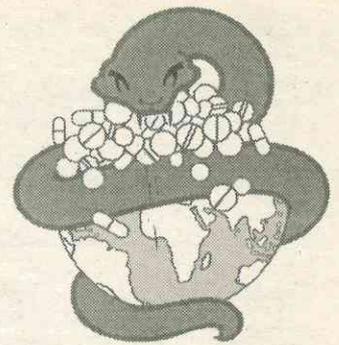


PHARMA- BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne
Health Action International (D)

Nr. 10, Dezember 1998

K 11838

Jedes zweite Arzneimittel in Deutschland ist illegal

Europäischen Union verlangt Gesetzesänderung

Der deutsche Medikamentenmarkt ist voller Arzneimittel, die von den zuständigen Behörden nie auf Wirksamkeit oder Sicherheit überprüft wurden. Es handelt sich um sogenannte Altarzneimittel, die bereits vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetz 1978 auf dem Markt waren. Sie machen heute noch fast die Hälfte aller in Deutschland auf dem Markt befindlichen Medikamente aus. Bereits 1990 hätte nach europäischen Recht die nachträgliche Überprüfung dieser Arzneimittel abgeschlossen sein müssen. Jetzt fordert die EU-Kommission die Bundesrepublik Deutschland ultimativ auf, die Vermarktung dieser Altarzneimittel zu stoppen und innerhalb von zwei Monaten das Arzneimittelgesetz zu ändern.

Die Pharma-Kampagne hatte das laxer Umgehen von Regierung und Behörden mit der Altarzneimittel-Problematik wiederholt kritisiert und im Sinne des Verbraucherschutzes einen Vermarktungsstopp für diese Altlasten verlangt.¹

Etwa 22.000 Altarzneimittel gibt es auf dem deutschen Markt.² Das ist knapp die Hälfte des deutschen Arzneimittelangebots (45.000). Auch wenn nicht alle alten Mittel unwirksam oder zu risikoreich sind, ist der Schlendrian in der Arzneimittelkontrolle unverständlich und unverantwortlich. Genau 15 Jahre, von 1975-1990, hätte Deutschland Zeit gehabt, die alten Mittel einer Überprüfung zu unterziehen. Die Pharmalobby, so muß man rückblickend sagen, hat eine zügige Nachkontrolle des Altarzneimittel-Marktes erfolgreich verhindert. Wie lang der Weg zum Schutz der Verbrau-

cherInnen vor gefährlichen und unwirksamen Medikamenten ist, zeigt ein Blick in die jüngere Geschichte.

Nach der Thalidomid-Katastrophe (Contergan[®])³ Anfang der 60er Jahre war schnell klar, daß eine staatliche Prüfung von Arzneimitteln notwendig ist, bevor sie auf den Markt kommen. 1965 beschloß die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft die europaweite Einführung von pharmakologisch-toxikologischen und klinischen Studien (zu Sicherheit und Wirksamkeit) als Bedingung für die Zulassung von Arzneimitteln.⁴ Den Mitgliedsstaaten wurden 18 Monate Zeit eingeräumt, diese Regeln in nationale Gesetze umzusetzen. Während viele Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft Anfang der 70er Jahre entsprechende Gesetze erließen, trat in Deutschland erst 1978 ein Arzneimittelgesetz in Kraft, das diese Forderungen erfüllte.

Editorial

Liebe LeserInnen,
Sie werden in dieser Ausgabe nichts finden über den Versuch von Hoechst, wieder zum weltgrößten Pharmakonzern zu werden, auch nichts über die schwierigen Versuche der neuen Regierung, das Krankenversicherungssystem wieder im Interesse der PatientInnen etwas gerechter zu gestalten. Davon ist die Tagespresse voll.

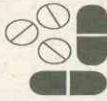
Dafür können Sie in nebenstehendem Artikel nachlesen, daß nicht nur die Pharma-Kampagne, sondern auch die EU-Kommission den unkontrollierten Altarzneimittelmarkt in Deutschland nicht für tolerabel hält. Dies ist auch für Länder der Dritten Welt von Wichtigkeit, denn wegen fehlender Kontrolle im Inland kann auch die Exportkontrolle nicht richtig funktionieren. Mehr internationale Themen auf den folgenden Seiten.

Eine spannende Lektüre und ein gutes Neues Jahr wünscht Ihnen

Ihr

Jörg Schaaber

- **Medien:**
Zweifelhafte Berichte..... 3
- **Malaria:**
Ein ungelöstes Problem..... 4
- **50 Jahre WHO** 6
- **Nordkorea** 7



Medikamente in den Medien

Zeitungsartikel heilen keinen Krebs

Zur Berichterstattung über Arzneimittelforschung

Wer kennt sie nicht, die Artikel über neue Substanzen, denen schon in der Überschrift wahre Wunderwirkungen zugeschrieben werden. Je weiter die Forschung für ein Arzneimittel noch von der Markteinführung entfernt ist, desto höher die Erwartungen. Machen sich JournalistInnen nicht mitunter zu unfreiwilligen PR-Helfern für die Pharmaindustrie? Was sollten LeserInnen bedenken, wenn sie solche Artikel lesen? Wir werden im *Pharma-Brief* in lockerer Folge über die Tücken und Fallen in der Berichterstattung über wissenschaftlichen Fortschritt berichten.

