

# PHARMA BRIEF



## Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nr. 2, März 1994

Health Action International (D)

1D 11838 E

### Was ist die EMEA?

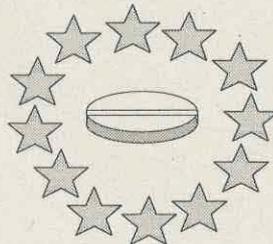
#### Europäische Medikamentenzulassung kommt

Im Januar 1995 wird eine neue europäische Behörde ihre Arbeit aufnehmen, die European Medicines Evaluation Agency (EMEA), die zentrale Medikamentenzulassungsstelle der Europäischen Union. Hier werden zentral angemeldete Arzneimittel für Menschen und Tiere überprüft und für alle Mitgliedsländer der EU zugelassen oder abgelehnt. Das oberste Prinzip dieser Behörde, soviel ist jetzt schon sicher, ist jedoch die Geheimhaltung: die Daten und Beurteilungen der einzelnen Arzneimittel sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich.

Schon lange kritisieren Gesundheits- und Verbrauchergruppen die in vielen Ländern Europas bestehende Geheimniskrämerei ("secrecy") der Zulassungsbehörden, deren leuchtendes Gegenbeispiel die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) ist, die öffentliche Hearings abhält sowie ihre Stellungnahme zu den angemeldeten Arzneimitteln veröffentlicht und somit einer Diskussion und Überprüfung zugänglich macht. In den USA gibt es einen Freedom of Information Act, der das Recht einer jeden BürgerIn festlegt, in die Unterlagen der Behörden Einsicht zu nehmen. Dieses Recht auf Information haben wir in Europa leider nicht und daher hüllen sich die Zulassungsbehörden gerne und rechtmäßig in Schweigen.<sup>1</sup>

Die neue europäische Behörde wird ihren Sitz in London haben und ist somit in einem Land beheimatet, das für seine "secrecy" berüchtigt ist, da es hier einen *Official Secrets Act* gibt, der im wesentlichen alle Regierungsgeschäfte zum Staatsgeheimnis erklärt.<sup>2</sup> Die internationale Pharma-Zeitschrift *SCRIP* kommentiert ironisch: "...hätte die Europäische Union eine offene Gesellschaft gesucht, um diese Behörde anzusiedeln, hätte sie keinen schlechteren Ort finden können."<sup>3</sup> Die EMEA übernimmt das Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP) und das Committee for Veterinary Medicinal Products (CVMP), die bereits jetzt existieren. Diese beiden Ausschüsse werden einem Leitungsgremium unterstellt sowie mit einem Sekretariat versehen, das

die Informationsvernetzung bewerkstelligen soll. 150 Personen sollen dort beschäftigt werden und das Budget für das Startjahr 1995 wird auf 23 Millionen ECU (ca. 45 Millionen DM) geschätzt. Mit weiteren 3000 Personen der nationalen Zulassungsbehörden soll ein intensiver Austausch stattfinden, zum "Wohle der Patienten und der Industrie", wie es in einem Papier der Kommission der Europäischen Gemeinschaft heißt.<sup>4</sup>



Seit 1977 konnten sich die nationalen Zulassungsbehörden bei Problemen mit Arzneimitteln an das CPMP wenden, insbesondere wenn es um die Überwachung unerwünschter Wirkungen ging. Die Pharmafirmen, die für ihre Produkte eine Zulassung in anderen als ihren eigenen Staaten anstreben, hatten zwei Möglichkeiten, dies zu tun: sie konnten entweder die entsprechenden Zulassungen einzeln beantragen oder im Rahmen der EG-Gesetzgebung eine Anerkennung der Heimatzulassung durch die anderen EG-Staaten beantragen. Der Idealfall sah vor, daß die einzelnen Staaten ihre Zulassungen gegenseitig anerkennen und in Streitfällen das CPMP für einen nichtbindenden Rat anrufen. Aber

