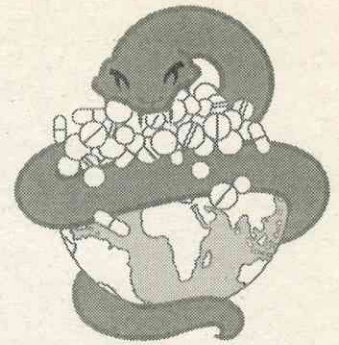


# PHARMA- BRIEF



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

Nr. 2-3, März/April 1999

K 11838

## Gesundheit statt Globalisierung

Eine Aktion der Pharma-Kampagne

Mit dem Projekt *Gesundheit statt Globalisierung* will sich die Pharma-Kampagne in die öffentliche Diskussion über die zukünftige internationale Entwicklung einmischen. In welche Richtung wird sie sich an der Schwelle des neuen Jahrtausends bewegen? Verkommen die sogenannten entwickelten Ländern zu Firmenstandorten, die möglichst günstige Bedingungen zur Gewinnerzielung bieten, in der Hoffnung, daß für die eigene Gesellschaft etwas dabei abfällt, der Rest der Welt aber egal ist? Oder denken wir über menschliche Entwicklung nach und darüber, daß das Menschenrecht auf Gesundheit für Alle gilt? Die Pharma-Kampagne wird 1999 und 2000 eine breite Öffentlichkeitsarbeit beginnen und Aktionen zu diesem Thema durchführen.

Gesundheit ist ein Menschenrecht – so steht es in der UN-Charta der Menschenrechte. 1978 haben die Staaten dieser Erde auf der Alma Ata Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Strategien beschlossen, wie das Menschenrecht auf *Gesundheit für Alle* bis zum Jahr 2000 umgesetzt werden kann. 1995 erkannte die WHO, daß die Umsetzung in weiten Teilen nicht stattgefunden hat und beschloß, die Frist bis 2020 zu verlängern, um das große Ziel doch noch zu erreichen. Denn obwohl in den letzten 20 Jahren Verbesserungen des Gesundheitsstandes der Weltbevölkerung stattgefunden haben, sind Millionen Menschen gerade in den ärmsten Ländern dieser Erde davon

nach wie vor ausgeschlossen. Insgesamt ist die Lebenserwartung zwar gestiegen, doch von dieser Verbesserung haben längst nicht alle profitiert. In einigen Ländern ist die Lebenserwartung in den letzten zwanzig Jahren sogar gesunken. Die Anzahl derer, die in absoluter Armut leben, hat in erschreckendem Maße zugenommen. Die Schere zwischen arm und reich ist innerhalb vieler Staaten und zwischen den Staaten größer geworden. Die Notwendigkeit, *Gesundheit für Alle* zu erreichen, erscheint mindestens so dringlich wie vor 20 Jahren.

### Global denken


Soll *Gesundheit für Alle* möglich werden, muß Gesundheit von den politisch Verantwortlichen in das Zentrum menschlicher Entwicklung gerückt werden. Gesundheit ist eine entscheidende Voraussetzung für ein soziales, produktives und sinnerfülltes Leben.

■ ■ ■ ■ ■  
Beilage: *Pharma-Brief Spezial*  
Gesundheit für Alle bis zum  
Jahr 2000 – Was steckt dahinter  
■ ■ ■ ■ ■

### Editorial

Liebe LeserInnen,  
Von Globalisierung ist so viel die Rede, daß man es kaum noch hören mag. Gemeint ist damit in aller Regel allein die wirtschaftliche Globalisierung, und damit die weltumspannenden Gewinnmöglichkeiten für große Firmen und Finanzspekulateure. Wir meinen, daß man Entwicklung auch anders denken kann, nämlich menschlich.

Man kann Dinge wirtschaftlich gestalten, aber daß es sich dabei um ein Mittel handelt und nicht um ein Ziel, scheint in Vergessenheit zu geraten. Das Menschenrecht auf Gesundheit und soziale Entwicklung ist dagegen ein Wert, für den Einzu- stehen sich lohnt. Wir wollen dazu beitragen die (entwicklungs-) politische Debatte wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen: Deshalb lautet unser Motto „Gesundheit statt Globalisierung“. Sie alle sind eingeladen, sich daran zu beteiligen.

Ihr  
  
Jörg Schaaber

- **Lifestyle-Medikamente:**  
Ist eine Glatze krank? ..... 3
- **Internet-Medikamente:**  
Handel und Information ..... 4
- **Fortbildung:**  
Was ÄrztInnen lernen ..... 5
- **Grünenthal: Vergangenheit ... 7**



**Zwischen einer angemessenen Wohnung und dem Gesundheitszustand besteht ein enger Zusammenhang.**

Foto: WHO, Zafar

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sie hängt direkt von ausreichender Ernährung, angemessener Bildung, menschenwürdigen Wohnverhältnissen und den Möglichkeiten ab, sein Leben selbstbestimmt gestalten zu können. Den Armen in Süd und Nord sind diese grundlegenden Rechte verwehrt. Armut ist eine Hauptursache von Krankheit und Leid, Armutsbekämpfung eine notwendige Voraussetzung zum Erreichen von Gesundheit und eines menschenwürdigen Lebens. Dies gilt für alle Menschen überall auf der Welt!

Um *Gesundheit für Alle* zu verwirklichen, bedarf es erheblicher sozialer, ökonomischer und gesellschaftlicher Veränderungen, die denjenigen, die von Ungleichheit und Ungerechtigkeit profitieren und Gesundheit verhindern, nicht genehm sind. Weltbank, IWF, transnationale Konzerne und alle ProtagonistInnen der neoliberalen Weltanschauung verunglimpfen die Forderung als unrealistisch, rückwärtsgewandt und Traumtänzeri.

Doch die Forderung nach *Gesundheit für Alle* ist der Ruf nach sozialer Gerechtigkeit.

