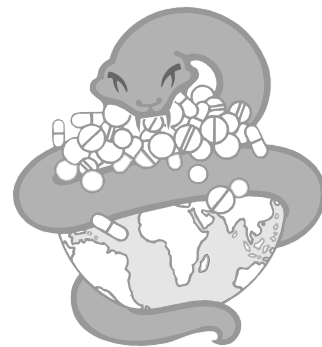


PHARMA- BRIEF



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

Nr. 2-3, März-April 2000

K 11838

Altöl – Altlast – Altarzneimittel

Unkontrollierte Medikamente in Deutschland –
Wie lange noch?

Immer noch sind die Hälfte aller Arzneimittel auf dem deutschen Markt nicht auf Wirksamkeit und Sicherheit überprüft. Änderungen im Arzneimittelgesetz sollen jetzt mit dieser Altlast aufräumen. Doch der Widerstand der Industrie ist heftig. Denn jeder Monat, den diese oftmals fragwürdigen Mittel länger auf dem Markt sind, bedeutet für die Firmen bares Geld. In einer Bundestagsanhörung prallten VerbraucherInnenschutz und Industrieinteressen aufeinander. Wir berichten über die Anhörung und ihre Hintergründe.

So kurios der Titel *Altlast, Altöl — Altarzneimittel* auch klingt, genau diese Worte fielen in der Anhörung des Gesundheitsausschusses des deutschen Bundestages am 15. März 2000. Der von der Opposition eingeladenen Sachverständigen Prof. Kepplinger versuchte mit dieser Wortkette, die auch noch „Altglas, Altmaterial und Altwasser²⁴“ enthielt, zu suggerieren, dass Altarzneimittel ein sehr negativ besetzter Begriff sei. Deshalb sei die vorgesehene Kennzeichnung dieser Mittel nicht vertretbar. Der Zwischenruf „Altkanzler“ sorgte für Erheiterung, denn er machte deutlich, dass nicht alle Begriffe mit „Alt“ schon immer negativ besetzt waren. Dies war allerdings auch der einzige komische Moment, ansonsten wurde auf der Anhörung mit harten Bandagen gekämpft.



Während beim Reichstag der Durchblick wieder möglich ist, tappen die BürgerInnen, was die Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln angeht, weiter im Dunkeln.

Foto: Claudia Jenkes

In der Tat sind Altarzneimittel eine Altlast im klassischen Sinne, denn eigentlich dürfte es die ca. 20.000 Altarzneimittel schon seit 1990 auf dem deutschen Markt nicht mehr geben. So schreibt es das Gemeinschaftsrecht in der Europäischen Union zwingend vor. Aber erst 1997 brachte die EU-Kommission ein Verfahren gegen Deutschland in Gang. Das lange Zö-

Editorial

Liebe LeserInnen, wie lange, schätzen Sie, brauchen wir in Deutschland um Gesetze zum Schutz der VerbraucherInnen vor unwirksamen oder zu risikoreichen Arzneimitteln umzusetzen? 15 Jahre vielleicht? Viel länger! Nach 35 Jahren geht die neue Bundesregierung das Problem der Altarzneimittel endlich ernsthaft an – wenn auch nicht ganz freiwillig, denn die EU-Kommission hat mit einer Klage gedroht. Wir hatten übrigens Gelegenheit, unsere Position bei der Bundestagsanhörung zum Arzneimittelgesetz zu vertreten.¹

Empört sind wir über den unsäglichen Slogan von Ex-Wissenschaftsminister Rüttgers: „Kinder statt Inder“. Wie kann man ein ganzes Volk diskriminieren, um auf Ausbildungsmängel aufmerksam zu machen? Wir jedenfalls freuen uns auf einen neuen indischen Kollegen, der unserer Arbeit eine frische Süd-Perspektive geben wird! Mehr dazu in der nächsten Ausgabe.

Beiliegenden Spendenaufruf bitten wir Sie zu beachten.