#### Editorial

Europa, oder genauer die Europäische Union (EU), ist immer für eine Schlagzeile gut. Doch diesmal geht es nicht um Subventionen für die Landwirtschaft, sondern um Arzneimittel. Die europäische Zulassungsbehörde kommt und es ist kein Zufall, daß Sie wahrscheinlich noch nichts davon gehört haben. Die Vorbereitungen sind mit einem so hohen Maß an Geheimniskrämerei verbunden, daß schlimmste Befürchtungen berechtigt sind. Vorsichtshalber wurden VerbraucherInnen und MedizinerInnen gar nicht erst befragt, wie sie sich die Medikamentenkontrolle in Europa vorstellen. Wir versuchen in unserem Leitartikel ein wenig Licht ins Dunkel der EU-Bürokratie zu bringen und vielleicht kennen Sie hinterher die EMEA etwas besser.

Unterdessen jammert die Pharmaindustrie europaweit über die mangelnde Bereitschaft der EuropäerInnen, immer mehr Pillen zu schlucken. Ob Einsicht der VerbraucherInnen oder staatliche Maßnahmen gegen die unaufhaltsam steigenden Ausgaben der Sozialversicherung diese Trendwende bewirkt haben, sei einmal dahingestellt. Gesundheitspolitisch zu begrüßen ist dieser Wachstumsstopp aber allemal. Welche Veränderungen für die europäische Pharmaindustrie aus wirtschaftlicher Sicht zu erwarten sind, berichten wir auf Seite 3.

Im Koordinationsbüro der Pharma-Kampagne gibt es einige Veränderungen im Bereich "Rationale Arzneimittelpolitik Inland". Roswitha Gost mußte uns leider verlassen, weil eine engstirnige bürokratische Regelung eine Weiterbeschäftigung aus Mitteln des Arbeitsamtes unmöglich machte. Dafür dürfen wir zwei neue Mitarbeiterinnen auf Teilzeitbasis einstellen. Wir bedauern den Weggang der Kollegin, die unser *medi-minus*®-Infoschächtelchen erfolgreich auf den Weg gebracht hat.

Jörg Schaaber

wie das Leben so spielt: die einzelnen staatlichen Behörden wurden sich nicht einig und das CPMP wurde permanent angerufen und kam mit der Arbeit nicht hinterher. In 16 Jahren wurden nur 400 Arzneimittel überprüft.<sup>5</sup> Die meisten Arzneimittel wurden daher über nationale Zulassungen innerhalb der EG verbreitet.

Nicht nur die Industrie, auch die Gesundheits- und Verbrauchergruppen sowie die Patientenverbände wünschten sich eine "Harmonisierung" der Zulassungsbedingungen und eine einheitliche Regelung. Während die Industrie eine Regelung auf möglichst niedrigem Niveau anstrebt und sich am liebsten selbst in den Gutachtersesseln sitzen sähe, fordert die Verbraucher- und Patientenbewegung den strengstmöglichen Standard, daß zum Beispiel nur solche Daten und Studien bei der Antragstellung angenommen werden, die in Fachzeitschriften veröffentlicht und somit einer wissenschaftlichen Bewertung zugänglich sind. Darüberhinaus fordert sie einen Schutz vor der Einflußnahme der Industrie sowie eine Beteiligung der KonsumentInnen an den Planungen und schließlich

am Zulassungsprozeß. Nichts von all dem ist wahr geworden. Die Konzeption der europäischen Behörde EMEA fand ganz ohne Beteiligung der VerbraucherInnen statt, ihre Meinung war noch nicht einmal gefragt, als eine Consultancy-Firma für die Kommission der EU eine Studie anfertigte und zu diesem Zweck die großen Pharmakultis, Pharmaverbände und Zulassungsstellen befragte. PatientInnen oder VerbraucherInnen kommen in dieser Studie nicht vor, ihre Erfahrungen, Bedürfnisse und Forderungen spielen keine Rolle.<sup>6</sup>