„B12 senkt Alzheimer-Risiko. Krankheit entsteht bei Vitaminmangel deutlich häufiger“ titelte die *Frankfurter Rundschau* am 2. November 1998. Die in der Überschrift geweckte Erwartung, wird im Artikel wenigstens durch die Bemerkung etwas relativiert, daß „die Zusammenhänge noch ungeklärt“ seien. Aber Prozentzahlen erwecken den Eindruck endgültiger Ergebnisse. Dieser Beitrag ist nur ein Beispiel für viele andere Artikel, die völlig undistanziert Forschungs„ergebnisse“ an die Öffentlichkeit tragen. In diesem *Pharma-Brief* zunächst ein Blick auf die Problematik aus Sicht eines Zeitungsherausgebers.

Der kanadische *Toronto Star* setzte sich kürzlich kritisch mit seiner eigenen Berichterstattung über neue Arzneimittel auseinander.⁷ Diese Betrachtung

ist sicher auch für den deutschen Kontext von Interesse. Don Sellar vom *Star* zitiert einige Schlagzeilen seiner Zeitung und kommt zu dem Schluß: „Jede Überschrift und der dazugehörige Artikel erwecken den Eindruck eines echten Fortschritts im uralten Kampf gegen vermeidbares Leid und vorzeitigen Tod. Tatsächlich könnten es sich um Meilensteine oder Durchbrüche der medizinischen Wissenschaft handeln — oder auch nicht. Die Presse kann das nicht beurteilen. Aber ein anderer roter Faden läuft durch solche 'guten Nachrichten': Ein Ausmaß von Einseitigkeit und Reklamerummel, das die Herausgeber bei anderen Themen unakzeptabel fänden.“

Lassen sich JournalistInnen, von denen einige nicht mal einen Hochschulabschluß besitzen, sich mitunter unbeußt von Menschen, die weiße Kittel tragen und ihre Berichte in unergründlichem Jargon verfassen, einschüchtern oder übers Ohr hauen? Sollten sie kritischer und unbeirrbarer mit Berichten über medizinische Forschung umgehen? [...] Die LeserInnen verdienen ausgewogene Berichte, nicht aber einseitige stenografische Zusammenfassungen, die die Begrenzungen und Schwächen der praktizierten Wissenschaft ignoriert. Der *Star* hat Regeln für die Berichterstattung über Meinungsumfragen, damit die LeserInnen erfahren, wie und wann sie gemacht wurden, wer befragt wurde, die mögliche Fehlerquote und wer die Umfrage bezahlt hat. Aber der Verfahrensleit-

faden von 1993 schweigt über die wünschenswerten Anforderungen an Berichte über wissenschaftliche Forschung.“

Sellar empfiehlt dann Kriterien, die Arthur Caplan vom Zentrum für Bioethik der University of Pennsylvania für Zeitungsberichte über medizinische Forschung aufgestellt hat:

♦ **Methoden:** Der Artikel sollte darüber informieren, wieviele Menschen an der Studie teilgenommen haben, wie sie ausgewählt wurden, und was genau mit ihnen angestellt wurde. Wenn z.B. Forscher den Einfluß von Zucker auf das Verhalten von Kindern testen würden, sollten die LeserInnen erfahren, ob es ein „Doppelblindversuch“ war, bei dem niemand wußte, wer Zucker und wer künstlichen Süßstoff erhielt.

♦ **Ergebnisse:** Was beweist die Studie? Bestätigt oder widerspricht sie früheren Untersuchungen? Treffen die Ergebnisse nur auf eine kleine Gruppe von Menschen zu? Und — am wichtigsten — enthält der Artikel Kommentare von einem anderen unabhängigen Experten auf diesem Gebiet?

♦ **Voraussetzungen:** Selbst wenn verantwortungsvolle Wissenschaftler unabhängige Forschungen durchgeführt haben, wer hat sie bezahlt? Die LeserInnen haben ein Anrecht zu erfahren, ob ein Firma beteiligt war, die ihr eigenes Süppchen kochen will.

♦ **Relatives Risiko:** Eine Studie würde vielleicht ergeben, daß Frauen die Kaffee trinken, ein hundert mal so großes Risiko einer Fehlgeburt haben. Aber die Erhöhung des Risikos ist vielleicht die von *sehr, sehr klein* zu *sehr klein* und deshalb unbedeutend. Und außerdem: wie ist das Risiko von Kaffee verglichen mit dem von Alkohol?

Sellars Resümee: „Nun, einige werden vielleicht sagen, eine Zeitung hat nicht genügend Platz, um so ausführlich zu berichten. Aber warum sollte man überhaupt auf Seite 1 über ein neues Medikament gegen Brustkrebs berichten, wenn man den LeserInnen nicht einen möglichst umfassenden Einblick gibt? Falsche Hoffnungen sind leicht zu erzeugen. Die Strafe ist die Untergrabung der eigenen Glaubwürdigkeit.“

⁷ Don Sellar, Stories can't cure Cancer, *Toronto Star*, 23. Mai 1998, S. E2

Alle Jahre wieder: Malaria

In den 50er Jahren hoffte man noch, die Malaria in wenigen Jahren auszurotten zu können - vergeblich. Zwar ging bis zu den 70er Jahren immerhin die Häufigkeit zurück, doch seitdem hat sich die Situation kontinuierlich verschlechtert. Im jährlichen Weltgesundheitsbericht der WHO belegt die Malaria nach wie vor einen der ersten Plätze in der „Rangliste“ der Todesursachen.