Ihr

Jörg Schaab

- **Panik macht Schule:**
Hepatitis B-Impfung 3
- **Inland: Armut macht krank**.... 6
- **Neue Bücher** 7

gern wird verständlich, wenn man weiß, dass die Arzneimittelkontrolle in der EU der Wirtschaftskommission zugeordnet ist, die als sehr industriefreundlich gilt. Der Kommissar hieß seinerzeit Martin Bangemann und seine Partei, die FDP, gehörte der früheren Bundesregierung an. Wirklich ernst wurde es dann erst nach dem Regierungswechsel, als Bangemann einen blauen Brief an die neue Bundesregierung schickte (wir berichteten ausführlich im *Pharma-Brief* 10/1998). Wenn Deutschland nicht innerhalb kürzester Zeit das Arzneimittelgesetz in Einklang mit dem EU-Recht bringe, werde das Land vor dem Europäischen Gerichtshof verklagt, der dann rechtliche Vorgaben machen kann. Außerdem droht ab Verurteilung ein Strafgeld in Höhe von ca. 1 Million DM pro Tag. Mehrere Gesetzesbestimmungen widersprechen EU-Recht und wurden von der Kommission moniert. Alle diese Themen wurden auf der Bundestagsanhörung diskutiert.

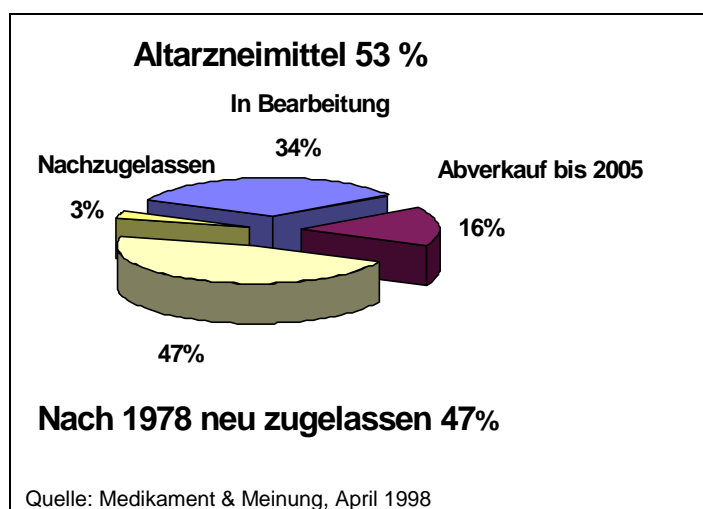
Über die genaue Zahl der Altarzneimittel gibt es widersprüchliche Angaben. Diese Intransparenz hängt auch mit pharmafreundlichen Gesetzesänderungen zusammen, die den Herstellern bei den Altarzneimitteln eine Änderung der Inhaltsstoffe und Anwendungsgebiete per einfacher Änderungsanzeige erlaubte. Dies nutzten einige Hersteller zur Kreation mehrerer „neuer“ Arzneimittel aus einem Altarzneimittel. Diese Änderungsanzeigen sind nur teilweise in der Datenbank der Zulassungsbehörde erfasst. Es ist unklar wie viele dieser geänderten Mittel noch in unbearbeiteten Aktenbergen in der Behörde schlummern. Die Grafik zeigt die ungefähre Verteilung des Zulassungsstandes nach Industrieangaben Anfang 1998.

Kennzeichnung eine Täuschung?

Kontrovers war auch, ob und wie die Altarzneimittel gekennzeichnet werden müssen. VertreterInnen der Industrieinteressen möchten am liebsten gar

keine Kennzeichnung, sie sprechen von Täuschung oder Irreführung der Verbraucher. VerbraucherschützerInnen und BUKO Pharma-Kampagne forderten dagegen, dass bereits auf der Verpackung ein deutlicher Hinweis notwendig ist, damit sich VerbraucherInnen bereits vor dem Kauf über das Mittel informieren können. Wenn man den Hinweis auf die fehlende Überprüfung erst auf dem Beipackzettel oder – wie gegenwärtig – gar nicht findet, ist eher dieser Tatbestand als eine Täuschung zu werten.