In der Behörde selbst ist keine Vertretung von Verbraucher-Interessen vorgesehen und die Stellungnahmen, die zu den einzelnen Arzneimitteln angefertigt werden, sind vertraulich und nicht öffentlich zugänglich. Der Grund für diese Geheimniskrämerei: das Geschäftsgeheimnis der Pharmaindustrie. Nun mag man einsehen, daß die eine oder andere Information für die Firmen sensibel sein kann, aber es ist absolut unverständlich, wieso die Daten, die die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Wirkstoffe beweisen sollen, sowie die Stellungnahmen der pharmakologischen ExpertInnen der Öffentlichkeit vorenthalten werden. Auch ist es reichlich merkwürdig, daß die Industrie ihre Wirkkeitsstudien nicht veröffentlichen muß. In den

Vereinigten Staaten funktioniert das Prinzip der Öffentlichkeit und bisher ist noch keine Pharmafirma daran zugrundegegangen, daß die Zulassungsentscheidungen interessierten BürgerInnen zugänglich sind.



Der Wunsch für die europäische Arzneimittelzulassung: *Offenheit als Regel und Geheimhaltung als Ausnahme.* Zeichnung: HAI

Für die Zulassung von Arzneimitteln im europäischen Markt gibt es ab Januar 1995 drei Wege:

① Der zentrale Zulassungsantrag bei der EMEA. Dieser muß für alle biotechnologischen Produkte gestellt werden und kann für andere Produkte mit neuen Wirkstoffen gestellt werden. Wird der Antrag positiv beschieden, gilt die Zulassung verbindlich in allen EU-Mitgliedsstaaten. Bevor die endgültige Entscheidung fällt, wird die antragstellende Pharmafirma noch einmal um Stellungnahme gebeten.

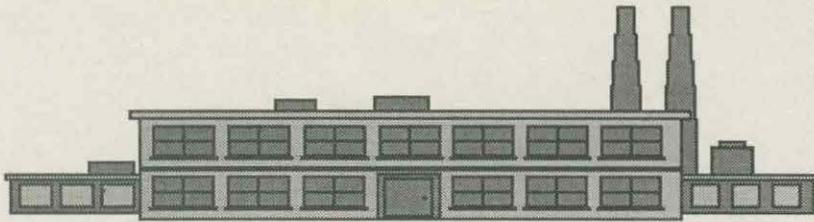
② Der dezentrale Zulassungsantrag. Dieser gilt für die überwiegende Mehrheit der Arzneimittel (die ja bekanntermaßen nicht innovativ oder neuartig sind) und basiert auf dem bereits erwähnten Prinzip der gegenseitigen Anerkennung einer bereits erfolgten nationalen Zulassung. Ab 1998 soll dieses Verfahren zwingend vorgeschrieben sein, wenn ein Medikament in mehr als einem Mitgliedsstaat vermarktet werden soll. Entgegen der bisherigen Regelung hat die EMEA im Streitfall dann eine verbindliche Entscheidungskompetenz. Das bedeutet, daß im Zweifelsfalle eine Zulassung auch EU-weit widerrufen werden kann.

③ Der nationale Zulassungsantrag, der für solche Produkte geeignet ist, die ausschließlich in einem einzigen EU-Land angeboten werden sollen.

Aus Sicht der Industrie ist der zentrale Weg für ein Arzneimittel möglicherweise fatal, sofern nicht gewährleistet ist, daß innerhalb der EMEA industriefreundliche Menschen tätig sind. Wird der zentrale Zulassungsantrag negativ beschieden, ist der europäische Markt für dieses Produkt gestorben. Es ist daher zu erwarten, daß die Firmen sich ganz besonders um die MitarbeiterInnen der europäischen Behörde kümmern werden. Ein denkwürdiges Beispiel bietet der Chef der italienischen Medikamentenzulassungsbehörde, Duilio Poggiolini, der sich der besonderen Aufmerksamkeit der Industrie erfreute (vgl. *Pharma-Brief* 10/93). Mittlerweile sitzt er wegen Bestechlichkeit hinter Gittern und kann sich über seine angehäuften Güter im Wert von 188 Millionen US-Dollar nicht mehr so recht freuen. Poggiolini war unter anderem auch der Vorsitzende des CPMP...

