinischer Versorgung. Gerechtigkeit, Partizipation, Verhinderung von Krankheiten und Basisgesundheitsversorgung waren die Schlagworte. Das Konzept war ebenso für Industrieländer gedacht wie für die Länder der Dritten Welt.

Zwischenbilanz

Die Gesundheitsrevolution ist ausgeblieben. Stattdessen droht die provozierende These von David Werner, dem wohl bekanntesten Gesundheitsarbeiter, Wirklichkeit zu werden: "Gesundheit für niemand im Jahr 2000!" In der Dritten Welt nimmt die Armut zu, die Ausgaben für das Gesundheitssystem werden unter dem Druck des Schuldenmanagement des Internationalen Währungsfonds gekürzt, das Interesse der Geberländer verschiebt sich gen Osten. Das Gesundheitspersonal ist demotiviert, denn durch die sich ständig verschlechternde ökonomische Situation haben ihre Gehälter zum Teil bis zu 80% der Kaufkraft verloren. Eine zusätzliche und unberechenbare Belastung stellt die sich ausbreitende AIDS-Epidemie dar, die in einigen afrikanischen Ländern zu einer Infektionsrate von 20% bei den Erwachsenen führte.

In den Industrieländern beherrscht nach wie vor die kurative Medizin die Köpfe der Ärzte, der Gesundheitspolitiker und, weil sie es nicht besser wissen, auch der Patienten. Dabei werden in den westlichen Industrieländern 80% aller Krankheiten durch falsche Lebensführung und eine ungesunde Umwelt verursacht. Projekte wie das der niederländischen Stadt Almere, vorgestellt von Pieter van Homburg sind Raritäten. Dort wird eine ganzheitliche, präventionsorientierte Gesundheitsversorgung praktiziert.

Eine wohlhabende Nation ist nicht unbedingt eine gesunde Nation und eine arme nicht unbedingt eine kranke, darauf wies David Werner hin. Die Menschen in China, dem indischen Bundesstaat Kerala, Sri Lanka und Costa Rica haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 65-70 Jahren obwohl diese Länder nur über ein geringes Brutto-sozialprodukt verfügen. Entscheidend für den Gesundheitszustand der Bevölkerung sind die politische und soziale Verpflichtung des Staates zur Gleichberechtigung, die Konzentration

auf eine Basisgesundheitsversorgung, ein allgemeiner Zugang zum Erziehungssystem und zu ausreichender Ernährung. Ein Staat wie die USA steht zwar an der Spitze der Waffenproduktion, aber es ist zugleich das einzige industrialisierte Land, in dem Gesundheitsversorgung ein Privileg und nicht ein Recht ist.

Die Bedeutung von Medikamenten

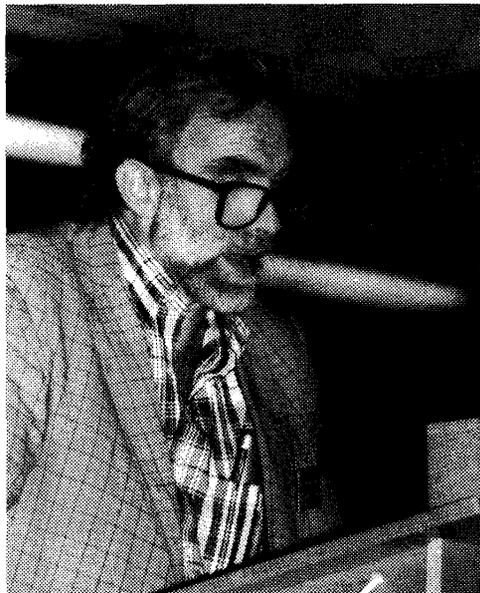
Arzneimittel spielen in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle, auch wenn eine Rationale Arzneimitteltherapie erst an 14. Stelle in der Erklärung von Alma Ata genannt wird. Die Umsetzung einer basisorientierten Arzneimittelpolitik beeinträchtigt am offensichtlichsten die Interessen von kommerziellen Konzernen. Immense Profite stehen auf dem Spiel und die Pharmaindustrie ist machtvoll genug, die Politik der einzelnen Länder zu beeinflussen. Die WHO förderte unter ihrem ehemaligen Generaldirektor Halfdan Mahler systematisch eine Rationale Arzneimittelpolitik. Programme einzelner Länder wurden unterstützt und eine Modellliste Unentbehrlicher Arzneimittel entwickelt, in der die 270 Medikamente aufgeführt werden, die ausreichen, um 95% aller Krankheiten zu behandeln. Pascale Brudon als Vertreterin der WHO antwortete nur sehr vorsichtig auf Nachfragen, ob sich unter dem neuen Generaldirektor Hiroshi Nakajima diese Politik gewandelt habe. Daß das Aktionsprogramm für Arzneimittel nicht mehr dem Generaldirektor direkt untersteht, sondern in die normale Struktur der WHO eingegliedert wurde, bezeichnete sie als normale Entwicklung. Sie räumte allerdings ein, daß die Aktivitäten im Bereich der Unentbehrlichen Arzneimittel zurückgegangen seien.