#### **Lokal handeln**

Soll *Gesundheit für Alle* möglich werden, müssen alle – Bevölkerung,

GesundheitsarbeiterInnen, ÄrztInnen, politisch Verantwortliche, Initiativen – auf lokaler, regionaler und internationaler Ebene daran mitwirken. *Gesundheit für Alle* ist ein Prozeß von unten, die Menschen in den Städten und Dörfern können und müssen das Recht auf Gesundheit in ihre Verantwortung, in ihre Hände nehmen, Gesundheit und somit ihr Leben aktiv gestalten. Wir alle haben die reale Möglichkeit, uns daran zu beteiligen. Besonders da, wo politische Prozesse und Macht im Norden Gesundheit im Süden verhindern, sind wir gefragt, uns einzumischen.

#### **Internationale Solidarität statt Globalisierung**

Die „Fortschritte“ der Globalisierung gelten als gottgegeben. Der weltweite freie Handel erscheint als nicht hinterfragbares, absolutes Ziel. Der Wert des Menschen wird in diesem neoliberalen Weltbild vorzugsweise in Dollar berechnet. Auch vor Gesundheit macht diese Entwicklung nicht halt. So versucht die Weltbank den „Wert“ eines Menschen anhand seines Gesundheitszustandes in Dollar zu bemessen.<sup>1</sup> Der Mensch wird zur Zahl reduziert, humanitäre und ethische Werte spielen da eine untergeordnete Rolle. Gleichheit und Gerechtigkeit gilt als rückständig. Die Gleichung ist einfach: ein wertvoller Mensch = \$\$!

Diese Entwicklung ist nicht vom Himmel gefallen. Sie wurde von Menschen gemacht, die daran Interessen hatten und haben. Und sie ist von Menschen zu verändern! *Gesundheit für Alle* widersetzt sich der Ökonomisierung des Menschen, der Reduzierung einer Person auf ihren Wert in Dollar. Durch das Engagement von Gruppen, Initiativen und Einzelnen kann eine breite internationale Bewegung entstehen, die auf Solidarität, Gleichheit und Gerechtigkeit gegründet ist. *Gesundheit für Alle* ist möglich, einige Schritte sind getan und viele müssen noch getan werden.

Wir rufen alle Gruppen, Initiativen und Einzelpersonen dazu auf, die Chance zu ergreifen, sich daran zu beteiligen, daß Gesundheit nicht ein Luxusgut der Reichen bleibt, sondern zum Grundrecht Aller wird! Ein erster und wichtiger Schritt ist es, die öffentliche Diskussion weg von Standortfragen und wirtschaftlicher Konkurrenzfähigkeit, hin zu sozialer Gerechtigkeit zu lenken. (CF)

### **Veranstaltung**

## **Gesunde Städte - Gesunde Menschen**

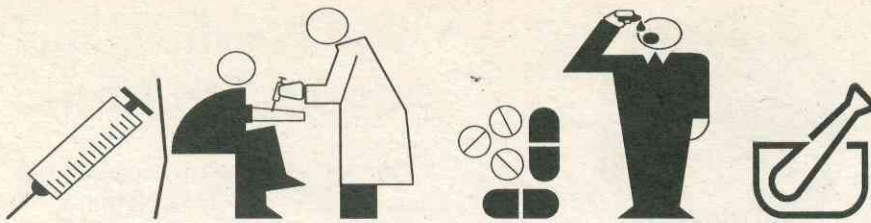
**Viele Menschen machen ihre Wohnbedingungen krank. Dagegen will das WHO Projekt „Gesunde Städte“ etwas tun. Es ist Teil des Programms *Gesundheit für Alle*.**



In Bielefeld können Sie aus erster Hand hören, warum sich in Städten und Dörfern im Norden wie im Süden etwas ändern muß. Der ökologische Raumplaner Karl Schnap-auff und die indische Architektin Anurhadan werden am **4. Mai 1999** um 20 Uhr im Dritte Welt Haus Bielefeld, August-Bebel-Str. 62 referieren.

Sie können die ReferentInnen auch in Ihre Stadt einladen. Nähere Infos bei der BUKO Pharma-Kampagne.

<sup>1</sup> Interview mit Dr. Michel Jancloes, *Gesundheit für alle im Jahr 2000 - Was ist aus der WHO-Erklärung von Alma-Ata geworden?* Soziale Medizin Nr. 6, 1996, S. 21



## Medikamentengebrauch

### Wenn die Glatze zur Krankheit wird

Wir berichteten mehrmals über Medikamente, die keine sind: Lifestyle-Medikamente, deren prominentester Vertreter Sildenafil (Viagra®) ist.<sup>2</sup>

Das Karussell dreht sich weiter: Nachdem der Damm gebrochen ist, Gesunde mit Medikamenten zu behandeln, scheint niemand mehr irgendein Interesse daran zu haben, dem profitablen Markt Einhalt zu gebieten.

Nach Sildenafil und Orlistat (gegen Übergewicht) sind seit Januar zwei neue Medikamente für Gesunde auf dem Markt: Sibutramin (Reductil) und Finasterid (Propecia®). Finasterid soll auf Glatzen wieder Haare sprießen lassen und Männern ihre Jugend zurückgeben. So hätte es die Pharmaindustrie gerne. Doch auch hier ist das Wunder nicht ganz so wahr. Die Haarmenge nahm in multizentrischen Studien im ersten Jahr um durchschnittlich 10% zu, im zweiten Jahr konnte die „Haar-

fülle“ nur erhalten werden, wenn das Medikament weiter eingenommen wurde, ansonsten sinkt die Haarmenge sogar unter das Ausgangsniveau. Daß bei 4% Libido- und Erektionsstörungen eintreten ist auch nicht schlimm, denn dafür gibt es schließlich Sildenafil. Ganz nebenbei ist auch die Langzeitverträglichkeit des Mittels ist nicht erwiesen.