Health Action International (HAI) startet nun mit anderen europäischen Verbrauchergruppen eine öffentliche Kampagne, um die Geheimniskrämerei der europäischen Medikamentenbehörde vielleicht doch noch zu knacken. Dabei ist nicht nur wichtig, daß öffentliche Anhörungen stattfinden und die Stellungnahmen der Behörden öffentlich zugänglich sind, sondern auch, daß die Referenzen und Verbindungen der Gutachter und des anderen Personals dargelegt werden und dafür Sorge getragen wird, daß keine Entscheidungen aus finanziellen oder sonstigen Interessen heraus gefällt werden. Sonst haben wir es demnächst häufiger mit Skandalen wie der Poggiolini-Affäre zu tun, die laut *SCRIP* "auf einer 'Richter-Skala' der Intrigen mindestens 9,5 erreichte."<sup>7</sup> (AW)

- 1 Ausnahme ist Norwegen, das seine Zulassungs- und Ablehnungsentscheidungen regelmäßig publiziert.
- 2 Philip Brown, No place for Secrecy. *SCRIP*, Dez. 1993, S. 3-4
- 3 ebda, S. 4
- 4 Commission of the European Communities, The European Medicines Evaluation Agency, Brüssel Nov. 1993
- 5 ebda
- 6 Deloitte & Touche Europe Services, Interim Report of a Study Concerning the Establishment of a European Agency. Volume I and II. Brüssel 1992
- 7 Brown, aaO, S.3



## Konzernnachrichten

### Europa nicht länger Pillenparadies?

Der Pharmaindustrie in Europa geht es nicht schlecht, aber die fetten Jahre scheinen erst einmal vorbei zu sein. Während es von 1987 bis 1991 jährliche Zuwächse von durchschnittlich 11% gab, waren es 1992 nur noch 8%. Vergangenes Jahr gab es erstmals kein Wachstum in der Pillenproduktion mehr. Die Firmen jammern, aber Gewinne werden natürlich immer noch gemacht.

Mögen denn Europas BürgerInnen nicht noch mehr Pillen schlucken? Es wäre erfreulich, wenn dies der Grund für das Nullwachstum der Pharmabranche wäre. Viel wahrscheinlicher jedoch haben staatliche Maßnahmen als Notbremse gegen die davonrasenden Kosten im Gesundheitswesen gewirkt. Die *Financial Times* macht nicht nur in Deutschland Sparkommissare aus (Rückgang der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen von 26 auf 22 Milliarden DM). Auch Italien hat die Zahl der erstattungsfähigen Arzneimittel im Januar diesen Jahres drastisch gekürzt, die französische Regierung hat im selben Monat eine Vereinbarung mit der Pharmaindustrie unterzeichnet, die das Umsatzwachstum von 8% auf 4% reduzieren soll und in Großbritannien hat der öffentliche Gesundheitsdienst im vergangenen Jahr die Medikamentenpreise um 2,5% gekürzt.<sup>1</sup>

Die Qualität der Versorgung hat unter diesen Einsparungen keineswegs gelitten. In Deutschland nahm hauptsächlich der Umsatz teurer, umstrittener und unwirksamer Arzneimittel ab. Im ersten Halbjahr 1993 wurden umstrittene und unwirksame Arzneimittel für 900 Millionen DM weniger verschrieben.<sup>2</sup>

#### Was ist das "Fett" einer Firma?

"Jede Pharmafirma hat genügend Fett, das man abspecken kann," so der Vorsitzende der britischen Pharmafirma Fisons.<sup>3</sup> Gemeint sind damit in erster Linie die Arbeitsplätze. Zahlreiche große Firmen rationalisieren ihre Produktion: Hoechst verlagert die Produktion von festen Arzneimittelformen nach Frankreich, in Frankfurt fallen 240 Arbeitsplätze weg.<sup>4</sup> Ciba-Geigy schließt gleich mehrere Fabriken in vier Ländern und baut neue spezialisierte Produktionen auf. Die Firma gibt an, dadurch bereits 20% der Produktionskosten zu sparen. Die britische Firma Fisons wird 1500 ArbeiterInnen entlassen - fast 15% der gesamten Belegschaft. Nicht immer

sind solche Einschnitte nur bedauerlich: bei Bayer z.B. soll die 1100 Personen starke Marketingabteilung um fast 30% verkleinert werden.<sup>5</sup>