Selektive PHC

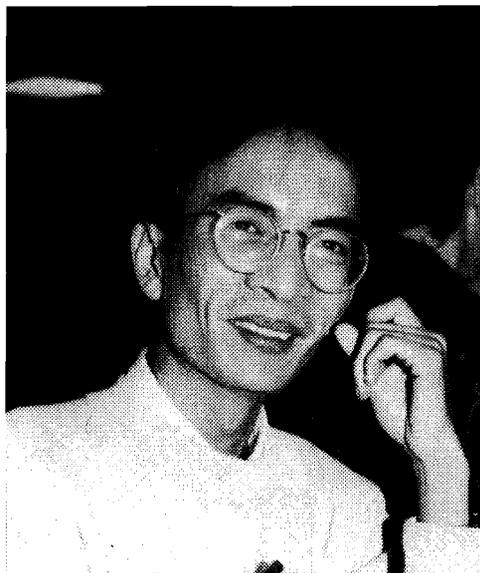
Es entspricht nicht dem ganzheitlichen Ansatz des PHC-Konzeptes, sich



Susan Rifkin



David Werner



Michael Tan
Fotos: Jörg Schaaber

nur Teilbereichen der Gesundheitsversorgung zu widmen, obwohl das der billigere und politisch häufig unproblematischere Weg ist. Deshalb sind auch die Impfprogramme von UNICEF sehr umstritten. Sie sichern zwar das Überleben von Kindern in ihren ersten Lebensjahren, ändern aber nichts an ihrer elenden Zukunft. Doch selbst das selektive Ziel im Jahr 2000 mindestens 80% der Kinder in der Dritten Welt gegen die wichtigsten Killerkrankheiten (Masern, Tetanus, Kinderlähmung, Diphtherie, Keuchhusten) zu impfen, ist nicht zu erreichen. Wie **Gerald Rosenthal** referierte, werden im Jahr 2000 selbst unter den optimistischsten Schätzungen der Weltbank nur die Hälfte von 50 untersuchten Ländern finanziell in der Lage sein, 80% ihrer Kinder zu impfen, bei weiteren 12 der 50 Länder wird das Geld gerade für ein Drittel der Kinder ausreichen. Während für die betroffenen Länder die ökonomische Belastung zu hoch ist, wäre es für die restliche Welt ohne großen Aufwand möglich, diese Lücke zu schließen. Es sind dazu schätzungsweise 1,5 Mrd. US\$ notwendig – weniger als 0,3% der gesamten Gesundheitsausgaben der USA 1988.

Die BAMAKO – Initiative

Sehr umstritten ist auch die BAMAKO – Initiative, die **Stephen Jarrett** von UNICEF vorstellte. Dieses Konzept, das 1987 entwickelt wurde, konzentriert sich insbesondere auf die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Kindern und darauf Unentbehrliche Arzneimittel allgemein und regelmäßig zugänglich zu machen. Durch ein Selbstfinanzierungssystem auf Gemeindeebene sollen die Kosten gedeckt werden.