Viele, so die Industrie, würden unter Altarzneimitteln abgelaufene, verdorbene Arzneimittel verstehen. Ob VerbraucherInnen wirklich so dumm sind,



Deutschlands Medikamentenkuchen: Immer noch sind die Hälfte aller Arzneimittel nicht auf Wirksamkeit und Sicherheit überprüft. Nur ein kleiner Teil bestand die Nachzulassung, viel mehr nutzen die Abverkaufsregelung – damit soll jetzt Schluss sein.

wie die Industrie sie gerne hätte, mag man bezweifeln. Ein aufgedruckter Hinweis auf der Packung „Altarzneimittel, Hinweis in der Packungsbeilage beachten“ lässt diesen Schluss ja wohl kaum zu.

Nach der Anhörung wird der Gesetzentwurf modifiziert. Ein Ergebnis lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor. Es sieht aber so aus, dass entgegen den Anforderungen an den Verbraucherschutz ist eine Kennzeichnung auf der Verpackung nicht vorgesehen wird.

Kein Ausverkauf mehr

Als im „krassen Widerspruch“ zum Gemeinschaftsrecht stehend bezeichnet

die EU die 1994 eingeführte sogenannte „2005 Regelung“. Sie besagt, dass Altarzneimittel ohne jede weitere Kontrolle bis zum 1.1.2005 weiterverkauft werden können, wenn der Hersteller danach auf die Vermarktung verzichtet.³ Davon machten zahlreiche Hersteller Gebrauch, ca. 8.000 Arzneimittel befinden sich so im dauerhaften Schlussverkauf. Die 2005-Regel wird im vorliegenden Gesetzentwurf gestrichen. Allerdings erhalten die Mittel die Möglichkeit wieder ins Nachzulassungsverfahren einbezogen zu werden. Ob die Neuregelung wirklich einen Fortschritt bedeutet, hängt wesentlich davon ab, wie schnell die Zulassungsanträge von der Behörde bearbeitet (und in der Masse wohl abgelehnt) werden.

Kürzere Fristen

Ein wesentlicher Fortschritt des Gesetzentwurfs sind die verkürzten Fristen. Hersteller werden nur noch sechs Monate Zeit haben, Anträge einzureichen (vorher anderthalb Jahre) und die Frist beginnt mit Inkrafttreten des Gesetzes. Die Hersteller jammerten zwar auf der Anhörung, diese Fristen seien zu kurz. Zu Recht wurde aber angemerkt, dass verantwortungsvolle Hersteller bereits seit 35 Jahren wissen, dass gemäß EU-Recht zwingend Wirksamkeit und Unbedenklichkeit aller Arzneimittel nachgewiesen werden

müssen. Spätestens 1990 hätte der Prozess der Nachzulassung abgeschlossen sein müssen. Ende 1998 kam dann der „blaue Brief“ aus Brüssel und nun hätte auch dem letzten Hersteller deutlich sein müssen, dass man nicht mehr länger auf Verzögerungstaktiken setzen kann.

Begrüßenswert ist, dass Anträge nun nicht mehr nachträglich verändert werden können. Hersteller hatten diese bislang existierende Möglichkeit genutzt, die Bearbeitung von Nachzulassungen immer weiter zu verzögern. Nur noch auf Aufforderung des Amtes können einmalig bestimmte Unterlagen vom Hersteller nachgefordert werden,

wenn diese nicht innerhalb von 6 Monaten eingereicht werden, erlischt die Zulassung.

Zweifelhafte Monographien

Im Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist eine endgültige Unwirksamkeitserklärung der sogenannten Monographien, die eine Bewertung einer Reihe von Altarzneimittel-Wirkstoffen beinhalten. Obwohl diese teilweise unter äußerst dubiosen Umständen zustande kamen und die Erstellung von Monographien 1994 beendet wurde, sie damit also wissenschaftlich überholt sind, berufen sich Hersteller immer noch auf diese „halbamtlichen“ Dokumente. In der Anhörung war von verschiedener Seite eine eindeutige Regelung zur Abschaffung der Monographien gefordert worden, sie taucht aber wahrscheinlich



Zweifelhafte Medikamente für die Dritte Welt. Einige davon konnte die BUKO Pharma-Kampagne durch Druck auf die Hersteller vom Markt bekommen. Doch noch immer sind etliche deutsche Altarzneimittel in Ländern des Südens auf dem Markt.