1997 wurden weltweit zwischen 1,5 und 2,7 Mill. Malaria-Tote und 300 - 500 Mill. Erkrankungen registriert, 90% davon im tropischen Afrika. In Ländern der Dritten Welt sind ganz besonders Kinder unter fünf Jahren betroffen: 700.000 starben 1995 an der Infektion, 40% dieser Kinder litten gleichzeitig an schwerer Unterernährung, vielleicht hätten die meisten sonst überlebt. Malaria ist ein Problem

sondern zielt nur noch auf eine Reduzierung der Sterblichkeitsrate um mindestens 20% bis zum Jahr 2000.⁸

Wer nicht an der Malaria stirbt, trägt die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Bürden der sich wiederholenden Anfälle: Einige Malaria-Formen können den Gesundheitszustand dauerhaft schädigen; Kinder werden von Schule und/oder Arbeitsplatz ferngehalten;



So wie hier in Vietnam ist es oft schwierig, Malariapatienten zur nächsten Gesundheitsstation zu transportieren

Foto: WHO/TDR/ O.Martel

der armen Länder, betroffen sind die Unterprivilegierten, deren Lebensumstände eine Erkrankung wahrscheinlicher machen und die sich häufig eine angemessenen Behandlung nicht leisten können.

Die heutige globale Strategie orientiert sich längst nicht mehr an einer möglichen Ausrottung der Malaria,

Erwachsene sind erheblich in ihrem Alltags- und Erwerbsleben behindert; Schwangere Infizierte erleiden in 60% der Fälle Fehlgeburten. Stark betroffene Länder haben neben den direkten Folgen der Krankheit hohe volkswirtschaftliche Verluste.

Auch die Malaria tropica - die gefährlichste Malaria-Art - hat eigentlich

gute Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung. In Ländern der Dritten Welt gibt es jedoch vier große Probleme:

◆ Erstens wird die Krankheit oft zu spät diagnostiziert und/oder falsch behandelt, häufig bildet sie deswegen schwerste Formen aus.

◆ Zweitens haben Menschen in ländlichen Gebieten oft keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu Versorgungseinrichtungen.

◆ Drittens stehen in vielen Provinzgesundheitszentren nicht die angemessenen Medikamente in ausreichender Menge zur Verfügung.

◆ Viertens wirken die verfügbaren Mittel oft nicht mehr: Erste Resistenzen gegen Chloroquin wurden bereits 1961 festgestellt und sind heute weit verbreitet. Mittlerweile sind regionale Erreger-Resistenzen gegen alle Malaria-Medikamente bekannt.

Hierzulande wird Malaria oft mehr als „lästiges Reisemitbringsel“ wahrgenommen. Trotz zunehmender Infektionsrate in den nördlichen Industrieländern sterben relativ wenige daran (17 Todesfälle in Deutschland im Jahre 1996⁹), und meist nur dann, wenn die Krankheit zu spät diagnostiziert wird. Eine Reihe prophylaktischer und kurativer Mittel steht zur Verfügung, auch wenn diese immer wieder wegen ihrer Nebenwirkungen in die Diskussion geraten (siehe *Pharma-Brief* 4/98). Zur Behandlung ist im Moment Mefloquin (Lariam[®]) das Mittel der Wahl. Hierzulande wird es allerdings auch von vielen Tropeninstituten als Prophylaxemittel empfohlen, was enorme Probleme mit sich bringt: Durch den häufigen Einsatz entwickeln sich mehr und mehr Resistenzen.

Ein neuentwickelter Malaria-Schnelltest der eine sichere Selbst-Diagnose im Zweifelsfall verspricht, ergänzt für TouristInnen oder Geschäftsreisende die „Standby-Therapie“: Die Mitnahme eines Medikaments zur notfallmäßigen Behandlung. Solche Mittel kommen den BesucherInnen aus den kühleren Regionen zugute, nicht jedoch den Millionen von Betroffenen in der Dritten Welt. Mefloquin und erst recht der Malaria-Schnelltest sind für Arme oft unbezahlbar.

Der lange erhoffte Impfstoff ist nicht in Sicht, obwohl von der Pharmaindustrie seit vielen Jahren immer wieder behauptet wird, es sei möglich, eine Impfung gegen den sich im menschlichen Körper ständig wandelnden Erreger zu finden. Doch Forschungsgelder werden in die Entwicklung eines Malariimpfstoffs kaum gesteckt. Wirtschaftlicher für die Unternehmen ist eben die Entwicklung von Medikamenten für die reiche Kundschaft im Norden, die an einem Impfstoff wenig Interesse hat.

