

PHARMA- BRIEF



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

Nr. 9, November 1996

K 11838

100 irrationale Mittel weniger Firmen reagieren auf Kritik der Pharma-Kampagne

Im Frühjahr begann die BUKO Pharma-Kampagne die Aktion „Keine irrationalen Arzneimittel für die Dritte Welt“, mit der die 13 größten Pharmafirmen aufgefordert wurden, ihr Sortiment von irrationalen Produkten zu befreien. Die Aktion fand großen Zuspruch und Medieninteresse. Die Mehrzahl der Firmen reagierte auf unsere Aktion. Erfreulich ist, daß der Verkauf von über 100 negativ bewerteten Arzneimitteln eingestellt wird.

Über 100 UnterstützerInnen schrieben an mehrere oder alle 13 Firmen und forderten eine schnelle Verbesserung des Arzneimittelangebots in der Dritten Welt. Die Spannweite der Unterstützung war groß, sie reichte von entwicklungspolitischen Gruppen über Arztpraxen bis hin zu Professoren, nicht zu vergessen natürlich auch zahlreiche engagierte Einzelpersonen.

Die meisten der 13 angesprochenen Firmen haben auf die Kritik der Pharma-Kampagne reagiert. Sieben Firmen haben uns direkt geantwortet, Grünenthal antwortete nach unserem Kenntnisstand nur einer Gruppe. Boehringer Ingelheim schickte uns auf nochmalige Nachfrage nur eine Kopie des Briefes, den die Firma an die UnterstützerInnen der Aktion gerichtet hatte. Dabei läßt sich bei den Antworten ein gewisser Lernprozeß ablesen. So antwortete Boehringer Ingelheim zu Anfang relativ unkonkret. In späteren Briefen wurden dann eine Reihe von Arzneimitteln benannt, deren Vertrieb die Firma einstellt. Hoechst sandte uns erst auf Nachfrage wegen des „Ende[s] dieser Kampagne [...] wie bei uns üblich –

nunmehr auch Ihnen als Initiator unseren standardisierten Antwortbrief.“ Interessanterweise enthält das Schreiben an uns einige polemische Formulierungen, die in Antwortbriefen an andere UnterstützerInnen fehlten, Beispiel: „Obwohl in der Studie versucht wird, das Feindbild ‘deutsche Pharmaindustrie’ weiterhin zu pflegen, anerkennen die Autoren, daß die Branche viele Dinge, die ihr früher vorgeworfen wurden, verändert hat.“²

Die Antworten waren sehr unterschiedlich. So gibt es betont sachliche Antworten, wie die von Schering: „Wie in der Vergangenheit, so haben wir auch jetzt Ihre Kritik an unserem Arzneimittelangebot in der Dritten Welt zur Kenntnis genommen und uns sorgfältig damit befaßt. Die 41 von Ihnen als irrational eingestuften Arzneimittel [...] haben wir geprüft und festgestellt, daß per heute 6 der von Ihnen genannten Arzneimittel nicht mehr im Handel sind.“¹ Nicht einverstanden sind wir natürlich mit Scherings Ansicht, daß über die Vermarktung auch nach „regionalen Besonderheiten“ und „unterschiedlichen medizinischen Schulen“

Editorial

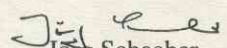
Liebe LeserInnen,
endlich einmal gute Nachrichten. Unsere diesjährige Aktion hat einiges bewirkt, etliche überflüssige und risikoreiche Arzneimittel werden nicht länger in der Dritten Welt vermarktet. Ihre Unterstützung hat sicher dazu beigetragen. Einzelheiten erfahren Sie in nebenstehendem Artikel. Natürlich bleibt noch viel zu tun, denn es gibt noch hunderte weitere irrationale Präparate, die die Gesundheitsversorgung im Süden unnötigerweise belasten.

Einen kleinen Schritt sind wir im direkten Gespräch mit den großen Firmen weitergekommen. Jedenfalls hat ihr Verband, der VFA, zugesagt, einige unserer grundlegenden Forderungen ernsthaft zu diskutieren. Mehr dazu auf Seite 4.

Einen Eindruck von dem neuesten Programm unserer Straßentheatergruppe „Schluck & weg“ geben Ihnen die Fotos in dieser Ausgabe.

Bitte beachten Sie den beiliegenden Spendenaufruf, damit wir auch weiter so aktiv sein können.

Ihr


Jörg Schaaber

- Gespräch mit der Pharmaindustrie Seite 4
- Eliten als Hindernis für Gesundheitsversorgung Seite 5

Produkt	Form	Wirkstoffe	Änderung	Zeitpunkt
Bayer				
bayers tonic	Saft	4	G	z
Boehringer Ingelheim				
bipasmin composto	Tropfen	2	R	z
bisolvon complex	Saft	3	R	z
buscopan comp	Ampullen	2	R	z
buscopan comp	Dragees	2	R	z
buscopan comp	Zäpfchen	2	R	z
buscopan comp	Tropfen	2	R	z
buscopan comp ped	Zäpfchen	2	R	z
buscopaxan	Dragees	2	R	z
catovit	Saft	5	R	z
catovit	Tabletten	8	R	z
cholipin	Dragees	2	R	z
cholipin b	Dragees	4	R	z
dexalgen	Ampullen	3	R	z
febralglin	Tropfen	1	R	z
glutafiton	Dragees	8	R	
infectrin balsamico	Suspension	4	R	z
methrazon 100	Kapseln	1	R	
methrazon 200	Kapseln	1	R	
silomat	Ampullen	1	R	z
silomat	Dragees	1	R	z
silomat	Saft	1	R	z
silomat	Tropfen	1	R	z
silomat comp	Saft	2	R	z
silomat plus	Saft	2	R	z
silomat plus	Tropfen	2	R	z
specillin ped	Tropfen	1	R	
trinalgen 5.000	Ampullen	4	R	
trinerval 5.000	Ampullen	3	R	
Boehringer Mannheim				
mucorama	Kapseln	2	R	
mucorama	Saft	2	R	
mucorama dm	Kapseln	2	R	
mucorama dm	Saft	2	R	
mucorama ts	Saft	3	R	
mucorama ts	Tabletten	3	R	
Degussa /Asta				
avafortan	Ampullen	2	R	
avafortan	Zäpfchen	2	R	
avafortan	Tabletten	2	R	
avafortan ped	Zäpfchen	2	R	
avamigran	Zäpfchen	5	G	
avamigran	Tabletten	5	G	
dasten plus	Kapseln	2	R	
dualid	Kapseln	2	G	
ftalomicina	Pulver	8	G	
transpulmin	Aerosol	5	R	z
transpulmin	Ampullen	4	R	z
transpulmin	Zäpfchen	5	R	z
transpulmin (1)	Saft	5	R	z
transpulmin (1)	Salbe	4	R	z
transpulmin (2)	Saft	8	R	z
transpulmin (2)	Salbe	4	R	z
transpulmin (3)	Salbe	5	R	z
Grünenthal				
acabel	Zäpfchen	1	R	
acabel	Tabletten	1	R	
acabel comp	Ampullen	2	R	
acabel comp	Zäpfchen	2	R	
aldazida 100	Tabletten	2	R	
aldazida 25	Tabletten	2	R	
bc grunovit	Tabletten	9	R	
citocillin	Saft	1	R	
citocillin 1g	Tabletten	1	R	
citocillin 500	Tabletten	1	R	
euphyllin 175 *gru	Dragees	2	R	
euphyllin 350 *gru	Dragees	2	R	
immunogen	Kapseln	1	R	
metodine	Suspension	2	R	
metodine	Tabletten	2	R	
mycopolycid	Lösung	2	R	
mycopolycid	Puder	1	R	