Foto: Schaaber

auch im revidierten Gesetzentwurf nicht auf. Hier scheint bedauerlicherweise die Industrielobby erfolgreich zu bleiben.

Fauler Kompromiss

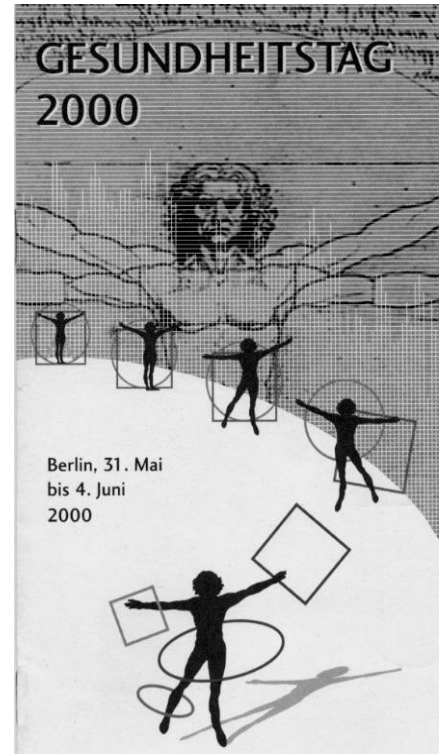
Wenn der Gesetzentwurf die parlamentarischen Hürden passiert, stellt er insgesamt sicher eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem gegenwärtigen Zustand dar.⁴ Letztlich ist das Gesetz aber ein fauler Kompromiss, denn eigentlich dürfte es die Altarzneimittel gar nicht mehr geben. Versäumnisse der früheren Regierung, die zahlreiche Gesetzesänderungen mit immer neuen Schlupflöchern für die

Pharmaindustrie zu verantworten hat, sind für die gegenwärtige Misere verantwortlich. Die Industrie kann auf ihre erfolgreiche Lobbypolitik stolz sein. Entscheidend ist, dass dieser ungesunde Einfluss nun zurückgedrängt wird.

Der für die Arzneimittelzulassung zuständigen Behörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wurde von Industrie und Opposition Unfähigkeit vorgeworfen. Das BfArM sei nicht fähig gewesen, den großen Berg von Altarzneimitteln abzuwickeln. Kein Wort von den zahlreichen Gesetzesänderungen, die dem Amt die Arbeit erheblich erschwert haben. Thomas Schulz vom Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) musste dennoch auf der Bundestagsanhörung eine Rüge wegen „politischer Wertung“ für seine sehr richtige Feststellung einstecken: „Wenn Sie sagen, das liegt an dem Amt, dass das noch nicht bearbeitet ist, dann sage ich, in den letzten Jahren war doch die CDU dafür zuständig, dass die Bundesbehörde adäquat ausgerüstet wurde. Dann fragt man sich, wo denn die adäquate Ausrüstung gewesen ist. Dann sollte diese Fraktion nicht ganz so hart auf das Amt einschlagen.“

Es bleibt festzuhalten, dass das BfArM nicht die effektivste Behörde ist, denn alle anderen großen EU-Staaten haben es geschafft, ihre Medikamenten-Altlasten erfolgreich abzuwickeln. Vieles wird davon abhängen, ob es der Bundesregierung gelingen wird, das zuständige Amt in eine schlagkräftige, effiziente und gegenüber Industrieinflüssen resistente Behörde umzuwandeln. (JS)

- 1 Wer sich für unsere Stellungnahmen interessiert, kann sie bei der Pharma-Kampagne anfordern.
- 2 Altwasser laut Duden 1996 „ehemaliger Flussarm mit stehendem Gewässer“.
- 3 § 105 Abs. 5c Arzneimittelgesetz
- 4 Das Gesetz wird voraussichtlich Mitte Mai 2000 im Bundesrat diskutiert und soll noch vor der Sommerpause vom Bundestag endgültig verabschiedet werden.