Wie schwer es ist, eine Behandlung zu bekommen

Eine Mutter berichtet

„B. war gestern (Dienstag) morgen noch völlig gesund. Mittags wollte er dann nichts mehr essen und fühlte sich ganz heiß an. Ich überlegte, ob ich zur Klinik gehen sollte, aber die mobile Klinik kommt nur montags und donnerstags, und das Gesundheitszentrum liegt fünf Kilometer entfernt. Es goß in Strömen und eine Transportmöglichkeit gab es nicht. So kaufte ich ihm dann eine Tablette Chloroquin beim Kaufmann und zwang ihn, sie zu schlucken. Heute morgen war er immer noch heiß und schwach, und dann begann sein ganzer Körper zu zucken. Da brachte ich ihn zu unserem Dorfheiler, der dem Kind eine Mixtur auf den Kopf auflegte. Als er für viele Stunden ohnmächtig blieb, half mir mein Bruder, ihn auf dem Fahrrad zum Gesundheitszentrum zu bringen. Die Krankenschwester sagte, daß B. eine Chinin-Spritze benötigte, aber es gab keine mehr. Sie rief einen Krankenwagen, der nach ungefähr vier Stunden kam und der eine Stunde brauchte, uns hierher zu fahren.“

Im Krankenhaus erhielt B. eine Chinin-Infusion mit Glucose und Flüssigkeitsersatz. Weitere Anfälle wurden mit krampflösenden Medikamenten behandelt, und er brauchte eine Bluttransfusion wegen der rapide fortschreitenden Anämie. Nach 28 Stunden Koma kam er zu Bewußtsein und genas völlig.¹²

Der Erreger der Malaria tropica (*Plasmodium falciparum*), verursacht äußerst unterschiedliche Krankheitsbilder. Leichtere Formen treten gewöhnlich in Gegenden mit intensiver Übertragung auf, wo Menschen aufgrund überstandener Infektionen Immunität ausbilden können – auf Kosten der vielen an Malaria gestorbenen Kleinkinder. Bei geringerem Infektionsrisiko ist eine Immunisierung kaum möglich. Dann ist Malaria zwar generell ein weniger schweres Problem, doch entwickeln Personen aller Altersgruppen im Falle einer Infektion schwerste Erkrankungen mit hoher Sterblichkeitsrate.

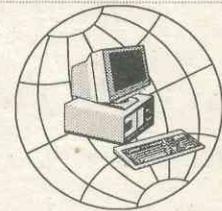
Das gilt es zu bedenken, wenn neue Bekämpfungsstrategien ausprobiert werden, wie z.B. mit Insektiziden imprägnierte Mosquito-Netze. Damit wurden in einigen Ländern nur über einen kurzen Zeitraum gute Erfahrungen gemacht. So gab es z.B. in Burkina Faso zwar im ersten Jahr einen signifikanten Rückgang der Sterblichkeitsrate, nicht mehr jedoch im zweiten, denn selbstverständlich werden nicht alle Moskitobisse verhindert. Die reduzierte Bißhäufigkeit scheint nur in Gebieten mit geringerem Malariavorkommen positive Resultate zu erbringen; in Gebieten mit intensiver Übertragung verhindert sie jedoch gleichzeitig die Ausprägung der Immunisierung. Längerfristig erhöht sich dort wieder das Risiko, und auch schwere Krankheitsformen treten wieder öfter auf. Zudem muß befürchtet werden, daß die Moskitos rasch Resistenzen gegen die Insektizide entwickeln.¹⁰

Das Malariavorkommen ist in hohem Maße von Umweltfaktoren und sozialen Bedingungen abhängig. Leben unter beengenden und ärmlichsten Verhältnissen, Arbeiten an und in stehenden Gewässern (in der Landwirtschaft, Berg- und Straßenbau) gefährden Millionen von Menschen, denen keine Alternativen zur Verfügung stehen. Auch die über 20 Millionen Flüchtlinge weltweit sind einem hohen Risiko ausgesetzt, denn viele Menschen müssen sich auf der Flucht in malariaverseuchten Gebieten niederlassen.¹¹

Die Malaria-Erreger, die von der Anopheles-Mücke übertragen werden, können sich nur in Insekten mit ausreichend langer Lebensspanne entwick-

keln, also unter warmen und feuchten Bedingungen. Das ist der Grund, warum die Krankheit in kühleren und höher gelegenen Regionen nicht auftritt: Dort sterben die Mücken, bevor sie den Erreger übertragen können. Eine globale Erwärmung von 1 - 2°C - und mit dieser Größe rechnen momentan viele Wissenschaftler - könnte die Malariagebiete erheblich ausdehnen. Wenn Malaria auch am Oberrhein wieder vorkäme, würde dann vielleicht der ersehnte Impfstoff schneller gefunden werden? (TU)

In eigener Sache



Internet-Hinweis

Den *Pharma-Brief* und weitere Informationen zur BUKO Pharma-Kampagne finden Sie auf folgender Website:

www.epo.de/bukopharma

- ⁸ WHO, The World Health Report 1998. Life in the 21st century - A vision for all, Genf 1998, S. 54
⁹ Peschel, Sebastian, Die Tücken der Malaria. *Die Zeit* 22.10.98
¹⁰ WHO, United Against Malaria. *World Health No. 3*, May-June, 1998, S. 11
¹¹ aaO., S. 22
¹² aaO., S. 9