entschieden wird. Wir sind der Auffassung, daß jede Firma die ethische Verantwortung für ihre Produkte hat und sich am international anerkannten Stand der Wissenschaft orientieren sollte. Alles andere führt zu rational nicht begründbaren Doppelstandards, die zwar möglicherweise zusätzlichen Umsatz versprechen, aber potentiell gesundheitsschädlich sind.

Manchmal sind die Argumentationen der Firmen widersprüchlich. Einerseits kritisiert Hoechst unsere Bewertungsgrundlagen, um dann stolz zu vermelden: „Obwohl die Aussagen aufgrund der willkürlichen Beurteilungskriterien sicher relativierbar sind, zeigen sie, daß sich die Hoechst Anstrengungen zu Sortimentsbereinigung und Marketingverhalten in den letzten Jahren gelohnt haben. Hoechst [...] wird bescheinigt, [...] den größten Anteil positiver Arzneimittel im Sortiment zu haben.“² Die Firma übersieht dabei geflissentlich die bei unserer Aktion ausdrücklich erwähnte Firma Ratio-pharm, die 95% positiv zu bewertende Mittel aufzuweisen hat (Hoechst 69%).

Wenig Verständnis für unsere Kritik bringt z.B. die Firma Luitpold auf, die hauptsächlich damit argumentiert, daß mit ihren Mitteln „gute Erfahrungen gemacht werden“³. Sie verwechselt die Anforderungen an rationale Arzneimittel mit den strengeren Kriterien der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation, die Luitpold in diesem Zusammenhang als „eine weniger medizinisch, sondern eher politisch geprägte Organisation“ bezeichnet. Dann teilt uns die Firma die Einstellung des Verkaufs von sechs kritisierten Mitteln mit, nur um im nächsten Satz zu erläutern: „Ein Teil dieser Präparate wird [...] von der örtlichen Luitpold-Gesellschaft in Brasilien für den dortigen Markt hergestellt. In diese, unter lokalen Gesichtspunkten der nationalen Selbstversorgung getroffenen Entscheidung einzugreifen, besteht aus unserer Sicht keine Veranlassung.“ Zu recht verärgert war schließlich die ASTA Medica AG, die bemängelte, daß wir versäumt hatten, bereits früher zugesagte Rückzüge von kritisierten Medikamenten bei unserer diesjährigen Aktion zu berücksichtigen.

Häufiger argumentieren die Firmen, sie hätten ihr Angebot längst verbes-

sert, und die BUKO Zahlen seien veraltet. Dazu ist zu bemerken, daß die Ergebnisse unserer Untersuchung „Zweite Wahl für die Dritte Welt“ den Firmen schon zwei Jahre bekannt sind. Der Anlaß für unsere diesjährige Aktion war ja gerade, daß aufgrund der Studie zunächst so wenig passiert ist.



Auch diese Jahr wieder unterwegs: die Straßentheatergruppe „Schluck & weg“. Hier: die Pharma-Geier im Einsatz.

Foto Jörg Schaaber

Vogel Strauß Politik

Vier Hersteller haben überhaupt nicht reagiert. Bei Boehringer Mannheim hatten wir im Rahmen der Kinderaktion nach einem regen Briefwechsel noch Zugeständnisse erreicht, jetzt hüllt sich die Firma in Schweigen. Gemeinsam mit der terre des hommes Ärzteinitiative hatten wir mit Bayer aus demselben Anlaß ein Gespräch geführt, bei dem Bayer noch seine Dialogbereitschaft bekundet hatte (siehe *Pharma-Brief* 8/96), jetzt Fehlanzeige. Nattermann und Byk Gulden reagierten, wie auch in den letzten Jahren, auf unseren Brief nicht. Byk wurde allerdings in den vergangenen Tagen in hektische Aktivität versetzt, da zunächst die „Südwest III Landesschau“ und dann die „ARD-Tagesthemen“ ausführlich über unsere Aktion *Keine irrationalen Arzneimittel für die Dritte Welt* berichteten und sich dabei auf den Verkauf eines bei uns seit 1978 verbotenen Byk Medikaments in Mexiko konzentrierten.

Ergebnisse im Einzelnen

Von 11 Firmen⁴ liegen uns verwertbare schriftliche Dokumente vor, aus denen der Rückzug oder die Umformulierung von uns kritisiert Medikamente hervorgeht. Zusätzlich zur aktuellen Aktion haben wir dabei auch andere Auseinandersetzungen mit den Firmen seit 1993 berücksichtigt. Die Hersteller teilten bislang Veränderungen bei 133 Arzneimitteln mit. 109 Mittel werden völlig vom Markt genommen, 21 in ihrer Zusammensetzung verändert und 3 in einigen Ländern nicht mehr vermarktet. Das bedeutet immerhin, daß die Firmen, bei denen eine verwertbare Mitteilung vorliegt, durchschnittlich bei einem Viertel der kritisierten Präparate Veränderungen vorgenommen haben. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick; ausführlichere Informationen bietet die Randspalte.

Hersteller	Irrationale Mittel	Änderungen	Änderungen in Prozent
BASF/ Knoll	65	?	
Bayer	35	1	3%
Boehringer Ingelheim	97	28	29%
Boehringer Mannheim	21	6	29%
Byk	93	?	
Degussa/ ASTA	71	17	24%
Grünenthal	41	21	51%
Hoechst	58	22	38%
Mack	22	5	23%
Merck	122	25	20%
Nattermann	39	?	
Luitpold	26	1	4%
Schering	41	6	15%
O. Denk ⁴		1	
Summe	731	133	

Deutsche Firmen die falschen Gegner?