#### Weniger Schrottprodukte?

Das stärkere Kostenbewußtsein könnte auch therapeutisch einen Fortschritt bedeuten. Die Erforschung von *me-too*-Präparaten (Arzneimittel mit nur geringfügigen Unterschieden) hat laut Ciba-Manager Steve Leventhal keine Zukunft: "Niemand wird den zehnten Beta-Blocker entwickeln, um sich ein paar Marktprozente zu ergattern. Die Regierungen werden ihm die Erstattungsfähigkeit nicht geben."<sup>6</sup>

Die Firmen jammern, daß sie bei stagnierenden Umsätzen keine Forschung mehr betreiben könnten. Die *Financial Times* erwartet dagegen positive Effekte: eine Konzentration der Forschungsmittel auf Krankheiten, für die es noch keine (befriedigende) Therapie gibt, die aber verbreitet genug sein müssen, damit sich der Markt lohnt.

Ein weiterer deutlicher Trend ist der Einstieg ins Generika-Geschäft. Viele große Firmen haben in letzter Zeit Generika-Hersteller aufgekauft, die meist bewährte Arzneimittel zu günstigen Preisen anbieten.

#### Der Griff in den Geldbeutel

Bedenklich ist eine parallele Entwicklung: die Firmen drängen stärker auf den Privatmarkt. Da die Krankenkassen nicht mehr jeden Unsinn bezahlen, halten es manche Hersteller offenbar für die einfachste Lösung, den KonsumentInnen direkt in den Geldbeutel zu greifen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) jedenfalls sieht den Grund für die im ersten Halbjahr 1993 um 12% auf 391,3 Millionen Mark gestiegenen Werbeausgaben in der verstärkten Werbung für rezeptfreie Arzneimittel. Vielen Firmen, so das BPI-Blättchen *Medika-*

*ment & Meinung*, bliebe "kaum eine andere Wahl", als ihre von der Kassenerstattung ausgeschlossenen Mittel im Selbstmedikationsbereich weiterzuverkaufen: "Die Medikamente müssen so bekannt werden, daß die Patienten sie auch ohne Rezept kaufen und aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen."<sup>7</sup> Frauen (-zeitschriften) sind dabei eine beliebte Zielgruppe für die Werbung.

#### Flucht ins Ausland?

Fast 40% aller in Deutschland produzierten Arzneimittel gehen in den Export (Exporterlös 1992: 12,8 Milliarden DM). Mindestens denselben Umsatz erzielen die Firmen zusätzlich durch ihre ins Ausland verlagerte Produktion.<sup>8</sup> Zu befürchten ist, daß die Märkte der Dritten Welt angesichts der zunehmenden Einsparungsbemühungen in Industrieländern zu einem interessanten Ausgleichsobjekt für die Gewinnbilanzen der Pharmaindustrie werden. (JS)

- 1 Daniel Green, Sweeteners for a bitter pill, *Financial Times* vom 31. Jan. 94
- 2 Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK vom 29. Sep. 93
- 3 zitiert nach Green aaO
- 4 Noch mehr Verlagerung ins Ausland, *Frankfurter Rundschau* vom 2. Feb. 94
- 5 Alle Angaben zitiert nach Green aaO
- 6 zitiert nach Green aaO. Leventhal irt in der Zahl der Beta-Blocker. 1992 waren allein in Deutschland 22 verschiedene Wirkstoffe dieser Gruppe auf dem Markt. (Schwabe, Paffrath (Hrsg.) *Arzneiverordnungs-Report 1993*, Stuttgart/Jena 1993, S.136)
- 7 Zeitschriftenverlage schnuppern Morgenluft, *Medikament & Meinung*, Sept. 1993
- 8 Vierzig Prozent in den Export, *Medikament & Meinung*, Aug. 1993

### Was braucht die Medizinstudentin?

Die neue Liste Unentbehrlicher Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Welche Arzneimittel sind wirklich unentbehrlich? Die WHO-Liste bietet eine wichtige Orientierung. Vollständige Übersetzung des WHO-Dokuments mit Anhängen. 88 Seiten, 14 DM, ISBN 3-928879-11-1

Ich bestelle ..... Exemplare der 7. WHO-Liste Unentbehrlicher Arzneimittel, 88 S., 14 DM (zzgl. einmalig 3-DM Versandkosten)

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Unterschrift: .....