Impressum

Herausgeberin:
 BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62,
 D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-
 63789, e-mail bukopharma@compuserve.com
 homepage: www.epo.de/bukopharma/

Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V.,
 August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld

Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Christiane Fischer, Christine Tuschinsky

Mitarbeit: Karin Pichlbauer, Hedwig Diekwisch
 Druck: Off-Set, Bielefeld

Bezugsbedingungen:
 Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich.
 Einzelabo 25 DM,
 Institutionen- oder Auslandsabo 45 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 für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

50 Jahre WHO – ein Grund zum Nachdenken

„Leben im 21. Jahrhundert - Eine Vision für alle“ so lautete die Überschrift des Jahresberichtes 1998 der Weltgesundheitsorganisation (WHO). **Kluffen überbrücken - Krankheit bekämpfen - Entwicklung pflegen - Leiden besiegen - Menschlichkeit stärken** -, so lauten die fast lyrisch anmutenden Titel der Weltgesundheitsberichte der WHO aus den Jahren 1995 - 1997. Seit 50 Jahren besteht die WHO. Vor 20 Jahren wurde die richtungsweisende Erklärung von Alma Ata verfaßt, die weitreichende gesellschaftliche Veränderungen als Grundlage einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Weltbevölkerung einforderte. Wie weit reichen die Visionen der Weltorganisation heute?

„Das 21ste Jahrhundert bietet eine leuchtende Vision von besserer Gesundheit für Alle. Es hält die Aussicht auf ein nicht nur längeres Leben, sondern auf ein qualitativ besseres Leben mit weniger Einschränkungen und Krankheit. Der Anbruch des neuen Jahrtausends verspricht der gesamten Weltbevölkerung eine gesündere Zukunft. Bewertet man die Erfolge in der Vergangenheit und Gegenwart, so zeigt der Weltgesundheitsbericht 1998, daß die Menschheit mit gutem Grund hoffnungsvoll in die Zukunft blicken kann. Trotz solcher optimistischen Ansichten müssen einige harte Realitäten zur Kenntnis genommen werden. Dennoch haben die dramatischen Fortschritte in der Gesundheit im 20. Jahrhundert den Grundstein für einen weiteren erfolgversprechenden dramatischen Fortschritt in den kommenden Jahren gelegt.“¹³ Soweit die ersten Sätze des diesjährigen Weltgesundheitsberichtes.

Ohne Zweifel kann sich die WHO große Erfolge auf die Fahnen schreiben, wie z.B. die Ausrottung der Pocken, Verringerung der Kindersterblichkeit, teilweise flächendeckende Impfung gegen Tuberkulose, Masern, Polio, sowie die bessere Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und unter der Geburt.

Doch vieles wurde nicht erreicht. 1997 starben 20 Millionen Menschen unter 50 Jahren, davon allein 10 Millionen Kinder unter fünf Jahren, trotz einer insgesamt gestiegenen Lebenserwartung. 97% dieser Kinder starben in den Armutsregionen der Erde.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit – und unausweichlich oft dem Tod – ist nur allzu bekannt. Im

Weltgesundheitsbericht 1995 war dies eine der Hauptaussagen. Doch welche Konsequenzen zieht die WHO heute?

Sie konstatiert nach den Zeiten der weltweiten Rezession eine globale wirtschaftliche Erholung seit 1994 mit „Langzeit-Nutzen“. Will heißen, soziale und ökonomische Fortschritte ermöglichten einen besseren Lebensstandard mit positiven Folgen für die Gesundheit der Menschen. Während dies in den industrialisierten Ländern schon voll zum Tragen komme, werde es in den Entwicklungsländern noch etwas länger dauern. Die WHO hofft hier auf einen Durchsickereffekt, bei dem der Wohlstand der Industrieländer auch irgendwann einmal die Entwicklungsländer erreichen wird. Daß diese Rechnung nicht aufgehen kann, weiß auch die WHO: Einerseits stellt sie fest, daß sich das Nahrungsmittelangebot in den letzten 40 Jahren verdoppelt hat, auf der anderen Seite sterben 10 Millionen Kindern an behandelbaren Infektionskrankheiten, wie Bronchitis, Lungenentzündung oder Durchfall, die durch die katastrophale Ernährungslage dieser Kinder oft tödlich enden. Die Frage einer gerechten Verteilung der vorhandenen Nahrungsmittel wird im Bericht nicht aufgeworfen.

Vor 20 Jahren - am 12. September 1978 - wurde die Deklaration von Alma Ata von 134 Nationen verabschiedet. Der Zusammenhang zwischen Armut und fehlender Gesundheit wurde erkannt und führte zu folgenden Forderungen:

- ◆ Gleichheit und soziale Gerechtigkeit
- ◆ eine neue Weltwirtschaftsordnung
- ◆ mehr aktive Partizipation der benachteiligten Masse der Bevölkerung

◆ eine Umstrukturierung des Gesundheitswesens mit Vorrang für Basisgesundheitsdienste.