Einigen Firmen wäre es lieber, wir würden uns mit Arzneimittelfälschungen auseinandersetzen, als mit fragwürdigen Produkten in ihrem Firmensortiment (Boehringer Ingelheim, Knoll). Damit, so behaupten sie, könn-



Der lebendige Protestbrief

Foto Jörg Schaaber

ten wir viel mehr für die Menschen in der Dritten Welt tun. Unzweifelhaft sind Arzneimittelfälschungen auch ein Problem. Hierzulande ist es aber notwendig, deutsche Firmen dazu zu bewegen, keine Arzneimittel in der Dritten Welt zu verkaufen, die auch als „Original“ wenig oder gar nichts zur Gesundheitsversorgung in diesen Ländern beitragen. Gegen Fälschungen können wir von hier aus wenig tun, die Hersteller, die über eigene Kontrolllabors verfügen, jedoch einiges.

Wie gehts weiter?

In diesen Tagen erhalten alle Firmen noch einmal Post von uns. Wir setzen uns detailliert mit den Argumenten der einzelnen Hersteller auseinander. Gruppen und Einzelpersonen, die die Aktion unterstützt haben, erhielten von uns eine ausführliche Argumentationshilfe, damit sie den Firmen selbst antworten können. Wir werden das deutsche Arzneimittelangebot in der Dritten Welt in den kommenden Jahren genau beobachten und auf weitere Verbesserungen drängen. Das ist angesichts der „erst“ 133 Zusagen auf Veränderung gegenüber insgesamt 753 kritisierten Mitteln auch dringend nötig. Der *Pharma-Brief* wird Sie auf dem Laufenden halten. (JS)

- 1 Schreiben der Schering AG vom 12.7.1996
- 2 Schreiben der Hoechst AG vom 19.8.1996
- 3 Schreiben von Luitpold vom 18.7.1996
- 4 Die Firma O. Denk war in unserer Studie „Zweite Wahl für die Dritte Welt“ nicht berücksichtigt, wurde aber im Rahmen unserer Aktion zu Barbituraten angeschrieben (*Pharma-Brief* 3/95, S.3)

Produkt	Form	Wirkstoffe	Änderung	Zeitpunkt
Grünenthal (Fortsetzung)				
neuro-grunovit	Tabletten	3	R	
peroxinorm 4	Ampullen	1	R	
peroxinorm 8	Ampullen	1	R	
ultra-grunovit	Kapseln	23	R	
Hoechst				
albercillin	Tropfen	1	R	z
baralgan	Saft	2	R	z
baralgan	Zäpfchen	3	R	z
baralgan	Tropfen	3	R	z
baralgan 10ml	Ampullen	3	R	z
baralgan 250	Dragees	3	R	z
baralgan 2ml	Ampullen	3	R	z
baralgan 500	Tabletten	3	R	z
baralgan 5ml	Ampullen	3	R	z
baralgan inf	Tropfen	3	R	z
baralgan ped	Zäpfchen	3	R	z
beriglobin 10ml	Ampullen	1	R	z
daopar	Tabletten	2	R	z
espasmo-glifanan	Tabletten	2	R	z
fenisec	Tabletten	1	R	z
glifanan	Tabletten	1	R	z
jadit	Lösung	2	R	z
jadit	Puder	2	R	z
jadit	Salbe	2	R	z
jadit h	Lösung	3	R	z
jadit h	Salbe	3	R	z
tussoglobin	Ampullen	1	R	z
Luitpold				
arteparon	Ampullen	1	R	
Mack				
bronchopront	Lösung	1	R	z
colpan n	Vaginalkaps	9	R	z
ulcumel		3	R	
venosan	Kapseln	3	R	z
zellaforte plus	Dragees	22	R	z
Merck				
aterom	Kapseln	3	R	
cosome (1)	Saft	3	G	
dolo-neurobion (1)	Tabletten	4	R	z
encephabol plus	Tabletten	2	R	
ilvico	Saft	5	G	
ilvico	Tabletten	6	G	
mio-citalgan	Tabletten	6	R	z
nutrizym	Tabletten	3	T	
nutrizym comp	Dragees	4	T	
orheptal (1)	Saft	12	R	
orheptal (2)	Saft	13	R	
reactivan	Kapseln	5	T	
sclerobion 10	Tabletten	3	G	
sclerobion 20	Tabletten	3	G	
sclerobion 30	Tabletten	3	G	
sclerobion 50	Kapseln	3	G	
sintaverin comp	Ampullen	2	G	
sintaverin comp (m)	Dragees	2	G	
sintaverin comp (m)	Tropfen	2	G	
sintaverin comp (p)	Tabletten	2	G	
sintaverin comp (p)	Tropfen	2	G	
sintaverin t	Tabletten	2	G	
sintaverin t	Tropfen	2	G	
sorbosan	Granulat	2	G	
stypobion	Tabletten	3	R	
O. Denk				
phenobarbital denk	Ampullen		G	
Schering				
cetovinca	Tabletten	1	R	
cetovinca	Tropfen	1	R	
colspan n	Salbe	3	R	
mycanden	Lösung	1	R	
mycanden	Salbe	1	R	
proviron 10	Tabletten	1	R	

Legende: R= Totalrückzug, T= teilweiser Rückzug
G= Zusammensetzung geändert, z=Veränderung noch nicht abgeschlossen bzw. Zeitpunkt unklar

VFA diskutiert Verbesserungen

Der Arbeitskreis, den die Evangelische und Katholische Kirche im Rahmen ihres Dialogprogramms seit Jahren mit den Industrieverbänden der pharmazeutischen Industrie⁵ führen, beschäftigte sich auch mit den Ergebnissen der Untersuchung „Zweite Wahl für die Dritte Welt.“ Am 4. November 1996 war die BUKO Pharma-Kampagne eingeladen, die Bewertungskriterien ihrer Untersuchung zu erläutern und mit den Vertretern des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) zu diskutieren.

Obwohl die Studie schon 1994 publiziert und von dem Arbeitskreis zur Kenntnis genommen wurde, kam es erst jetzt zu einer konkreten Auseinandersetzung damit. Ein Grund dafür waren Termenschwierigkeiten, ein anderer Grund ist aber sicherlich das Thema: es fällt der Industrie nicht leicht, sich mit unserer Kritik auseinanderzusetzen.