Die kritischen Nachfragen aus dem Publikum betrafen den letzten Punkt. Es wurde befürchtet, daß, wenn die BAMAKO – Initiative in erster Linie durch Medikamentenverkauf finanziert werden soll, Medikamente wieder in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung geraten. Die Folge wäre, daß erneut die Behandlung von Krankheiten anstelle ihrer Vermeidung im Vordergrund stände. Es besteht auch die Gefahr, daß die Patienten sich wieder dem freien Markt zuwenden, in der Hoffnung dort billigere Medikamente zu bekommen, sich aber so dem Risiko von gepanschten, verfallenen und unsinnigen Arzneimitteln aussetzen.

Erfolge

Catherine Hodgkin – Koordinatorin des europäischen HAI – Büros in Amsterdam – benutzte, ein an sich frustrierendes Beispiel, um hoffnungsvolle Ansätze zu zeigen: Eine indische

Mutter geht mit ihrem an Durchfall erkrankten Kind zu einem Kinderarzt in ein Distriktkrankenhaus. Dort werden dem Kind neun unterschiedliche Medikamente verschrieben. Alle sind entweder unsinnig oder in ihrer Dosierung und Zusammensetzung für das Kind sogar gefährlich. Doch die Mutter erweist sich als kritische Verbraucherin und sucht einen anderen Arzt auf. Dieser therapiert das Kind nicht nur vernünftig, sondern sorgt auch dafür, daß der Fall innerhalb des Krankenhauses und in der Fachpresse diskutiert wird.

Nicht nur das kritische Bewußtsein hat zugenommen, es wurden in der letzten Zeit auch einige gefährliche Arzneimittel vom Markt genommen. Dennoch bleibt eine Menge zu tun, denn es fehlt fast überall die konsequente Umsetzung einer Rationalen Arzneimittelpolitik. Ebenso wichtig ist es, weiter Druck für eine europaweite Exportkontrolle von Arzneimitteln auszuüben.

Beispiele aus den Ländern

Wie schwierig die Umsetzung einer Rationalen Arzneimittelpolitik in der Praxis ist, verdeutlichte **Michael Tan** aus den Philippinen. Viele Filipinos hatten unter dem Diktator Marcos keinen Zugang zu Unentbehrlichen Arzneimitteln, stattdessen gab es einen Überkonsum unnützer Medikamente. Das neue Gesundheitsministerium der Aquino – Regierung unterstützte aus technischen und finanziellen Gründen das WHO – Konzept einer Rationalen Arzneimitteltherapie. 1988 wurde ein Generika – Gesetz verabschiedet, das sowohl für die Produzenten, die Verreiber als auch für die Verteiler Gültigkeit hat. 1990 trat es in Kraft. Doch konservative Ärzte attackieren

Ein Skandal am Rande:
Wegen "kritischer Äußerungen", wie es inoffiziell hieß, verweigert die Bundesdeutsche Botschaft in Dacca unserem Referenten aus Bangladesh dreimal ein Visum. Ohne die schnelle Kommunikationsmöglichkeit per Telefaxgerät und massive Interventionen einer Bundestagsabgeordneten im Auswärtigen Amt wäre es dabei geblieben. So wurde, einen Tag vor Beginn der Konferenz, das Visum doch noch erteilt und Mr. Chowdury kam "rechtzeitig" gegen Ende der Konferenz, um seinen Vortrag zu halten. – Das Recht auf freie Meinungsäußerung ist in unserem demokratischen Staat offensichtlich keine Selbstverständlichkeit, wenn Industrieinteressen auf dem Spiel stehen.

gemeinsam mit den Multinationale Konzernen die neue Medikamentenpolitik und so liegt dem Kongreß bereits ein Gesetz mit "Killverbesserungen" vor. Es sieht die Begrenzung des Gesetzes auf staatliche Einrichtungen vor und die Erlaubnis für Ärzte ausdrücklich Markenmedikamente zu verschreiben.