Dieses neue Programm wollte bewirken, „das alle Menschen ein Gesundheitsniveau erreichen, das ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“¹⁴ Doch das sogenannte PHC-Konzept (Primary Health Care = „Primäre Gesundheitspflege“) hatte „von Anfang an eine schlechte Ausgangsposition, nicht nur wegen seines gesellschaftlichen, in der Konsequenz revolutionären Potentials.“ Es geht bei der Verwirklichung von PHC in erster Linie um einen langwierigen Prozeß der Veränderung, der gleichzeitig viele Bereiche betreffen soll. Eine aktive Partizipation der Betroffenen ist dafür Voraussetzung, die Armen selbst sind die Akteure, die ihre Gesundheit in ihre eigenen Hände nehmen. Ähnlich wie Paolo Freires Pädagogik der Unterdrückten, ist PHC ein Ansatz von unten, der den Menschen ihre Würde wiedergeben will. Ziel von PHC sind positive Veränderungen der Gesundheits- und Lebenssituation der Menschen. Diese nehmen oft viel Zeit in Anspruch. Allein schon deshalb sind schnelle leicht meßbare Resultate nicht zu erwarten.¹⁵ Doch die GeldgeberInnen wollten darauf nicht verzichten. So geriet bereits ein Jahr nach Inkrafttreten der Deklaration das ursprüngliche PHC-Konzept unter massive Kritik, da es zu kosten- und personalintensiv sei. Es würde die sogenannte „selektive primäre Gesundheitspflege“ (Selective primary health care, SPHC) erfunden. In der Praxis bedeutete das Einzelprogramme gegen die besonders häufig zum Tode führenden Krankheiten, die mit einfachen und billigen medizinischen Interventionen bekämpft werden konnten. Besonders vom Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen UNICEF wurden diese isolierten Interventionen, wie orale Rehydratation bei Durchfall und Impfungen gegen einzelne Infektionskrankheiten, durchgeführt. Das Problem: Wieder waren es von oben verordnete Einzelaktionen, die ohne jeden Zweifel viele Leben retteten, jedoch die Gesamtsterblichkeit nicht im erhofften Ausmaß verminderten. Die Menschen blieben in dem Prozeß unbeteiligt, ihre Lebensqualität wurde nicht verbessert, Partizipation blieb außen vor. Mit dem

ursprünglichen Grundgedanken des PHC-Konzeptes hatte das wenig zu tun. Interessanterweise stellten selbst UrheberInnen des SPHC-Konzepts fest, daß isolierte und selektive Bekämpfung einzelner Krankheiten Gesundheit nicht nachhaltig verbessern konnte, da sie die ökonomischen und sozialen Ursachen nicht beachtet. So haben sie begonnen, sich Gedanken über die politischen Voraussetzungen für bessere Gesundheit zu machen. Aufgrund von Fallstudien einiger armer Länder, in denen sich die Gesundheitssituation über längere Zeit nachhaltig verbessert hat, kamen sie zu dem Ergebnis: „Nach den historischen Erfahrungen zu urteilen, kann diese Entwicklungsstufe erreicht werden durch eine lange Geschichte von egalitären Prinzipien und Demokratie (Costa Rica), durch Agitation benachteiligter Gruppen (Kerala/Indien) oder durch soziale Revolution (China).“¹⁶

Gerade diese Erfolge sollten die WHO nachdenklich machen und ihre eigene Politik einer Überprüfung unterziehen lassen. In Zeiten knapper werdender Ressourcen wird schon in den Industrienationen im Gesundheits- und Sozialsektor gespart, um wieviel mehr in Entwicklungsländern, die ohnehin nicht viel zu verteilen haben. Die WHO sieht sich selbst als eine Organisation, die eine Fülle von normativen Aktivitäten und Standardsetzungen erfüllt. Daher sollte sie auch in der Lage sein, mehr Druck auf entsprechende Länder bzw. ihre Regierungen auszuüben, diese Standards, die sie einmal unterschrieben haben, auch zu erfüllen.

An der Schwelle zum neuen Jahrtausend bleibt also noch viel zu tun, wenn aus der Vision für Alle nicht eine Vision für Einige werden soll. Der Weltgesundheitsbericht 1998 wurde noch unter dem alten WHO-Generaldirektor Nakajima verfaßt. Es bleibt abzuwarten, ob unter der Leitung von Gro Harlem Brundtland die blumigen Sprüche durch Taten ersetzt werden.

(Hedwig Diekwisch)

¹³ WHO, The World Health Report 1998, Genf 1998, S. 1

¹⁴ WHO: *Global strategy for health for all by the year 2000*. Health for All Series, No.3, 1981

¹⁵ Leo Locher, *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 - oder in 2000 Jahren?* *Soziale Medizin* 3/92

¹⁶ Halstead S.B. et. al. (eds): *Good health at low cost*. Proceedings of a conference sponsored by the Rockefeller Foundation, May 1985 at Bellagio, Italien

Nordkorea – vergessen und verhungert

~ Die Situation in der Volksrepublik ist dramatisch. Eine Hungersnot, eine zusammengebrochene Pharmaindustrie und eine desolante Wirtschaft machen dem Land zu schaffen. Hilfsorganisationen suchen nach dem besten Weg, den betroffenen Menschen zu helfen

Nachdem die pharmazeutische Industrie Nordkoreas zu Beginn dieses Jahrzehnts weitgehend zusammengebrochen ist, erhalten viele Krankenhäuser seit Jahren kaum mehr Antibiotika oder andere wichtige Medikamente. Von ehemals 25 Tablettenfabriken sind nur noch zwei produktionsfähig, und diese können durch Stromsperrern nur eingeschränkt produzieren. Das DIFÄM,¹⁷ Ärzte ohne Grenzen, UNICEF und eine italienische Hilfsorganisation versuchen, die Kliniken des Landes mit unentbehrlichen Arzneimitteln und medizinischen Geräten zu versorgen und medizinisches Personal auszubilden. Zusätzlich sammeln die Angestellten der meisten Kliniken selbst Heilkräuter, um traditionelle Medikamente herzustellen, mit denen sie vor allem chronische Erkrankungen behandeln. Bei akuten Krankheiten - wie z.B. Lungenentzündung - helfen diese aber nicht.