Der Sitzung des Arbeitskreises, in der es um die Untersuchung gehen sollte, war ein Kennenlerngespräch zwischen uns und einem Vertreter des VFA, Herrn Dr. Vorderwülbecke, vorgeschaltet, das von Herrn Neyer (Gemeinsame Konferenz Kirchen und Entwicklung, GKKE) vermittelt wurde. Bei diesem Gespräch loteten wir die verschiedenen Diskussions- und Standpunkte aus, einigten uns auf die Art der Protokollführung und steckten den Rahmen der Diskussion im Arbeitskreis ab. Dieses Vorgespräch war hilfreich zur Vorbereitung, da wir unsere Stellungnahme und unsere Forderungen an den VFA auf realisierbare Ziele ausrichten konnten.

Bedauerliche Abwesenheiten

Leider sagten einige Mitglieder des Arbeitskreises wegen Krankheit oder Termenschwierigkeiten ab. So waren

das Vorstandsmitglied des VFA, Herr Prof. Kramer, die Vertreterin von Hoechst, Frau Dr. Küsters, und der Mitarbeiter des VFA, Herr Pörschmann, verhindert. Von den regulären Mitgliedern seitens der Industrie war somit nur Herr Vorderwülbecke anwesend. Unterstützung fand er in Herrn Dr. Welters von der Firma Merck, der als Gast zu einem anderen Thema eingeladen war und auch an diesem Tagesordnungspunkt teilnahm.⁶

Zu Beginn des leider viel zu kurzen Gespräches zitierte Herr Bastian ausführlich aus dem gemeinsamen Positionspapier, das Industrie und Kirchen im Februar 1992 der Öffentlichkeit vorgestellt hatten und das damals als großer Erfolg der Gespräche gewertet worden war (vgl. *Pharma-Brief* 1-2/1992). An konkreten Veränderungen hat es seitdem jedoch gemangelt. Die VertreterInnen der GKKE erinnerten noch einmal daran, daß der VFA nicht nur die Nachfolge des BPI bei dem Arbeitskreis angetreten⁵, sondern auch die damalige Vereinbarung übernommen hat. Darin ist u.a. festgehalten, daß den Firmen bei der Vermarktung der Arzneimittel in der Dritten Welt eine besondere Verantwortung zukommt.

In unserer Stellungnahme haben wir ausgeführt, was besondere Verantwortung bedeutet:

- ◆ Unentbehrliche Arzneimittel müssen Priorität haben.
- ◆ Jede Firma trägt die Verantwortung dafür, daß ihre Arzneimittel den Kriterien für Rationalität genügen.
- ◆ Es dürfen keine irrationalen Arzneimittel vermarktet werden.

Vom VFA forderten wir, im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf einzuwirken, daß die Mitgliedsfirmen diese Verantwortung auch umsetzen. Wir unterbreiteten Vorschläge, welche ersten Schritte der Verband dabei gehen kann, und drängten auf einen definierten Zeitplan.

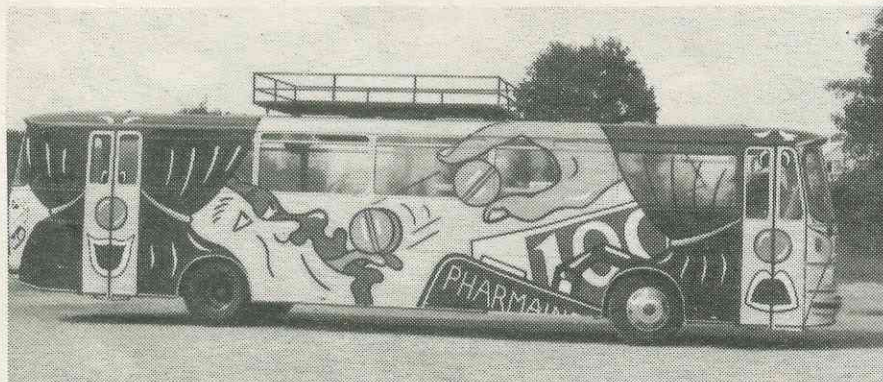
Noch kein konkretes Ergebnis

Bei Gesprächsende standen drei unserer Vorschläge im Raum:

- ◆ Der VFA stimmt zu, daß eine Zulassung in Deutschland bzw. eine positive Monographie die Voraussetzung für eine Vermarktung des Arzneimittels in der Dritten Welt ist.
- ◆ Der VFA erarbeitet Leitlinien für die Vermarktung von Arzneimitteln in der Dritten Welt.
- ◆ Der VFA unterstützt Gespräche zwischen einzelnen Mitgliedsfirmen und der BUKO Pharma-Kampagne.

Herr Vorderwülbecke sagte zu, diese Vorschläge noch bis Jahresende in den zuständigen Gremien des VFA zu diskutieren und zu Beginn des nächsten Jahres eine Stellungnahme bekanntzugeben. Es ist derzeit also noch offen, ob der Pharmaverband die Vorschläge positiv bewerten wird und damit die Ernsthaftigkeit seines Interesses an diesem Dialog unter Beweis stellt. Wir sind gespannt. (AW)

Die Stellungnahme der BUKO Pharma-Kampagne können Sie gegen Einsendung eines frankierten Rückumschlages (Porto DM 1,-) bei uns anfordern.



Der „neue“ Bus der Straßentheatergruppe „Schluck & weg“. Wir danken allen SpenderInnen und Zuschußgebern, die diese Anschaffung – und damit die Weiterexistenz von „Schluck & weg“ – ermöglicht haben.

Foto: Jörg Schaab

5 Bis 1992 war dies der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI), der sich dann aber spaltete. Nach einer längeren Gesprächspause wurde der Dialog 1994 wieder aufgenommen, aber nun mit dem VFA, dem die großen deutschen Pharmafirmen angehören.

6 Für die GKKE waren Herr Neyer (katholische Geschäftsstelle GKKE), Herr Dr. Bastian (Deutsches Institut für Ärztliche Mission, Tübingen), Frau Dr. Köhler (Missionsärztliches Institut, Würzburg) und Frau Peschke (Amt für Mission und Ökumene der EKHN) anwesend. Die BUKO Pharma-Kampagne wurde durch Herrn Dr. Schulte-Sasse, Herrn Schaab und Frau Will vertreten.

Afrikanische Eliten:

Hindernis für eine gerechte Gesundheitsversorgung?

Privilegierte klammern sich an ihre Privilegien, auch wenn alle anderen dadurch Nachteile erleiden. Dies kritisiert Frau Dr. Einterz, die medizinische Leiterin des Distrikthospitals in Kolofata, Kamerun. In dem folgenden Artikel beschäftigt sie sich mit dem Problem der Ungleichheit in der medizinischen Grundversorgung und den Privilegien der Eliten, die einer Verbesserung des Gesundheitswesens im Wege stehen.