Jetzt neu bei der BUKO Pharma-Kampagne August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld

UNENTBEHRLICH



## Aus aller Welt

### Philippinen: Hoechst besteht auf Gift

Mit massiven Mitteln versucht Hoechst auf den Philippinen, das in Deutschland nicht zugelassene Pestizid THIODAN am Markt zu halten.

Philippinische Bauern setzen das von Hoechst 1952 entwickelte und seit 1963 in den Philippinen vermarktete THIODAN (Wirkstoff Endosulfan) im Reisanbau gegen die Goldene Schnecke ein. Seit die Zulassung des ebenfalls von Hoechst entwickelten Produktes BRESTAN 1991 nicht verlängert wurde, stieg der Verbrauch. Aber auch gegen den Einsatz von THIODAN gibt es schwerwiegende Bedenken, da es das Nervensystem schädigt. Obwohl der Hersteller Schutzkleidung empfiehlt, ergaben Stichproben des philippinischen Reiserforschungsinstitutes, daß nur 3% der Bauern den vorgeschriebenen Schutz verwenden, 95% benutzen weder Handschuhe noch Atemschutz und tragen kurze Hosen oder T-Shirts.<sup>1</sup>

Der "Fall THIODAN" begann im April 1992, als das philippinische Landwirtschaftsministerium das Verbot von vier Pestiziden, darunter Endosulfan, ankündigte. Die zuständige Behörde, die Fertilizer and Pesticides Authority (FPA), stimmte dem Verbot zu. Daraufhin klagte Hoechst und erreichte noch im selben Monat eine Aussetzung des Verbotes. Begründung: die Maßnahme sei nicht vom FPA Board veranlaßt worden, wie es laut Gesetz hätte der Fall sein müssen. Bis zu einer abschließenden Entscheidung kann Hoechst THIODAN somit weiterhin vermarkten.

Internationale Aufmerksamkeit erlangte die Auseinandersetzung um THIODAN, als im April 1993 zwei Artikel im *Manila Bulletin* erschienen, die berichteten: "Dr. Romeo Quijano vom Philippine General Hospital erklärte, Untersuchungen hätten gezeigt, daß Thiodan Krebs erzeugt." Der Text stammte von der Nachrichtenagentur *Philippine News and Features* (PNF). Nachdem weder PNF noch Dr. Quijano diese Aussage widerriefen, wandten sich

Hoechst Far East Corp. und Hoechst Philippines Inc. Mitte Mai 1993 an das zuständige Gericht in Manila und strengten eine Schadensersatzklage über 800.000 US\$ gegen Romeo Quijano, Sophia L. Bodegon (PNF) und Jo Calderon (PNF) an.

Die Behauptung daß Endosulfan krebs-erzeugend sein könnte, ist dabei gar nicht aus der Luft gegriffen. Das Gefahrstoff-Handbuch SAX rechnet den Wirkstoff zu den im Tierversuch krebs-erzeugenden und fruchtschädigenden Substanzen und auch in der Fachliteratur gibt es seit 1983 entsprechende Hinweise.<sup>1</sup>

Im September 1993 bestätigte der neue Landwirtschaftsminister Roberto Sebastian das Endosulfan-Verbot und sprach zudem ein Verbot für BRESTAN aus. Hoechst verklagte daraufhin im Oktober 1993 Minister Sebastian und zwei Beamte wegen Mißachtung des Gerichts, bei dem ein Verfahren zu THIODAN anhängig sei, und wegen des BRESTAN-Verbotes.