Das DIFÄM hat begonnen, Rohmaterialien zur Tablettenherstellung nach Nordkorea zu liefern, um so die lokale Produktion zu stärken. Die in Korea hergestellten Medikamente wurden in Deutschland von einem unabhängigen Labor auf ihre Qualität hin analysiert und für gut befunden.¹⁸ Ein Problem sieht Albert Peterson vom DIFÄM dabei allerdings voraus. Medikamente westlicher Produktion gelten als besser, weil sie meist schöner und bunter aussehen. Er schlägt daher vor, die Medikamente, die in Nordkorea bereits wieder selbst produziert werden, nicht weiter zu importieren. Insgesamt kann aber nur ein kleiner Teil der benötigten Medikamente in den verbleibenden Fabriken produziert werden. Die Versorgung der Bevölkerung ist so nicht gewährleistet. Deshalb sind die Hilfslieferungen momentan unersetzbar.

Dennoch kooperiert die nordkoreanische Regierung nur sehr eingeschränkt mit den NGOs. Sie möchte nur noch pharmazeutische Rohmaterialien geliefert bekommen und die Lieferung von notwendigen Fertigungsmitteln

nicht mehr zulassen, obwohl der Bedarf im Land nicht gedeckt werden kann. Erschwerend für die NGOs kommt hinzu, daß ihnen die Kontrolle der Versorgung schwer gemacht und in einigen Gebieten gar nicht gestattet wird. Trotz dieser Schwierigkeiten konnte Albert Petersen vom DIFÄM aber bestätigen, daß die Hilfslieferungen ihr Ziel erreichen.

Allerdings sahen sich Ärzte ohne Grenzen im Rahmen der momentanen nordkoreanischen Politik nicht weiter in der Lage, humanitäre Hilfe zu leisten und haben sich am 30. September diesen Jahres aus Nordkorea zurückgezogen.¹⁹

Durch mehrere Naturkatastrophen innerhalb der letzten Jahre kam es 1997 zu schweren Ernteaussfällen, die eine Hungersnot und eine weitere Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zur Folge hatten.²⁰ Die Erntemengen decken nur noch 50% des Bedarfs ab.

Nordkorea ist international seit dem Zusammenbruch der meisten sozialistischen Staaten isoliert, da seine größten Handelspartner weggebrochen sind. Die Staatsideologie der Volksrepublik besagt, daß das Land alles aus sich selbst heraus vermag und keinerlei Hilfe von außerhalb bedarf. So findet dringend notwendiger Handel auch aus diesem Grund nicht statt, obwohl Nordkorea reich an Bodenschätzen ist

Die brenzlige Situation in Nordkorea hat wenig Aussicht, sich in naher Zukunft zu bessern. Welcher Weg der richtige für die Hilfsorganisationen ist, bleibt schwierig zu beurteilen. International wäre es sicherlich wichtig, das Augenmerk der Öffentlichkeit wieder auf die Lage dieses weitgehend vergessenen Landes zu lenken (CF)

¹⁷ Deutsches Institut für ärztliche Mission, Tübingen

¹⁸ Albert Petersen, *Reise DPR-Korea 11.-22.März 1998*, Reisebericht, DIFÄM, 1998, S. 1-13

¹⁹ Petra Meyer, *Presseerklärung von Ärzte ohne Grenzen*, Oktober 1998

²⁰ Albert Petersen, *Dem. Volksrepublik Korea, 06.-20. September 1997*, Reisebericht, DIFÄM, 1997, S. 1-14



Aus aller Welt

Globalisierung: Wirtschaftliche Entwicklung im Süden steht still

Die wirtschaftliche Entwicklung der Dritten Welt ist 1998 praktisch zum Stillstand gekommen, das stellt die Weltbank in ihrem neuen Jahresbericht fest.²¹ Das Pro-Kopf Inlandsprodukt wächst in diesen Ländern 1998 nur um 0,4%, während es im Vorjahr um 3,2% zunahm.²²

In den südostasiatischen Krisenländern²³ ging das Bruttoinlandsprodukt sogar drastisch zurück (-8%). Die Krise der Weltwirtschaft hat mehrere Ursachen, sie trifft aber die Länder des Südens besonders hart. Die sinkende Binnennachfrage in Industrieländern trifft die Wirtschaften der Exportländer, die Verbraucherprodukte produzieren, erheblich. Aber auch internationale Währungsspekulation, Kapitalflucht, un stabile Finanzmärkte und die Überschuldung von Unternehmen haben erheblich zur Krise beigetragen. Die Weltbank vergleicht die Situation in Südostasien bereits mit der Schuldenkrise Lateinamerikas in den 80er Jahren.