Steife Schulterepauletten ließen die in Khaki gekleidete Gestalt, die in einem schwarzen Peugeot 504 vorfuhr, noch breiter erscheinen. Der Herr Präfekt stieg aus und marschierte in den übervollen Wartesaal, in dem schon seit dem frühen Morgen zahlreiche kranke Männer, Frauen und Kinder saßen. Hätte er darüber nachgedacht, wäre ihm aufgefallen, daß diese Menschen schon viele Kilometer über schlechte Straßen gewandert waren, zu Hause andere Kinder, Arbeiten, Viehherden, Küchen und Felder zurückgelassen hatten und nun geduldig warteten, bis sie an die Reihe kamen. Als der Herr Präfekt, ohne sie eines Blickes zu würdigen, an ihnen vorbeimarschierte, warfen sie ihm einen kurzen Blick zu und zuckten mit den Schultern.

Ohne anzuklopfen betrat der Herr Präfekt das Zimmer des Arztes. Der Patient, den er dort vertrieb, mußte draußen warten. Der Herr Präfekt klagte über Kopf- und Rückenschmerzen. Der Arzt befragte ihn, untersuchte ihn und verschrieb ihm ein Arzneimittel, das er in der Krankenhausapotheke kaufen könne. Der Herr Präfekt dankte dem Arzt, verließ den Raum, marschierte an den wartenden Menschen vorbei und ging zur Apotheke. Dort nahm er sein Medikament und versicherte dem Verkäufer, dessen jährliche Beurteilung er schrieb, daß er „morgen“ bezahlen würde. Auf die Frage eines Besuchers, wie es ihm gelungen war, so schnell behandelt zu werden und nicht mal bezahlen zu müssen, antwortete der Herr Präfekt: „Das ist mein gutes Recht.“

Der Kampf für eine Dezentralisierung und eine gemeindebezogene Umorientierung der Basisgesundheits-

versorgung in Afrika ist ein Kampf für gleiche Rechte. Verfechter einer solchen Umorientierung sind der Meinung, daß Arme, Analphabeten und Landbewohner das gleiche Recht auf Gesundheitsversorgung haben wie die Reichen, Gebildeten und Städter, und daß die Bedürftigkeit bestimmen sollte, wer vorrangig behandelt wird, und nicht Macht oder Stellung.

Diejenigen, deren Position ihnen Privilegien verschafft, sehen die Richtigkeit dieses Ziels nicht automatisch ein. Sie profitieren vom Status Quo und haben die Macht, Veränderungen herbeizuführen oder zu behindern. Die Elite, jener kleine Sektor der Gebildeten und Erfolgreichen, stellt in afrikanischen Kulturen heute eine unverhältnismäßig einflußreiche Kraft dar. Wenn eine Umorientierung des Gesundheitswesens erfolgreich sein soll, muß die Elite davon überzeugt werden, daß eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung wünschenswert ist. Denn zur Zeit sind nur wenige bereit, die Vorzüge einer solchen Veränderung anzuerkennen. Behindert wird eine Umorientierung vor allem in den Bereichen Unentbehrliche Arzneimittel, Dezentralisierung und präventive Gesundheitsversorgung.

Unentbehrliche Arzneimittel und die Rolle des medizinischen Personals

In Afrika ist der unkontrollierte Zugang zu Arzneimitteln die Norm, und die Selbstmedikation mit hochwirksamen Medikamenten ist üblich. In der Vergangenheit gab es nur wenig ausgebildetes Personal und das bedeutete, daß jeder, der nur über ein bißchen Bildung verfügte, sich einige Kenntnisse über Arzneimittel verschaffte und

sich an ihren Gebrauch gewöhnte, wie falsch auch immer. Der Gebrauch neuerer oder ausgefeilterer Medikamente – z.B. Antibiotika statt Schmerzmittel, Spritzen statt Tabletten, Infusionen statt Injektionen – wurde zu einem Statussymbol, zu einem Zeichen höherer Bildung oder höheren Prestiges.

Ein Lehrer kommt mit einer Tasche voller selbstverschriebener Penizillin-Spritzen zum Gesundheitszentrum und bittet die Pflegerin, ohne seine Beschwerden zu erläutern oder um Rat nachzusuchen, sie möge ihm die Spritzen verabreichen. Ein Polizist fühlt sich schlapp und kauft in der Apotheke ein Infusionsset und einen halben Liter 5%ige Dextrose. Dann bestellt er eine Pflegerin zu sich nach Hause, um die Infusion anzulegen. Eine Buchhalterin hat einen Schrank voller Arzneirupe für ihren zweijährigen Sohn. Immer wenn er krank wird, gibt sie ihm einen Löffel voll Antibiotikum, einen Löffel voll Schmerzmittel, einen Löffel voll Chloroquin und einen Löffel voll Durchfallmittel. Diese Behandlung wiederholt sie zwei- bis dreimal pro Tag, bis sie den Eindruck hat, daß es dem Kind besser geht.

Werbung für Arzneimittel ist in Afrika genauso verbreitet und genauso aufdringlich wie Werbung für Bier und Zigaretten, und die Gebildeten werden damit bombardiert. Wer sich von dieser Werbung beeinflussen läßt, zeigt, wie gebildet er ist. Wer beworbene Arzneimittel – Markenpräparate in ansprechenden Packungen, Spritzen, Infusionen, Elixire – verlangt, zeigt wie kultiviert er ist. Auf generische Arzneimittel umzusteigen wird als sozialer Abstieg betrachtet. Programme für Unentbehrliche Arzneimittel sind vielleicht für die Armen das Richtige, aber für die Reichen sind sie eine Einschränkung und eine Beleidigung.

Die im Gesundheitswesen Tätigen sind Teil dieser Elite. Üblicherweise wählen sie ihren Beruf nicht selbst. Sie sind vielleicht in gewissem Maße in der Schule erfolgreich, aber wenn dann ihr Geld ausgeht oder ihre Noten einen weiterführenden Schulbesuch unmöglich machen, bewerben sie sich um eine irgendeine Ausbildung. Wenn die Gelegenheit günstig ist, Soldat zu werden, wird der junge Mann Soldat.

Wenn es eine Lehrerausbildung ist, wird er Lehrer. Ist es eine Krankenpflegeausbildung, wird er Pfleger. Das wichtigste ist, eine Arbeit zu haben, ein Gehalt und am besten eine Möglichkeit, den Job für Nebeneinkünfte auszunutzen, um den Verdienst aufzustocken. Um Eignung oder Motivation kümmert man sich wenig. Während der Ausbildung mag sich ein Gefühl der Berufung entwickeln, aber es ist praktisch unmöglich, das aufrechtzuerhalten, sobald man als neuer Pfleger in die Arbeitswelt tritt und mit älteren KollegInnen zusammenarbeitet, für die „Motivation“ nichts anderes bedeutet als „Geld“. Der Pfleger nimmt dann seinen Platz in der Elite ein und wird schnell mit dem klassischen Dilemma konfrontiert, daß dem Arzt eklatante Quacksalberei mehr einbringt als eine gute Behandlung. Da Kontrollmöglichkeiten fehlen, können PflegerInnen und ÄrztInnen sehr viel verdienen, wenn sie teure Scheinbehandlungen für reale oder eingebildete Krankheiten anbieten.