Von Sibutramin behauptet die Pharmaindustrie, es würde die Ursachen der Fettsucht bekämpfen, ein wohl unsäglicher Verdummungsversuch! Wie auch bei Orlistat sind die Nebenwirkungen erheblich und der Effekt zweifelhaft. 10% der Versuchspersonen setzten das Mittel wegen Unverträglichkeit ab.

Alle vorhandenen Lifestyle-Medikamente sind teuer und unseres Erachtens nutzlos. Einzige Gewinnerin ist die Pharmaindustrie, die es geschafft hat, mit unnötigen Arzneimitteln einen neuen Markt zu erobern: Die Gesunden<sup>3</sup> (CF)

### USA: Verständliche Infos für freiverkäufliche Arzneimittel

In den USA werden VerbraucherInnen es in der Zukunft einfacher haben, das richtige Arzneimittel für die Selbstmedikation auszuwählen. Alle freiverkäuflichen Arzneimittel werden zukünftig nach einem einheitlichen Schema etikettiert. Damit werden wichtige Informationen, wie der Wirkstoffname, Anwendungsgebiete, Warnungen und Hilfsstoffe auf einen Blick erkennbar.<sup>4</sup> Von soviel Transparenz ist Deutschland noch meilenweit entfernt.

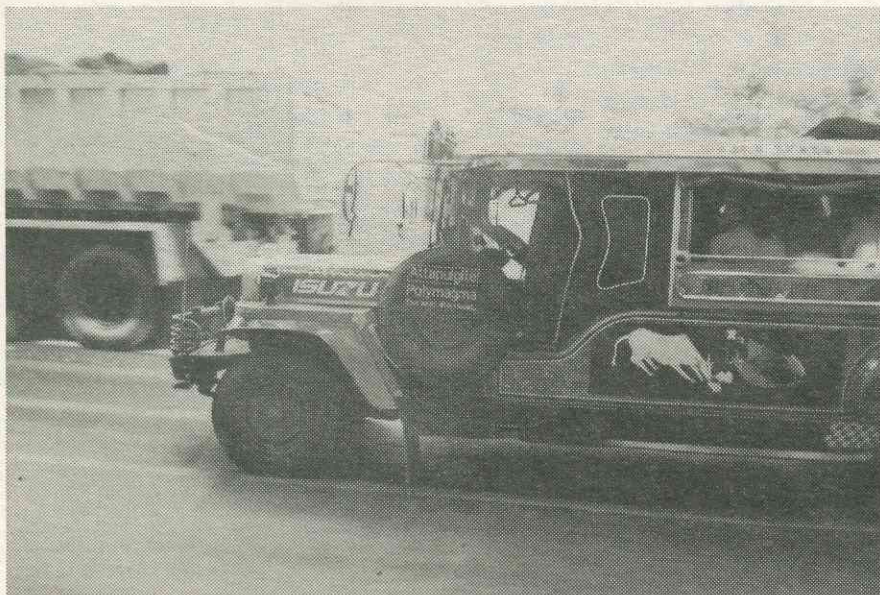
Die USA nehmen eine bessere VerbraucherInnenaufklärung offenbar wichtig: Das neue Gesetz wurde von Vizepräsident Al Gore und Gesundheitsstaatssekretärin Donna E. Shalala vorgestellt. Sie sagte: „Wenn ein krankes Kind mitten in der Nacht ein rezeptfreie Arzneimittel braucht, sollten die Eltern nicht damit kämpfen müssen, das Etikett zu enträtseln.“

Die neue Beschriftungsrichtlinie wird es VerbraucherInnen leichter machen, das geeignete Medikament auszuwählen. Nutzen und Risiken können sie nun besser einschätzen. Das Gesetz wird von einer Aufklärungskampagne begleitet, die den BürgerInnen verständlich machen soll, wie sie den größten Nutzen aus der verbesserten Beschriftung ziehen können. Die meisten Arzneimittel werden in den nächsten zwei Jahren mit der neuen Information versehen sein, innerhalb von 6 Jahren müssen alle freiverkäuflichen Medikamente den neuen Anforderungen genügen. Damit sind die USA uns einige Schritte voraus, denn in Deutschland gibt es nichts Vergleichbares. (JS)

2 Siehe *Pharma-Brief* 6/98 und 8-9/98

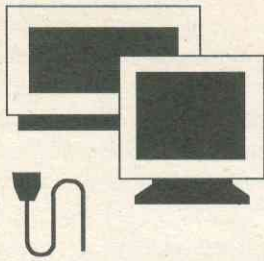
3 *arznei-telegramm* 2/1999, S. 22-23

4 Weitere Informationen im Internet unter [www.fda.gov/cder/otc/studya/index.htm](http://www.fda.gov/cder/otc/studya/index.htm)



Gesundheit auf den Philippinen: Reklame für ein irrationales Durchfallmedikament und ein rauchendes Hähnchen auf einem Jeepney

Foto Denis Pigot



## Internet und Gesundheit

# Im Netz der Pharmaindustrie

## Internet-Handel mit Medikamenten

**Die Apotheken bekommen Konkurrenz, PatientInnen können sich rezeptpflichtige Arzneimittel auch übers Internet besorgen.**

Der Cyber-Doc kommt, er ist immer da, 365 Tage im Jahr, 24 Stunden am Tag - via Internet in der amerikanischen Cyber-Pharmacy. Und das notwendige Rezept wird gegen eine Gebühr von 50 US\$ kundenfreundlich mitgeliefert. Es geht sogar noch problemloser z.B. über einen australischen Anbieter, der weder ein Rezept noch Auskünfte über den Gesundheitszustand verlangt. Name und die Angabe der Kreditkartennummer genügen.<sup>5</sup> Dieser unverantwortliche und unethische Markt ist kaum kontrollierbar. Allein in Deutschland gibt es 5,8 Millionen Menschen, die Zugang zum Internet haben, in den USA sind es 62 Millionen.