Die Folge der Weltwirtschaftskrise bedeutet für viele Menschen bittere Armut. In Indonesien z.B. hat die registrierte Arbeitslosigkeit innerhalb eines Jahres von 5% auf 15% zugenommen.²⁴ Die verdeckte Arbeitslosigkeit ist erheblich höher. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) schätzt, daß bis zum Jahresende ein Fünftel der indonesischen Bevölkerung, etwa 40 Millionen Menschen, unter die Armutsgrenze rutschen wird.²⁴ Die ILO fordert deshalb die Schaffung sozialer Absicherungssysteme. Arbeitslosen-kassen wären nach Ansicht der ILO problemlos möglich und würden sich

kaum negativ auf Löhne und Arbeitsmarkt auswirken.

Die Weltbank setzt auf ausländische Investoren, um überschuldete Unternehmen zu retten, damit wird die Abhängigkeit der Länder der Dritten Welt vom Norden weiter erhöht werden. Sie hält die Einführung von „regulatorischen Sicherungsmechanismen“ in Ländern der Dritten Welt zur kontrollierten Nutzung der Weltkapitalmärkte für notwendig. Zudem müsse „die internationale Finanzarchitektur verändert werden, so daß mehr Länder in stärkerem Maße von den realen Vorteilen der neuen globalen Wirtschaft profitieren und vor den damit verbunden Risiken aber besser geschützt sind.“ Dies sind aus dem Hause der Weltbank ungewohnte Töne, gleichzeitig bedeutet es aber auch das Eingeständnis, daß die existierenden Strukturen dem Süden zum Nachteil gereichen.

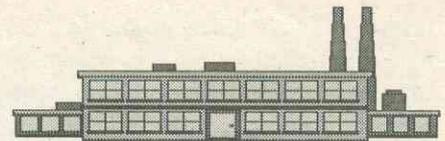
Ob die Hoffnung der Weltbank, ab 2000 könne sich die Lage verbessern, realistisch ist, bleibt fraglich. Heute jedenfalls macht sie niemanden satt. (JS)

Brasilien fügt sich IWF nicht

Der internationale Währungsfond (IWF) hat ein Kreditpaket für Brasilien von Kürzungen im Staatshaushalt und mehr Exporte gefordert.

Der IWF hatte für die Gewährung eines Kreditpaketes in Höhe von 41,5 Milliarden US\$ verlangt, daß Brasilien einen Handelsbilanzüberschuß von 2,8 Milliarden US\$ erzielen muß.

Im brasilianischen Parlament scheiterte am 3.12.1998 die geplante Kürzung von 2,5 Milliarden US\$ im Sozialversicherungssystem. Weil Wirtschaftsfachleute jetzt an der Durchsetzungsfähigkeit der Regierung zweifeln, fielen die Börsenkurse. Auch die vom IWF geforderte Steigerung der Exporte zeigt negative Folgen: Sie läßt sich nur durch eine Abwertung des brasilianischen Real verwirklichen. Geldanleger haben in Erwartung dieser Maßnahme bereits 35 Milliarden US\$ außer Landes gebracht.²⁵



Konzern-Nachrichten

Pillen profitabel

Die internationale Pharmaindustrie hat es in den letzten Jahren geschafft, sich exzellente Rahmenbedingungen für ihre Geschäfte zu schaffen. In keiner Branche läßt sich mehr verdienen als bei Medikamenten.

Besseren Patentschutz für Arzneimittel, möglichst freie Gentechnikforschung und -produktion, keine Begrenzung der Arzneimittelausgaben bei den Krankenversicherungen, noch weniger Informationspflichten in der Werbung. Die weltweite Wunschliste der Pharmaindustrie ist lang. Begründet wird dies stets mit den schlechten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Branche.

Nichts ist jedoch weniger wahr. Das US-Wirtschaftsmagazin *Fortune* verglich die Rentabilität der verschiedenen Wirtschaftsbranchen. Die mit Abstand profitabelste Branche mit einer durchschnittlichen Rendite von 17,2% ist die Pharmaindustrie. Als nächstes folgen mit deutlichem Abstand spezialisierte Finanzfirmen mit 10,3% Rendite. Die allgemein als boomend geltende Computerbranche bringt es im Schnitt gerade auf 7,3% und an letzter Stelle stehen Handelsfirmen mit gerade 0,2%.²⁶ (JS)

²¹ World Bank, Global Economic Prospects and the Developing Countries, Washington 1998

²² Pressemitteilung der Weltbank vom 2.12.1998

²³ Indonesien, Republik Korea, Malaysia, Philippinen und Thailand

²⁴ Bittere Armut bedroht Millionen, *Frankfurter Rundschau* 2.12.1998

²⁵ Brasilien verunsichert Märkte, *Frankfurter Rundschau* 5.12.1998

²⁶ Die rentabelsten Unternehmen der Welt, *Gesundheitspolitische Informationen*, 3/98, September 1998, S. 37

Das Letzte

A World Free of Poverty



Kopfzeile von Weltbank Presseerklärungen