Macht und Dezentralisierung

Es ist unabdingbar, daß man sich seiner Elite gegenüber loyal verhält. Wo die Wege zur Macht qualvoll sind, wo die Durchsetzung von Gesetzen und Vorschriften ungeschriebenen Regeln folgt, wo Verdienste genauso viel Feindschaft hervorrufen wie ein Aufstieg, da hängt das berufliche Überleben davon ab, daß man anderen aus seiner Schicht einen Gefallen tut. „Eines Tages könnte er mein Chef sein.“ „Morgen könnte sie vielleicht für mich etwas erreichen.“ „Er wird mir einen Gefallen schuldig sein.“ Deshalb wird ein Arzt den Hausbesuch bei einem Verwaltungsleiter mit Ohrenschmerzen machen und nicht bei dem kranken Dorfbewohner, der bettlägrig ist. Werden von Regierungsstellen gelegentlich Arzneimittel oder Medizinprodukte umsonst zur Verfügung gestellt, werden diese eher unter öffentlich Bediensteten verteilt als unter den Armen. Die Elite hat direkten Zugang zu einem Arzt, während andere Menschen zuerst zu einem Pfleger gelangen und womöglich nie einen Arzt zu Gesicht bekommen. Dem Privilegierten ein Privileg zu gewähren, notwendigerweise auf Kosten der Armen, stärkt die Macht des Gebers.

In den meisten afrikanischen Ländern verläßt weniger als ein Drittel des öffentlichen Gesundheitsbudgets die Städte. Eine Umorientierung der Basisgesundheitsversorgung erfordert, daß die riesigen Budgets für die städtische, institutionelle Gesundheitsversorgung gekürzt und zugunsten der Peripherie umverteilt werden. Auch ist eine gemeinsame Kontrolle dieser Budgets durch das Personal und die Kommunen sowie eine Überwachung der Verwendung dieser Gelder erforderlich. Mit anderen Worten: eine Umorientierung verlangt von den Mächtigen, die Basis ihrer Macht aufzubrechen und an Andere abzugeben. Für viele, die Macht haben, ist das keine attraktive Aussicht. Zaidi bemerkt: „Internationale Organisationen,



Mal sehen, was meine Ärztemuster so zu bieten haben.

Foto: Jörg Schaaber

die von Regierungen erwarten, daß sie sich wirklich für ihr Volk einsetzen, sind naiv. Diese Institutionen verstehen und erkennen die Kräfte nicht, die hinter der Regierung und den Mächtigen stehen, und so können sie auch die inneren Widersprüche nicht erkennen.⁷ Geldmangel ist nicht das Problem, und mehr Geld ist nicht die Lösung, obwohl viele Kassenverwalter das Gegenteil behaupten würden. Das Problem ist die absurde Verteilung und schlechte Verwaltung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, und daher sind eine bessere Verteilung und ehrliche Mittelbewirtschaftung die Lösung. Der Bau eines Krankenhauses nutzt nur dem Bauherrn. Ein Krankenhaus betreiben nutzt allen, aber das ist viel schwerer zu bewerkstelligen.

Präventive Gesundheitsversorgung

Die Elite unterscheidet sich per definitionem von anderen Bevölkerungsgruppen dadurch, daß sie in der Lage ist, einen höheren Lebensstandard für sich und ihre Familien zu sichern. Sie ist daran gewöhnt, Gesundheitsversorgung als private und nicht als öffentliche Angelegenheit zu betrachten. Wenn ihre Kinder geimpft sind, bekümmert sie eine Masernepidemie nicht weiter. Wenn sie sauberes Trinkwasser haben, regen sie sich nicht über verschmutzte Flüsse auf. Ein Eckstein der Umorientierung der Gesundheitsversorgung ist jedoch die Krankheitsprävention durch öffentliche Intervention.

Eine präventiv orientierte Gesundheitsversorgung erfordert eine Verbesserung des Gesundheitsstatus von Frauen. Paradoxiertweise hat die Verbesserung der Ausbildung für Mädchen in vielen Fällen zu einem Verlust an „Empowerment“ beigetragen. Sie sind zwar nicht mehr so sehr in restriktiven traditionellen Rollen gefangen, aber in Schulen und am Arbeitsplatz sind Mädchen verstärkt Mißbrauch und Beschimpfungen ausgesetzt. Typischerweise verrichten sie dort die niedrigsten Arbeiten. Obwohl sie besser ausgebildet sind als in der Vergangenheit, leiden sie noch immer unter erheblichen Ausbildungsdefiziten. Wenn es um die Kontrolle von Geldern oder Entscheidungsprozessen geht, partizipieren sie bis auf wenige Ausnahmen nicht als gleichberechtigte Partnerinnen.

Veränderung als Herausforderung

Wer sich im Status Quo wohlfühlt, verweigert sich natürlich der Erneuerung. Die im Gesundheitswesen Tätigen und die Bürokraten verschanzen sich in ihrer alten Burg und halten geschickt eine imposante Fassade aufrecht, obwohl sie wissen, daß die tragenden Balken dahinter schon eingestürzt sind. Der Erneuerer, der die bröckelnden Mauern auf neue Art wieder aufbauen möchte, wird vom stolzen Eigentümer unhöflich abgewiesen: „Bei uns wird das anders gemacht.“

Was kann man tun?

GesundheitsarbeiterInnen müssen zuallererst an ihre eigenen Fähigkeiten

glauben und sie demonstrieren. Für alle, außer für die Ärmsten in den ärmsten Ländern, ist der Zugang zu einer Basisgesundheitsversorgung möglich. Aktionsprogramme für Unentbehrliche Arzneimittel sind sowohl ökonomisch als auch medizinisch sinnvoll. Der Beamte mit seinem Schatz an Infusionen, Chinin und Vitaminspritzen meldet sich in einem Krankenhaus an wie in einem Hotel. Er macht das, weil er glaubt, das sei die beste Möglichkeit, seine Kopfschmerzen und sein Fieber zu behandeln. Niemand hat bislang versucht, ihm mitzuteilen, oder besser noch: ihm zu zeigen, ihn zu überzeugen, daß 10 Tabletten Chloroquin für ein Fünftel der Kosten eine viel effizientere Behandlung darstellen. KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen erfüllen einfach die Bitten, Spritzen zu setzen, eine Infusion zu legen oder irrationale Arzneimittel zu verschreiben. Die Werbung hat es geschafft, die Öffentlichkeit und die Fachleute zu übertölpeln, und nun drehen sich beide im Kreise und übertölpeln sich gegenseitig. GesundheitsarbeiterInnen tun gut daran, sich klarzumachen, daß in Sachen Gesundheit sie diejenigen sind, die führen sollten, anstatt hinderein zu laufen.