Angesichts der massiven Hoechst-Aktionen riefen mehrere philippinische Frauenorganisationen zusammen mit der *Pesticids Action Group* und der *Sustainable Agriculture Coalition* Anfang September zum Boykott von Hoechst auf. Sie gründeten ein Kampagnennetzwerk und fordern das Ende von Produktion, Import und Verkauf toxischer Hoechst-Produkte; sowie die Rücknahme der Klagen und effektive Mechanismen, um multinationale Konzerne zu kontrollieren, die giftige Stoffe produzieren. Das Netzwerk ruft zum Boykott toxischer Pestizide auf.

(Carina Weber, PAN)

## Inland

### Bundesregierung kennt keinen Schmerz

Für Kombinations-Schmerzmittel gibt es keinen medizinischen Bedarf (wir berichteten wiederholt im *Pharma-Brief*, zuletzt 1/94: "Nebenwirkung erkannt - Hauptproblem ungelöst"). Die SPD-Fraktion im Bundestag hatte im Oktober 1993 eine kleine Anfrage gestartet, um herauszufinden, was die Bundesregierung gegen diese mitunter recht risikoreiche Gruppe von Kombinationsarzneimitteln unternimmt. Die Antwort der Bundesregierung fiel mehr als unbefriedigend aus: Kein Handlungsbedarf. Die Begründung für das sanfte Ruhen der obersten Arzneimittelaufsichtsbehörde war mehr als mager, teilweise sogar irreführend oder falsch. Der Anteil von Kombinations-Schmerzmitteln am Verbrauch wird mit 3,8% viel zu niedrig angegeben.<sup>2</sup> Tatsächlich betrug er nach

Angaben des Direktors des Bremer Instituts für Klinische Pharmakologie, Prof. Schönhöfer, 1990 37% bei ärztlichen Verordnungen und 80% beim freien Apothekenverkauf.<sup>3</sup> Als einzigen Beleg für die analgetische Wirkung des Coffeins in Schmerzmitteln zitiert die Bundesregierung ausgerechnet einen Gutachter, der laut SPD "als willfähriger Gutachter der Herstellerseite einschlägig bekannt ist." Die SPD unterstützt deshalb ein Verbot von Kombinations-Schmerzmitteln und fordert den Gesundheitsminister zum Handeln auf. (JS)

### Kaufen Sie kein Atomkraftwerk!

Medizinisch-technisches Gerät von Siemens ist sehr beliebt. Leider ist die Firma auch führende Anbieterin im Bereich der Atomtechnik. Das hat die *Ärzte gegen den Atomkrieg* (IPPNW) bewogen, gemeinsam mit dem *Bund für Umwelt- und Naturschutz* zu einem Boykott von Siemens-Medizintechnik aufzurufen. Die Ärzte lehnen Atomenergie ab, weil im Falle einer Katastrophe die Folgen für die Menschen und ihre Nachkommen auf Dauer unabsehbar sind, atomare Abfälle bereits jetzt ein Risiko darstellen sowie die Risiken der durch Atomkraftwerke abgegebenen Niedrigstrahlung höher seien als bislang angenommen.<sup>4</sup> Bereits nach sechs Wochen haben die MedizinerInnen Praxisgeräte für 6 Millionen DM nicht bei Siemens gekauft.<sup>5</sup> (JS)

- 1 Wie giftig ist Thiodan?, *Ökologische Briefe* Nr.58 vom 22. Sept. 1993
- 2 Bundestagsdrucksache 12/6529, S.5
- 3 Pressemitteilung der SPD-Bundestagsfraktion vom 17. Feb. 94
- 4 Ärzte wollen Siemens-Boykott, *Frankfurter Rundschau*, 25. Jan. 94
- 5 Boykott von Siemens-Geräten findet großes Echo, *Frankfurter Rundschau*, 10. März 94

## Das Letzte

"Erkrankungen nach dem Bundesseuchengesetz werden über das Gesundheitsamt angeordnet."

Neue Westfälische vom 18.3.94 in einem Artikel über Gründe von Obduktionen

### Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789  
Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld  
Redaktion: Gudrun Henke, Barnim Raspe, Jörg Schaaber (verantwortlich), Annette Will  
Druck: Off-Set, Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich, Einzelabo 20 DM, Institutionen- oder Auslandsabo 35 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.