Ein EU-Bericht zum electronic commerce geht davon aus, daß der Umsatz für die Pharmaindustrie bis zum Jahr 2.000 auf 390 Milliarden DM steigen. Ein lukrativer Markt also für einen Industriezweig, der sich nur allzu selten Gedanken darüber gemacht hat, welche Konsequenzen seine Geschäftspraktiken für die Gesundheit der PatientInnen haben. Es gilt als unwahrscheinlich, daß in Deutschland viele verschreibungspflichtige Medikament über das Internet bestellt werden, denn diese werden von den Krankenkassen nur dann erstattet, wenn sie von einer ÄrztIn mit Kassenzulassung verordnet wurden - und diese haben die Cyber-Docs nicht. Aber der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller hat wohl erkannt, welche Arzneimittelgruppen für klingende Kassen übers Internet sorgen: Die Life-Style Medi-

kamente. Hier locken vermeintliche Billigangebote im Netz die KundInnen. Der Handel boomt.

Eigentlich ist die Gesetzeslage klar:

- ◆ In Deutschland ist der Versandhandel mit Arzneimitteln verboten. Einzige Ausnahme: EU-BürgerInnen dürfen Arzneimittel aus anderen EU-Staaten zum Eigenbedarf beziehen.
- ◆ Innerhalb der EU ist die Direktwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel verboten, ohne diese Direktwerbung ist ein Bezug über das Internet jedoch nicht möglich.

Die Verfolgung des illegalen Handels mit Medikamenten ist jedoch schwierig, oft ist es dem Zufall überlassen, ob der Zoll die Arzneimittel aufspürt, eine Verfolgung der TäterInnen ist die absolute Ausnahme. Life-Style-Drogen sind über das Internet ebenso beziehbar wie verschreibungspflichtige, irrationale oder gefährliche Arzneimittel. Einen Schutz vor Fälschungen gibt es nicht.

An der Verbesserung der Kontrolle wiederum haben weder die Pharmaindustrie noch die politisch Verantwortlichen großes Interesse. Auf der Strecke bleibt wieder der / die PatientIn. Wir schließen uns dem Urteil der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft an: „Achtung Lebensgefahr! Pillenversand via Internet“. (CF)

<sup>5</sup> Berndt W. Kressin, Johannes F. Hallauer, „Surfen“ in gefährlichen Gewässern, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 12.2.1999, S. 247-251

## Wie Werbung zur Information wird...

Objektiv, informativ, unabhängig, immer im Dienste der ÄrztInnen - in diesem Lichte möchte sie sich die deutsche Pharmaindustrie präsentieren. Und so bietet sie seit neuestem medizinischen Fachkreisen einen kostenlosen Online-Dienst.

Acht große Pharmafirmen haben sich für [www.Medizin-aktuell.de](http://www.Medizin-aktuell.de) zusammengeschlossen und weitere acht sollten im Laufe des Jahres 1998 dazukommen.<sup>6</sup> Nur wissenschaftlich fundierte Beiträge würde auf ihrem Internet-Seiten angeboten, auf die Nennung von Markennamen zugunsten der Wirkstoffnamen verzichtet, den ÄrztInnen und ApothekerInnen würde so die mühevollen Suche im unübersichtlichen Netz erspart, die Vorzüge hören nicht auf!

Wir riskierten einen Blick in den Online-Dienst der Pharmaindustrie und fanden, was zu erwarten war: als Information getarnte Werbung. Selbstverständlich werben die Firmen für ihre Produkte mit Markennamen und verwenden nicht nur die internationalen Wirkstoffnamen: Und selbstverständlich ist in den Artikeln auch kein Hinweis auf Alternativen zur medikamentösen Therapie zu lesen. In altbekannter Manier wirbt Bayer z.B. für Citalopram (Septram®),<sup>7</sup> ein SSRI Antidepressivum, ohne auf das Abhängigkeitspotential, aufmerksam zu machen, vor dem inzwischen auch die WHO warnt.<sup>8</sup> Auch bei Demenz läßt allein die medikamentöse Behandlung hoffen, glaubt man den Ausführungen des Online-Dienstes. Trainingsprogramme zur Aktivierung der PatientInnen verkommen zum Beiwerk der Pillen.<sup>9</sup>

Auch hier gilt, medizinischen Fachkreisen und Laien muß unabhängige Information verfügbar gemacht werden. Auf solche als Information getarnte Werbung können wir verzichten! (CF)

<sup>6</sup> Michael Schmoldt, *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 31-32, August 1998, S. 1403

<sup>7</sup> Fréd Rappard, *Septram*, - das moderne Antidepressivum, [www.Medizin-aktuell.de](http://www.Medizin-aktuell.de), Psychiatrie und Psychotherapie, 1998

<sup>8</sup> Wir berichteten im *Pharma-Brief* 2-3/1998 und 8-9/1998

<sup>9</sup> Carla Straach, *Demenz - Konsequente Behandlung lohnt sich*, [www.Medizin-aktuell.de](http://www.Medizin-aktuell.de)

## Wie lernen ÄrztInnen dazu?

### Qualität von Fortbildung und Industrieinfluß

Fortbildung ist für ÄrztInnen besonders wichtig, denn die Medizin entwickelt sich sehr schnell. Viele Therapieverfahren, die vor 10, 20 oder gar 30 Jahren gelehrt wurden, gelten heute als überholt oder unwirksam. Eine zentrale Rolle in der Weiterbildung für ÄrztInnen spielen Fortbildungsveranstaltungen. Deren Qualität wurde jetzt erstmals systematisch untersucht.<sup>10</sup>

Eigentlich ist es erstaunlich, daß bislang noch niemand auf die Idee kam, zu schauen wie gut sich ÄrztInnen weiterbilden, schließlich hängt unsere Gesundheit davon ab. Um so mehr ist die Untersuchung der Medizinischen Klinik der Universität Düsseldorf zu loben. Ihr sollten nicht nur weitere folgen, sondern vor allem Änderungen in dem Fortbildungssystem schnell angegangen werden. Denn die Ergebnisse der Düsseldorfer Forscher stimmen eher traurig. Im folgenden einige wichtige Ergebnisse.