ÄrztInnen müssen zeigen, daß sie einigermaßen zuverlässig Krankheiten, die eines Antibiotikums bedürfen, von Krankheiten unterscheiden können, die ein Antimalariamittel oder gar kein Arzneimittel erfordern. Eltern, die sich eine Hausapotheke halten und ihren kranken Kindern von jedem Mittelchen etwas verabreichen, glauben, damit das Beste für ihre Kinder zu tun. Fachleute wissen es besser, und es würde sowohl ihr eigenes Ansehen verbessern als auch allen anderen das Leben einfacher machen, wenn sie die Eltern von ihren Fachkenntnissen überzeugen könnten.

Es ist allgemein bekannt, wie bedeutsam der Einfluß von Frauen auf den Gesundheitszustand von Familien ist. Sie von Entscheidungsprozessen bezüglich der Gesundheitsversorgung auszuschließen, ist so, als ob man Geschäftsleuten wirtschaftliche Entscheidungsbefugnisse versagen würde. Das kann man zwar machen, aber man wird damit nichts erreichen. Die Mächtigen müssen das zur Kenntnis nehmen. In

gleicher Weise muß der klar erkennbare Nutzen von Krankheitsprävention und öffentlicher Gesundheitsversorgung immer wieder erläutert, publiziert und bekannt gemacht werden.

Nur wenige Angehörige der Elite würden eine auffällige Fassade schützen, wenn sie davon überzeugt wären, daß man das ganze Gebäude auch so aufbauen könnte, daß es von alleine steht. Programme zur Umorientierung stellen einen Entwurf für eine ausgezeichnete und erschwingliche Gesundheitsversorgung dar. Die Pläne sind flexibel genug, eine Anpassung an lokale Gegebenheiten zuzulassen, und haben dennoch feste Säulen: Vorrang gemäß den Bedürfnissen, Nachhaltigkeit durch Partizipation der Kommunen, Entwicklung, die auf regelmäßiger Überwachung und Evaluation beruht.

Die Reformen wollen nicht die Privilegien von wenigen verringern, sondern die Privilegien für viele verbessern. Wenn jeder in der Lage ist, zu sagen „Das ist mein gutes Recht“ und erkennt, daß dies ebenso heißt: „Das ist meine Pflicht“, dann wissen wir, daß wir eine solide Zuflucht gebaut haben, der wir vertrauen können und die wir mit Stolz pflegen können.

(Übersetzung: Annette Will)

Mit freundlicher Genehmigung entnommen aus: *World Health Forum*, Vol 17, 1996, S. 261-265. Aus Platzgründen haben wir die Literaturangaben nicht vollständig wiedergegeben.

7 Zaidi, S.A.: Poverty and disease: need for structural change. *Social Science and Medicine* 27, 1988, pp 119-127.

Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, e-mail 100270.272@compuserve.com
 Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
 Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Annette Will, Mitarbeit: Karin Pichlbauer, Barnim Raspe, Monika Scheffler

Namentlich gekennzeichnete Beiträge und LeserInnenbriefe 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.

Den Pharma-Brief zu Weihnachtchen verschenken?

PHARMA-BRIEF

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

15 Jahre sind noch lange nicht genug!

Die BUKO Pharma-Kampagne feiert Jubiläum

Im Oktober 1981 feierte die BUKO Pharma-Kampagne ihr 15-jähriges Bestehen. In dieser Zeit hat sie sich von einer kleinen Gruppe von AktivistInnen zu einer der größten und einflussreichsten Gesundheitskampagnen weltweit entwickelt. Ihre Arbeit hat dazu beigetragen, dass die Öffentlichkeit mehr über die Probleme der ärmeren Bevölkerung in der Dritten Welt weiß und dass die Pharmaindustrie gezwungen ist, sich mit den Interessen dieser Bevölkerung auseinanderzusetzen.

Die BUKO Pharma-Kampagne hat sich in den letzten 15 Jahren zu einer der größten Gesundheitskampagnen weltweit entwickelt. Ihre Arbeit hat dazu beigetragen, dass die Öffentlichkeit mehr über die Probleme der ärmeren Bevölkerung in der Dritten Welt weiß und dass die Pharmaindustrie gezwungen ist, sich mit den Interessen dieser Bevölkerung auseinanderzusetzen.

Leiter Redaktion:
15 Jahre BUKO Pharma-Kampagne auf Zeit, wenn Bielefeld zu Berlin. Die wichtigsten Ereignisse der letzten 15 Jahre sind in diesem Heft zu lesen. Ein Überblick über die Arbeit der BUKO Pharma-Kampagne ist ebenfalls zu finden. Im Jahre 1981 haben die BUKO Pharma-Kampagne 15 Jahre und 150000 LeserInnen erreicht. In dieser Zeit hat sie sich von einer kleinen Gruppe von AktivistInnen zu einer der größten und einflussreichsten Gesundheitskampagnen weltweit entwickelt. Ihre Arbeit hat dazu beigetragen, dass die Öffentlichkeit mehr über die Probleme der ärmeren Bevölkerung in der Dritten Welt weiß und dass die Pharmaindustrie gezwungen ist, sich mit den Interessen dieser Bevölkerung auseinanderzusetzen.