Zum ersten Mal seit vielen Jahren wieder wird es einen Gesundheitstag geben. Die BUKO Pharma-Kampagne wird mit zwei Veranstaltungen und einem Büchertisch vertreten sein:

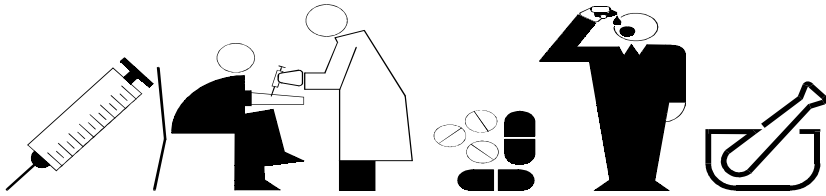
• Pillen für die Armen? – Arzneimittelpolitik für die Dritte Welt

- ↪ **Dr. Gopal Dabade (Indien),** *Drugs for the Poor – Help or Harm?*
- ↪ **Jörg Schaaber, Pharma-Kampagne** *Von sinnvoll bis gefährlich – welche Rolle spielt die deutsche Pharmaindustrie in der Dritten Welt?*
- ↪ **Peter Firmenich, Ärzte ohne Grenzen** *Was zählt mehr: Gewinne oder Menschenleben? – Patente, Welthandelsorganisation und Medikamentenpreise*

• People's Health Assembly – Weltgesundheitsversammlung von unten

- ↪ **Jörg Schaaber und Hedwig Diekwisch, Pharma-Kampagne**

Programm und Anmeldung bei:
 Koordinationsbüro Gesundheitstag 2000,
 Sarrazinstr. 3, D-12159 Berlin
 Tel.: 030-85999779
 Fax: 030-85999778
 e-mail: info@gesundheitstag.de
 Internet: www.gesundheitstag.de



Medikamentengebrauch

Panik macht Schule

Zum Für und Wider flächendeckender Hepatitis B-Impfungen

Seit einigen Jahren empfiehlt die staatlich eingesetzte Impfkommision (STIKO) die Routineimpfung von Säuglingen und Schulkindern gegen Hepatitis B – eine gefährliche Form der Gelbsucht.^a Ziel sei es, dadurch möglichst viele Impfungen zu erreichen und die Krankheit, mit der sich viele Jugendliche infizieren, gänzlich auszurotten.⁵ Doch Sinn, Nutzen und Kosteneffizienz der flächendeckenden Hepatitis B-Impfung sind fraglich. Nicht so die Gewinne für die Pharma-Industrie. Ihr beschert das Impfprogramm ein Umsatzplus in Milliardenhöhe. Und damit keine Impfmüdigkeit aufkommt, hilft die Industrie gerne nach: Der Konzern SmithKline Beecham, der die gentechnisch hergestellten Impfstoffe produziert, finanzierte zur Markteinführung seines Kombi-Impfstoffes Twinrix® (gegen Hepatitis A und B) eine breit angelegte Impfkampagne an deutschen Schulen.

Ein Bündnis aus Schulbehörden, Ministerien, Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Ärzte-Verbänden warb im Sommer 1998 für die flächendeckende Impfung von Kindern und Jugendlichen. Unter dem Motto „Ein Projekt macht Schule“ wurden Eltern, LehrerInnen und SchülerInnen mit Postern, Broschüren, Diaserien und Videofilmen versorgt, die ihnen die „verkannte Gefahr“ vor Augen führen sollten.⁶ Das eindrucksvolle Infopakete wurde von Marketingfirmen kostenlos zur Verfügung gestellt. Obendrein inszenierten die Werbeleute den Wettbewerb „Take-Care“: Schulen mit hoher Impfquote nahmen an einer Verlosung von Freikarten für Konzerte mit Guido Horn, DJ Bobo oder den Mofats teil. Potenter Auftraggeber des Werberummels war der Pharmakonzern SmithKline Beecham.⁷ Die Verantwortlichen in Ministerien und Behörden ließen sich davon nicht irritieren. Schließlich scheint die Nutzen Risiko-Bilanz für Jugendliche auf den ersten Blick positiv: Jährlich erkranken geschätzte 50.000 Menschen an Hepa-