Untersucht wurden 51 Veranstaltungen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Dabei wurden Termine ausgeschlossen, bei denen aufgrund der Ankündigung zu erkennen war, daß sie unter Beteiligung der Pharmaindustrie veranstaltet wurden. Trotzdem stellte sich heraus, daß bei zwei Drittel der so vorgesehnten Veranstaltungen die Indu-

strie unangekündigt mit von der Partie war. Bei insgesamt 35% der Termine war bereits am Programm zu erkennen, daß die Pharmaindustrie direkt an Planung und Durchführung beteiligt war.

Bei etwa der Hälfte der direkt industriebeeinflussten Veranstaltungen war nur eine Firma beteiligt, die ihre Produkte in den Mittelpunkt stellte.

#### Argumente im Sekundentakt

Die Fortbildungen waren mit durchschnittlich zwei Stunden recht kurz. Meistens wurden Dias oder Folien gezeigt, pro Minute Referat im Schnitt 1,3 Stück. Mit durchschnittlich 11,6 Fakten pro Dia bedeutet das für die ZuhörerInnen eine maximale Erfassungszeit von 4 Sekunden pro Fakt. Bei zwei von drei Veranstaltungen gab es Störungen durch herein- oder herauslaufende Personen und Funktelefone.

Kein Wunder eigentlich, daß Nachfragen selten waren. Nur bei 8% der Vorträge stellten die ZuhörerInnen Fragen an die ReferentInnen. Eine echte Diskussion des Themas gab es nur bei 4% aller Vorträge.

Dem Fazit der Autoren kann nur zugestimmt werden: „Da eine qualitativ hochwertige Fortbildung der Ärzte die Grundlage für eine gute kosteneffektive medizinische Versorgung der Bevölkerung ist, halten wir eine objektive systematische Evaluation mit anschließender Modifikation der Fortbildungsabläufe für eine Voraussetzung zur Verbesserung des Gesundheitssystems in Deutschland, sowohl bezüglich der medizinischen Versorgung als auch der Kosteneffektivität. (JS)

### Laienwerbung für Arzneimittel

Die Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel hat in Deutschland in den letzten Jahren ebenso kontinuierlich zugenommen wie der Umsatz dieser Mittel. Die Erkrankungsrate hat in dieser Zeit nicht zugenommen, wohl aber die Bereitschaft der Bevölkerung, rezeptfreie Arzneimittel zu kaufen. Die manipulierende Wirkung der Werbung könnte dafür wesentlich sein. Eine kürzlich vorgelegte Untersuchung erhärtet diesen Verdacht.

Auf einer Diskussionsveranstaltung in der Universität Wuppertal stellte Dr. Dörte Meyer eine Studie zum Heilmittelwerbegesetz (HWG) vor. Dafür waren 861 Werbeanzeigen aus der Laienpresse ausgewertet worden. Über 80% der Anzeigen enthielten Verstöße gegen die gesetzlichen Bestimmungen.<sup>11</sup>

Dabei soll das HWG die VerbraucherInnen ausdrücklich vor Irreführung und Täuschung schützen. Damit niemand sein Geld für Arzneimittel ausgibt, die ihm nicht nützen, oder noch schlimmer, wegen falscher Werbeversprechen eine notwendige Behandlung unterbleibt.

Frau Meyer zeigte zahlreiche Beispiele für Verstöße. Beliebt ist es, Arzneimitteln nicht bewiesene Wirkungen anzudichten. Auch daß ein Erfolg mit Sicherheit zu erwarten ist, suggerieren viele Anzeigen, besonders bei Erkältungspräparaten eine gewagte Behauptung. Eine weitere beliebte Methode ist der – verbotene – Hinweis auf Fachleute „Die aktuelle Empfehlung aus Ihrer Apotheke“ oder die Werbung Prominenten, die ebenfalls untersagt ist. Das Spiel mit der Angst ist auch nicht tabu. So zeigt eine Anzeige eine leidende Person mit dem Text: „Die Galle schafft's nicht mehr! – Was nur wenige wissen: Solche Beschwerden sind häufig ein erstes Warnzeichen“ Das HWG verbietet aber ausdrücklich Werbeausagen, die geeignet sind, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen.

#### 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

Namentlich gekennzeichnete Beiträge und Leser-  
Innenbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der  
Redaktion wieder.

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.

Die anwesenden VertreterInnen der Pharmaindustrie bestritten denn auch gar nicht die Tatsache, daß es Verstöße gibt, sondern höchstens ihre Häufigkeit (wenn es nur 50% Verstöße gibt, würde das für uns schon einen Unterschied bedeuten). Außerdem entschieden die Gerichte höchst unterschiedlich über Werbeverstöße, so daß von einer einheitlichen Rechtsprechung nicht die Rede sein könne. Aus anderer Sicht bestätigten Überwachungsbeamte und ein Verbrauchervertreter diese Rechtsunsicherheit: Die schleppende Bearbeitung von Verstößen gegen das HWG durch Gerichte, das Kostenrisiko und zwei-

felhafte Entscheidungen zugunsten der Hersteller führen dazu, daß nur wenige Verstöße gegen das HWG überhaupt zur Anzeige gebracht werden.

In der Diskussion blieb offen, ob es überhaupt möglich ist, Pharmawerbung einigermaßen wirkungsvoll zu kontrollieren. Der Bundestagsabgeordnete Wolfgang Schmidbauer (SPD) stellte dann auch die Frage, ob denn „Heilmittel“ und Werbung nicht im Widerspruch stünden. Das vorrangige Rechtsgut sei schließlich die Gesundheit der Bevölkerung und nicht die Werbefreiheit der Pharmakonzerne.

Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Frage, ob es einen Teil der beworbenen Arzneimittel überhaupt geben sollte. Denn erstaunlich viele der beanstandeten Werbungen waren für sogenannte Altarzneimittel, die von der zuständigen Behörde noch nicht auf Wirksamkeit und Sicherheit überprüft sind. Ein Reihe dieser Präparate gelten als medizinisch überholt oder unwirksam. (JS)

10 O. von Reis/ U. Bott/P.T. Sawicki, Evaluation ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen in innerer Medizin, *arznei-telegramm* 3/1999, S. 33-34

11 Das Heilmittelwerbegesetz und der Verbraucherschutz, *Der Arzneimittelbrief*, März 1999, S. 23-24

### ➤ Sonderpreis ◀

Petra Lambrecht, Heide Mertens:

## Small Family – Happy Family

Internationale Bevölkerungspolitik und Familienplanung in Indien

Münster: Westfälisches Dampfboot 1989, 203 S., 15 Abbildungen

Die umfassendste deutschsprachige Darstellung der Bevölkerungspolitik in Indien, grundlegende Information zu Akteuren, Methoden und Verhütungsmitteln der Internationalen Bevölkerungslobby weltweit.

Jetzt im Antiquariat zum Sonderpreis erhältlich:

**statt 25 DM nur 9,- DM** (zzgl. einmalig 3 DM Versandkosten).

Bitte schicken Sie mir gegen Rechnung ..... Exemplare  
*Small Family - Happy Family*

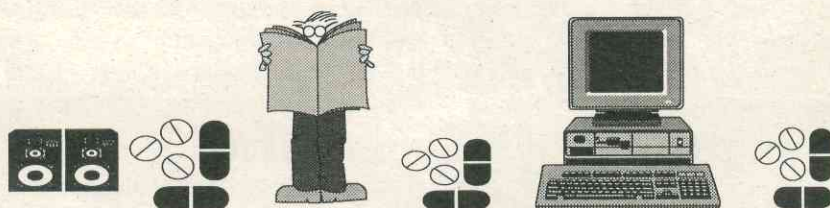
Name: .....

Straße: .....

Stadt: .....

Datum/Unterschrift: .....

Bezug: BUKO Pharma-Kampagne  
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld  
Tel: 0251/60550, Fax: 0251/63789  
e-mail: bukopharma@compuserve.com



## Medikamente in den Medien

### Zur Lage deutscher Medizinzeitschriften

Eine Untersuchung der Qualität deutscher Medizinzeitschriften zeigte, daß ihr Niveau sich weit unter dem internationalen Standard befindet.<sup>12</sup>

Am Beispiel von drei chirurgischen und einer internistischen Fachzeitschrift untersuchten vier WissenschaftlerInnen der Universität Köln die Qualität der Beiträge. Nur zwischen 4,9% und 11,3% der enthaltenen Studien waren entsprechend der grundlegenden Kriterien wissenschaftlicher Arbeiten in kontrollierten, randomisierten<sup>13</sup> Studien durchgeführt worden. Insgesamt kann man davon ausgehen, daß sich 40% der klinischen Fragestellungen durch kontrollierte randomisierte Studien beantworten lassen.<sup>14</sup>

Viele WissenschaftlerInnen aus Deutschland ziehen es allerdings vor, ihre Ergebnisse in international renommierten Zeitschriften zu veröffentlichen, so daß das Niveau der deutschen Medizinfachblätter weiter sinkt. Die AutorInnen der Studie machen das am „Impact Factor“ deutlich, der angibt, wie häufig ein Artikel im Jahr nach der Publikation in anderen Fach-

zeitschriften zitiert wird. Deutsche Zeitschriften werden international wegen ihrer Qualität, aber auch wegen der Sprache, wenig zur Kenntnis genommen. EinE WissenschaftlerIn wird häufig nach dem Impact Factor bewertet.

Die vorgeschriebene Beschränkung der deutschen Fachzeitschriften auf deutschsprachige Artikel führt zu einem Mangel an Internationalität und birgt die Gefahr, daß die Artikel am weltweiten Stand der Wissenschaft vorbeigehen. Nur zwischen 6% und 10% der ausgewerteten Artikel stammen aus dem englischsprachigen Raum und diese sind damit weit unterrepräsentiert. Das führt zu einer „Einbuße von Qualität und Originalität“, wie die AutorInnen der Arbeit resümieren.

Frauen kamen in der Studie erwartungsgemäß kaum vor. Nur 4% der chirurgischen Artikel hatten Frauen geschrieben, bei den internistischen Artikeln waren es immerhin 10%, „Dafür“

zeichneten sich aber zwischen 70% und 75% der Artikel dadurch aus, daß Chefärzte Autoren oder Ko-Autoren waren. Nagelschmidt kritisiert hierbei, daß dadurch das Bild von der täglichen Praxis in eine Schiefelage gerät und die Welt der Publikationen nicht mehr der Realität entspricht.

Besonders bedenklich ist, daß nur wenige negative Ergebnisse publiziert werden, wobei es zwischen den vier untersuchten Zeitschriften deutliche Unterschiede gab (20%-5%). Die Veröffentlichung von schlechter wirksamen Methoden ist wichtig, um ihre Anwendung einzudämmen und eine falsche Ausrichtung weiterer Forschung zu verhindern. Die meisten Berichte über negative Forschungsergebnisse stammten aus Universitäten (72%). Weniger als einer von 10 Artikeln mit negativem Ergebnis stammten von einem Chefarzt, 90,7% von anderen AutorInnen.