Doch auch die praktische Umsetzung in der Basisgesundheitsversorgung ist häufig unbefriedigend. **Morshed Chowdhury** aus Bangladesh beschrieb, welche Aufgaben den Gesundheitsarbeitern bei der Verteilung von Medikamenten zukommen. Es ist notwendig, die Gesundheitsarbeiter in die Medikamentenversorgung einzubeziehen, denn sie sehen die Patienten in ihrer häuslichen Umgebung und können so bei leichteren Erkrankungen und Leiden lange Wege und langes Warten verhindern und durch Beratung Über- und Untermedikation vorbeugen.



Pascale Brudon, Catherine Hodgkin, Charles Medawar, Morshed Chowdhury, Stephen Jarrett (von links)

Foto: Jörg Schaaber

Fortsetzung Gesundheit für niemand ..

gen. Problematisch in Bangladesh ist vor allem, daß viele Gesundheitsarbeiter allein und mit wenig Unterstützung durch Professionelle arbeiten müssen. So kommt die Fortbildung zu kurz und es fehlt an Motivation.

Ausblicke

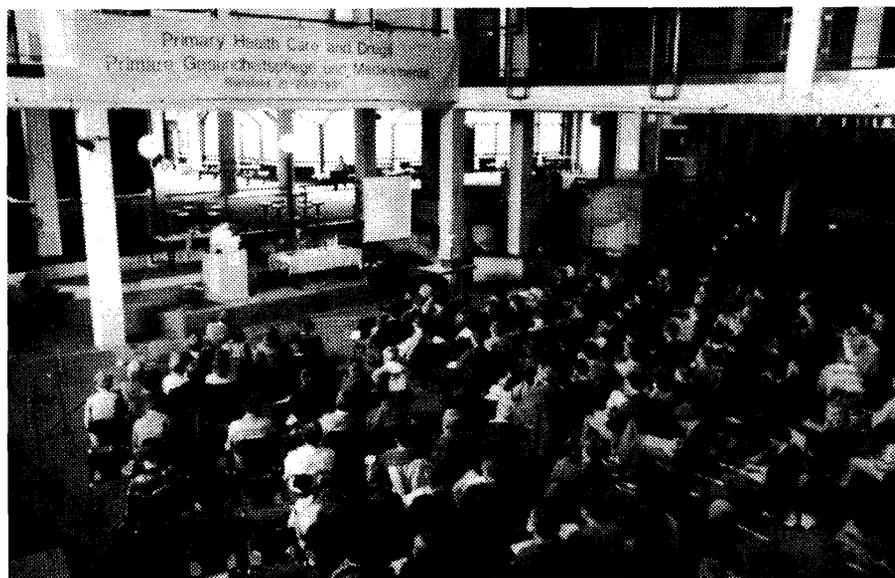
"In den 60er und 70er Jahren haben wir die Probleme erkannt und die Antworten gewußt. In den 90ern versuchen wir nun die richtigen Fragen zu stellen." - so Susan Rifkin in ih-

rem Eingangsreferat. Deborah Radita - pole faßte die wesentlichen Ansätze am Ende der Konferenz zusammen. Medikamente spielen eine wichtige, aber nur begrenzte Rolle für die Gesundheitsversorgung, ihr Mißbrauch muß vor Ort begrenzt werden. Der Pharmamarkt bleibt durch seinen eingeschränkten Wettbewerb, der Abhängigkeit von Multinationalen Konzernen und dem Mißbrauch von Markenamen ein ständiger Anlaß zur Besorgnis. Das unterschiedliche Verhalten der Pharma-Industrie in den Industriestaaten und in der Dritten Welt hat nichts mit unterschiedlicher Moral zu tun, sondern viel mit den unter-

schiedlich gut funktionierenden Kontrollmechanismen. Eine Mobilisierung der Armen und die Stärkung ihres Selbstbewußtseins ist notwendig, damit sie fähig werden für ihre Belange einzustehen. Veränderungen in der Gesundheitspolitik stoßen immer auf den Widerstand mächtiger Lobbys von Ärzten, Pharmaindustrie und privilegierten Schichten. Deshalb sind Partnerschaften zwischen den Betroffenen, den Hilfsorganisationen und den internationalen Organisationen notwendig. Ein Netzwerk wie HAI spielt dabei eine wichtige Rolle.