Pharma-Brief 7/1996

Zehn Ausgaben pro Jahr mit aktuellen Informationen:
 Arzneimittel und Dritte Welt
 Geschäfte der Pharmaindustrie
 Rationale Arzneimitteltherapie
 Frauen und Verhütungsmittel
 Gesundheit und Entwicklung

Zehn Ausgaben pro Jahr mit aktuellen Informationen:

- Arzneimittel und Dritte Welt
- Geschäfte der Pharmaindustrie
- Rationale Arzneimitteltherapie
- Frauen und Verhütungsmittel
- Gesundheit und Entwicklung

Ja, ich möchte den Pharma-Brief zum Normalpreis (25,- DM pro Jahr) verschenken an:

Name:

Straße:

Ort:

Ja, ich möchte den Pharma-Brief für mich selbst abonnieren

zum Normalpreis (25,- DM pro Jahr)

für Institutionen/Ausland (45,- DM)

Rechnung an:

Name:

Straße:

Ort:

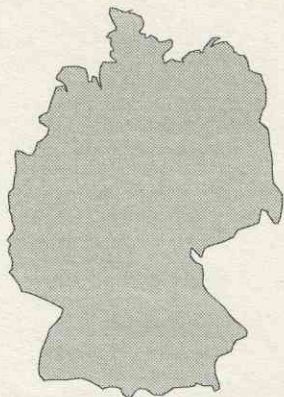
Ich erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung für mein Konto und spare der Kampagne damit Verwaltungsaufwand

Konto: BLZ:

Institut:

Datum:

Unterschrift:



Inland

Arzneimittelsicherheit ins nächste Jahrtausend verschoben

Nach einer nur halbstündigen Debatte verabschiedete der Bundestag am 14. November das Sechste Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes. Die Bezeichnung „Novelle“ für dieses im Eilverfahren durchgezogene Zwei-Zeilen-Gesetz ist allerdings Hochstapelei. Zwei Regelungen umfaßt die Änderung:

Zum einen schafft sie die gesetzliche Grundlage für eine Gebührenerhebung im Zusammenhang mit dem dezentralen Zulassungsverfahren der Europäischen Arzneimittelbehörde, wogegen wohl nichts spricht. Zum anderen verlängert sie aber die ohnehin unendliche Geschichte der Nachzulassung der Altarzneimittel in einem Ausmaß, das selbst PessimistInnen nicht erwartet hätten.

Zur Erinnerung: Arzneimittel, die bereits vor Inkrafttreten des AMG 1978 auf dem Markt waren, gelten als „fiktiv“ zugelassen, obwohl diese Mittel nie auf Sicherheit und Wirksamkeit geprüft wurden.⁸ Überaus großzügige Fristen für die Nachzulassung dieser Altarzneimittel führten dazu, daß im Moment immer noch weit über die Hälfte der 50.000 Arzneimittel, die in Deutschland vertrieben werden dürfen, kein ordentliches Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Nach einer EU-Richtlinie wäre Deutschland eigentlich verpflichtet gewesen, spätestens bis 1990 alle Arzneimittel auf Sicherheit und Wirksamkeit zu überprüfen. Im Zuge der 5. AMG-Novellierung 1994

erhielt die Pharmaindustrie stattdessen zusätzlich die Möglichkeit, ihre ungeprüften Altarzneimittel noch bis zum Beginn des Jahres 2005 zu vermarkten, wenn sie bis zum 31.12.1995 erklärte, auf eine Nachzulassung gänzlich zu verzichten.

Mit dem jetzt verabschiedeten Gesetz wird diese Erklärungsfrist bis 1999 verlängert. Bis dahin können die Pharmafirmen in Ruhe abwarten, ob sie für ihre zweifelhaften Medikamente im Zulassungsverfahren doch noch Schlupflöcher finden, um eine ordentliche Zulassung zu erhalten oder ob sie die oben beschriebene sogenannte 2005-Regelung in Anspruch nehmen wollen. Daß es den Koalitionsfraktionen darum geht, Firmen Optionen auf zukünftige gesetzliche Aufweichungen offen zu halten, wurde in der Debatte immer deutlicher. Die CDU-Abgeordnete Beatrix Philipp begründete den Koalitionsentwurf u.a. folgendermaßen: „Die in der fünften AMG-Novelle beschlossenen Kriterien für die Nachzulassung der Mittel der besonderen Therapierichtungen bedürfen einer Revision, die zwar EG-konform ist, aber nicht darüber hinausgehen soll. (...) Das BfArM, aber auch die Hersteller der Mittel der besonderen Therapierichtungen brauchen Zeit, um die Kriterien festzuschreiben und verbindlich zu machen.“⁹

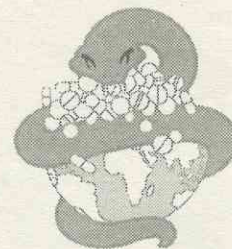
Der „Erhalt der besonderen Therapierichtungen“ diene in der Bundestagsdebatte immer wieder dazu, die Fristverschiebung auf 1999 zu rechtfertigen. Daß dies eine Vernebelung der Tatsachen ist, wird deutlich, wenn man weiß, daß die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen unter den Altarzneimittel, die eine Nachzulassung beantragt haben, lediglich ein gutes Drittel ausmachen. Daß für die anderen knapp 20.000 „normalen“ chemisch-synthetischen Altarzneimittel die 2005-Regelung jedoch auch noch bis 1999 in Anspruch genommen werden kann, verschwiegen die Befürworter der Gesetzesänderung tunlichst.

Besonders perfide ist jedoch, daß die Abstriche an die Prüfung von Sicherheit und Wirksamkeit von Medikamenten immer wieder damit begründet werden, dies geschehe im Interesse der VerbraucherInnen. Diese wünschen sich angeblich eine „Therapiefreiheit“

mit den sogenannten Mitteln der besonderen Therapierichtungen auch dann, wenn diese Mittel weder sicher noch wirksam sind. (MS)

⁸ Siehe hierzu auch: Medikamente sind kein Käse, Deutsche Altarzneimittel schaden der Gesundheit in aller Welt, *Pharma-Brief* Spezial Nr. 2/1996

⁹ Deutscher Bundestag – 13. Wahlperiode – 138. Sitzung, Bonn, Donnerstag, den 14. November 1996, Bundestagsdrucksache S. 12433 f



15 Jahre Pharma-Kampagne

Einige originelle Beiträge zu 15 Jahre Pharma-Kampagne kamen wegen der Ferienzeit zu spät für den *Pharma-Brief* 7/96. Wir wollen sie Ihnen aber nicht vorenthalten.

„ Steter Tropfen höhlt den Stein
Leo Locher, prakt. Arzt, Frankfurt am Main

„ Höchst effektiv
Höchst informativ
Höchst gesund
Edda Stelck, Studienleiterin

„ Seitdem ich die letzte Aufführung des Pharma-Kampagne Straßentheaters gesehen habe, nehme ich meine Valium 10 viel kritischer ein.
Hermann Löffler, Redakteur bei Dr.med. Mabuse –
Facharzt für Benzodiazepine

Der Erste und der Letzte

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) meldet, er werde als „gewichtiger Sprecher der Arzneimittelindustrie“ betrachtet. Laut einer Umfrage unter Wirtschaftsjournalisten nannten 63% den BPI, jedoch nur 15% den Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA). Interessanterweise ist die „Gewichtigkeit“ beim Umsatz umgekehrt: die Mitglieder des VFA repräsentieren zwei Drittel des gesamten deutschen Arzneimittelmarktes.

Medikament & Meinung, November 1996, S. 2 und Selbstdarstellung des VFA, 1996.