#### Ein Blick über den Tellerrand

Auch international sind negative Ergebnisse nicht populär. In den USA wurde die Veröffentlichungspraxis von 109 randomisierten Studien untersucht, die das National Institute of Health (NIH) gefördert hatte. Bei positiven Studien dauerte es im Schnitt 1,7 Jahre bis die Ergebnisse publiziert waren, bei negativen dagegen 3 Jahre.<sup>15</sup>

Kritik am wissenschaftlichen Standard publizierter Studien scheint sich nicht auf Deutschland zu beschränken. Prof. Smith, Herausgeber einer führenden britischen Medizinfachzeitschrift stellte die These auf, daß nur 5% der veröffentlichten Artikel einen akzeptablen Standard besäßen und wissenschaftlich relevant seien, in einigen der Fachzeitschriften seien es sogar weniger als 1%.<sup>16</sup> (CF)

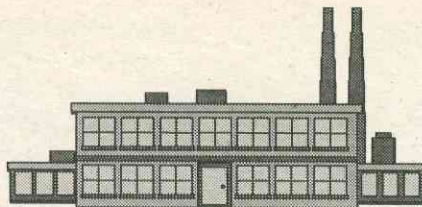
12 M Korenkow, M Nagelschmidt et al., Analyse des Publikationsspektrums der vier deutschsprachigen Fachzeitschriften *Der Chirurg*, *Der Unfallchirurg*, *Langenbecks Archiv für Chirurgie und Medizinische Klinik*; in: *Der Chirurg* 68, 1997, S. 439-446.

13 Randomisierung bedeutet, daß die Versuchspersonen in Zufallsauswahl in mindestens zwei Gruppen aufgeteilt werden, deren eine die zu prüfende Behandlung erhält, die andere erhält je nach Erkrankung die etablierte Behandlungsmethode, Placebo oder keine Behandlung.

14 MJ Solomon et al, Should we be performing more randomized controlled trials evaluating surgical operations, *Surgery* 118, 1995, S. 459

15 Publication lag vor negative trials, *HAI News*, April 1998, S. 9

16 *The Guardian*, 24.6.1998



## Konzern-Nachrichten

### Immer wi(e)der Grünenthal

Dr. Heinrich Mückter wäre fast als geehrter Wissenschaftler in die Geschichte der deutschen Pharma-Industrie eingegangen. Er war verantwortlicher Forschungsleiter von Grünenthal bei der Entwicklung des das angeblich harmlosen Schlafmittels Thalidomid (Contergan®),<sup>17</sup> das für 12.000 Kinder zum Alptraum und zum größten Pharma-Skandal weltweit wurde.<sup>18</sup> 1968 wurde ihm der Prozeß wegen fahrlässiger und teils vorsätzlicher Körperverletzung und Tötung gemacht.

Damit nicht genug, während des zweiten Weltkriegs war er Stabsarzt und stellvertretender Direktor des Instituts für Fleckfieber und Virusforschung des Oberkommandos des Heeres in Krakau gewesen. Der dort hergestellte Weigl-Impfstoff gegen Fleckfieber wurde im KZ-Buchenwald an Häftlingen auf seine Wirksamkeit „getestet“, die meisten starben an diesem Versuch. Vorher hatte Mückter die Erregerläuse zwecks Fütterung auf polnische Zwangsarbeiter gesetzt, was für diese manchmal tödlich endete.

Gegen Heinrich Mückter wurde deshalb 1946 von der Krakauer Staatsanwaltschaft Haftbefehl erlassen. Doch dieser hatte sich bereits in die westlichen Besatzungszonen abgesetzt und war in die Dienste der Firma Grünenthal eingetreten. Wir baten Grünenthal um eine Stellungnahme und bekamen folgende Antwort: „Wir haben keine Erkenntnisse über Umstände und Indizien, die bei seiner Einstellung durch die Chemie Grünenthal im Jahr 1946 Zweifel an seiner persönlichen Integrität hätten wecken können. [...] Von einem angeblichen Haftbefehl polnischer Stellen aus dem Jahr 1946, der sich auf ein angebliches Fehlverhalten Dr. Mückters gegenüber Mitarbeitern und auf einen Abtransport der Institutsaus-

rüstung stützen soll, haben wir erst durch eine Sendung im WDR im Februar 1999 erfahren.“<sup>19</sup> Grünenthal empfindet die Enthüllung als Störfall – weiter nichts. Weder Bedauern noch ein Eingeständnis von Schuld sind erkennbar. Daß sich eine Firma offensichtlich nicht um die menschenverachtende Vergangenheit ihres Forschungsleiters gekümmert hat oder kümmern wollte, wirft ein deutliches Licht auf die ethischen Maßstäbe ihrer Forschung. Thalidomid war kein Zufall! (CF)

17 synthetisiert wurde Thalidomid von dem Chemiker Dr. H. Kunz 1954, Brief von Grünenthal an die BUKO Pharma-Kampagne vom 2.3.1999

18 Auferstanden aus Ruinen.... Eine neue Karriere für Contergan? *Pharma-Brief* 6/98 S. 1-4

19 Brief von Grünenthal an die BUKO Pharma-Kampagne vom 2.3.1999

## Besitzen Sie Bayer-Aktien?

Die Banken vertreten mit Ihren BAYER-Aktien nur eigene Interessen. Wir treten ein für Menschenrechte, Umweltschutz und soziale Sicherung. Übertragen Sie uns Ihre Stimmrechte.

Kritische BAYER-AktionärInnen  
 Coordination gegen BAYER-Gefahren  
 Postfach 15 04 18, 40081 Düsseldorf  
 Fon 02 11 - 33 39 11 • Fax 02 11 - 33 39 40  
 e-mail: CBGnetwork@aol.com

Informationen  
 abfordern, jetzt!





## Aus aller Welt

### Kein Zuckerschlecken: Insulin in der Welt

Zuckerkrankte, deren Bauchspeicheldrüse nicht mehr funktioniert, sind auf Insulin angewiesen. Mit der Versorgung in der Dritten Welt sieht es jedoch schlecht aus.