Ungeklärt blieb bis zum Schluß die Frage, ob die WHO denn weiterhin als Verbündete bei den Bemühungen um eine Rationale Arzneimittelpolitik anzusehen ist, oder ob sie auf Grund des Drucks durch die mächtigen Geldgeber aus den Industriestaaten zu Zugeständnissen gezwungen ist - auf Kosten der Armen und zu Gunsten der multinationalen Konzerne. (AL)

Ein Konferenzreader wird von uns vorbereitet. Wir werden über die Fertigstellung rechtzeitig im Pharma-Brief berichten.



150 TeilnehmerInnen aus 13 Ländern hatte die von der Pharma-Kampagne organisierte Konferenz zur Primären Gesundheitspflege

Foto: Jörg Schaabber

Veröffentlichungen

Alle im Jahr 2000 * Medikamentenzauber - ein Märchen aus Afrika * Kontrolle der Fruchtbarkeit der Frau * Export ohne Moral * So banal wie Tödlich: Der Durchfall * Nationale Medikamentenpolitik in Zimbabwe * Medikamentensammeln - Hilfe, die keine ist. 80 Seiten.

Bestellnummer 220 8 DM für Institutionen 16 DM



Pressespiegel zur Aktionswoche

Unsere Aktionswoche "Die Apotheke der Welt - Ein Ramschladen?" hat ein gutes Presseecho erhalten. Auf 20 Seiten finden sich Artikel aus 17 Zeitungen und die Stellungnahme des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie.

Bestellnummer 222 3,- DM in Briefmarken

BAMAKO Konferenz

Die BAMAKO - Initiative ist ein UNICEF - Programm zur Finanzierung Primärer Gesundheitspflege, das viel Kritik ausgelöst hat. UNICEF, HAI und OXFAM haben dazu eine Konferenz in Sierra Leone ausgerichtet. Die Ergebnisse sind in dem "Report on the International Study Conference on Community Financing in Primary Health Care (in englisch!)" zusammengefaßt. 59 Seiten.

Bestellnummer 317 10,- DM

Peddling Placebos: An Analysis of Cough and Cold Remedies

von Andrew Chetley wurde von HAI - Europa publiziert (siehe Pharmabrief 4/90). Diese englische Broschüre ist jetzt auch bei uns erhältlich. 34 Seiten.

Bestellnummer 315 10 DM für Institutionen 20 DM

EPK Sonderangebot

Die Monatszeitschrift Entwicklungspolitische Korrespondenz (EPK) hatte in ihrer Ausgabe Juli 87 den Schwerpunkt "Gesundheit in der Dritten Welt" mit Beiträgen zu Asiatischen Krankenschwestern in der BRD, Armut macht krank, Gesundheitssystem in Nicaragua, traditionelle Krankheitsvorstellungen in Java u.a. Jetzt statt 4 DM nur noch Stichwort EPK 2,- DM in Briefmarken

Diese (und weitere) Materialien können Sie gegen Rechnung (zuzüglich Versandkosten) bzw. gegen Briefmarken bestellen bei der BUKO Pharma - Kampagne, August - Bebel - Str. 62, D - 4800 Bielefeld 1

Pillen heilen keine Armut

Pillen heilen keine Armut

Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt



BUKO PHARMA-KAMPAGNE

medico international

Diese neue Grundlagenbroschüre gibt einen Überblick über die Ursachen von Krankheit in der Dritten Welt, die Bedeutung von Medikamenten für die Gesundheitsversorgung und die Praktiken der Pharmaindustrie. Themen sind u.a.: * Gesundheit für

Impressum: Dieser Pharma-Brief wird kostenlos nur an entwicklungspolitische Gruppen abgegeben (Spenden sind erwünscht). Abopreise auf Anfrage. Mehrere Exemplare nur gegen Berechnung. Verantwortlich: BUKO Pharma - Kampagne, August - Bebel - Str. 62, D - 4800 Bielefeld 1, BRD; Telefon 0521 - 60550, Teletax 0521 - 63789. Spendenkonto: 105 601 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61), Gesundheit & Dritte Welt e.V.