DiabetikerInnen, die kein oder nicht genug Insulin bekommen, können erblinden, Nervenschäden treten auf, die Nieren versagen frühzeitig, die Beine sterben ab und die Lebenserwartung ist verkürzt. Deshalb ist eine Behandlung von großer Wichtigkeit.

Häufigkeit von Zuckerkrankheit und Insulinmenge zur Behandlung

Land	Typ-1 Diabetiker pro 100.000	Insulin-Einheiten pro Einwohner und Jahr
Bangladesh	2	1
China	6	1-2
Indonesien	10	0,5
Japan	31	40
Malaysia	46	20
Indien	65	4
USA	301	200
Australien	370	100

Quelle: WHO Drug Information, No.4, 1988, S231

In Ländern der Dritten Welt ist Insulin jedoch knapp. Diabetes vom Typ-1 (bei diesem Typ produziert die Bauchspeicheldrüse gar kein Insulin mehr) ist im Süden seltener als in Industrieländern, dennoch sind Millionen von Menschen betroffen. Dabei ist die Verbreitung sehr unterschiedlich. In Bangladesh findet man unter 100.000 Menschen zwei Typ-1 DiabetikerInnen, in den USA 301; in Japan aber mit 31 Zuckerkranken pro 100.000 weniger als in Indien (65).<sup>20</sup>

Die bedeutendsten Unterschiede gibt es aber bei der Versorgung, denn in Ländern wie Indonesien oder Indien steht viel zu wenig Insulin pro Patient-In zur Verfügung. Nicht besser sieht es in Afrika aus, denn der relativ hohe Preis für Insulin stellt das Gesundheitssystem vor eine fast unlösbare Aufgabe: Die Behandlung eines Typ-1 Diabetikers kostete dort 1990 287 US\$, das ist mehr als das pro Kopf Brutto sozialprodukt im gleichen Jahr (240 US\$).

Eine Umfrage in Afrika ergab in verschiedenen Ländern enorme Preisunterschiede für die gleiche Menge Insulin, zwischen 1,50 und 20 US\$ wurden dafür verlangt.<sup>21</sup>

Ein weiteres Problem ist die Lagerung von Insulin, das gekühlt werden muß. Welcher Diabetiker in der Dritten Welt nennt schon einen Kühlschrank sein eigen? Es gibt aber auch akzeptable Lösungen, wie die Lagerung in porösen wassergefüllten Tontöpfe, die relativ gut kühlen. (JS)

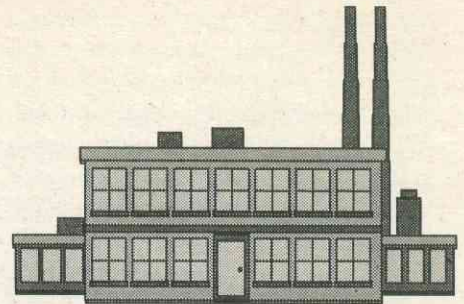
### Wenn Gene wandern

Genveränderte Nahrungsmittel stellen möglicherweise doch ein größeres Risiko dar, als die Hersteller solcher Produkte behaupten.

Bisher hatte man angenommen, daß veränderte Bakterien im Darm schnell zerstört würden. Ein niederländisches Forschungsinstitut konnte jetzt nachweisen, daß das veränderte Erbgut im Mittel sechs Minuten überlebt.<sup>22</sup>

Handelt es sich bei den fremden Bakterien um Arten, die auch normalerweise im Darm vorkommen, ist die Chance eins zu 10 Millionen, daß Teile des Erbguts an die heimische Bakterienflora des Darms übergehen. Bedenkt man, daß sich in der natürlichen Darmflora ungefähr eine Billion Bakterien befinden, ist das Übertragungsrisiko beträchtlich.

Diese Forschungsergebnisse lassen die Risiken von genmanipulierten Nahrungspflanzen wie Soja oder Mais, denen eine Antibiotikaresistenz „eingepflanzt“ wurde, völlig unverträglich erscheinen. (JS)



## Konzern-Nachrichten

### Knoblauch: besser zum würzen

Knoblauch genießt den Ruf, gegen zu hohe Blutfettwerte zu helfen. Zwei Studien legen nahe, Knoblauch doch lieber traditionell zu nutzen: zum Würzen von Speisen.

Beide Studien wurden von Herstellern von Knoblauchpräparaten gefördert und beide ergaben keine Senkung des Blutfettwerts (Cholesterinspiegel).<sup>23</sup> Diese neuen Studien genügen im Gegensatz zu früheren Untersuchungen wissenschaftlichen Kriterien an Arzneimittelnversuche. Sie legen nahe, zu anderen Maßnahmen zu greifen – wenn denn eine Senkung des Cholesterinspiegels wirklich notwendig ist.

20 Hilary King, Insulin: availability, affordability, and harmonization, WHO Drug Information No.4, 1998, S.230-234

21 D.G. Mc Lahrty et al., Insulin availability in Africa, International Diabetes Digest (5) 1, 1994, S. 15-17; zitiert nach 20

22 Zündstoff für die Gendebatte, Frankfurter Rundschau 2.2.1999

23 Knoblauch – doch eher Gewürz als Lipidsenker, arznei-telegramm 7/1998, S. 66

## Das Letzte

„Das fehlende Bewußtsein für die Gesundheitsprobleme und der möglichen Vorbeugungsmaßnahmen sowie die schicksalhafte Hinnahme von Krankheit und Tod sind vielleicht dafür verantwortlich, daß die Menschen in der Dritten Welt noch zu wenig Eigeninitiative entfalten, um selbst zur Verminderung ihrer Probleme beizutragen.“

Gert von Breitenbach, ehem. Manager bei Boehringer Ingelheim in der Pharmazeutischen Industrie Nr.2, 1990