titis B - ein Viertel davon sind Jugendliche zwischen 15-25 Jahren. Sie infizieren sich durch Geschlechtsverkehr oder über direkten Blutkontakt, etwa beim Gebrauch intravenöser Drogen. In etwa zehn Prozent aller Fälle verläuft die Erkrankung chronisch – ein Drittel der Betroffenen muss mit chronisch aktiver Hepatitis B, Leberzirrhose und im Extremfall mit Leberkrebs rechnen. Komplikationen durch die Impfung scheinen dagegen gering, auch wenn man davon ausgehen muss, dass längst nicht alle unerwünschten Wirkungen gemeldet werden: Bei 12 Millionen Impfdosen für Kinder und Jugendliche wurden in Italien von 1991-1995 408 unerwünschte Wirkungen gemeldet. Davon wurden 28, hauptsächlich neurologische, als schwer eingestuft.⁸

Umstrittener Nutzen – mögliches Risiko

Doch die Hochrechnungen zur besonderen Gefährdung durch Hepatitis B gehen von einer hohen Dunkelziffer erkrankter Menschen aus. Tatsächlich registrierte das statistische Bundesamt 1997 nur 6.085 Hepatitis B-Erkrankte, obwohl es sich um eine meldepflichtige Erkrankung handelt. 190 PatientIn-

nen seien gestorben. Das Robert Koch Institut geht dagegen von bis zu 4000 Todesfällen aus. Eine Nutzen-Risiko-Kalkulation, die auf statistisch nicht belegten Dunkelziffern beruht, wirft Zweifel auf. Darüber hinaus setzte Frankreich am 1.10.95 sein Impfprogramm gegen Hepatitis B an Schulen vorübergehend aus. Es sollte geklärt werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Impfung (Vakzine HB VAX F) und einem vermehrten Auftreten von Multiple Sklerose (MS) besteht.⁹ Auch wenn bisher keine neue Erkenntnisse vorliegen, die den Verdacht bestätigen, ist Vorsicht geboten. Denn alle Studien zur Hepatitis B-Impfung überblicken höchstens 15 Jahre. Langzeit-Wirkungen von Massenimpfungen sind dagegen erst nach mehreren Jahrzehnten nachweisbar.¹⁰ Nutzen und möglicher Schaden müssen also sorgfältig abgewogen werden.

Horrende Kosten – satte Gewinne für die Industrie

Auch die Kosteneffizienz von flächendeckenden Hepatitis B-Impfungen darf angezweifelt werden. Ein zuverlässig eingehaltenes Impfprogramm für alle PatientInnen mit sexuell übertragbaren Krankheiten wäre nach einer Modellrechnung für Großbritannien innerhalb der nächsten 50 Jahre als Mittel zur Durchbrechung der Infektionsketten wirksamer und kosteneffektiver als die Immunisierung aller Säuglinge. Und weil der Impfschutz nicht bis ins Jugendalter hinein anhält, ist ein Nachimpfen nach etwa zehn Jahren erforderlich. Wirtschaftlichkeitsberechnungen zur Hepatitis B-Impfung gehen von einem Hersteller-Abgabepreis von 30 DM pro Kinderdosis aus. Aber der tatsächliche Preis liegt einschließlich Handelsaufschlägen und Mehrwertsteuer bei 75-103 Mark. Mit einer eingerechneten Auffrischimpfung ab dem elften Lebensjahr liegen die realistischen Kosten einschließlich aller Nebenkosten für einen Jahrgang von 800.000 Kindern bei 400-500 Millionen Mark.¹¹ Dennoch heißt es in einer Presseerklärung zum Konsensuspapier Impfprävention vom Mai 1997 generalisierend: „Die effizienteste Medizin ist die Prävention. Hierbei ist die Impfung bei weitem die Maßnahme mit dem günstigsten Kosten-Nutzen-Effekt.“ Da es sich bei Hepatitis B um eine sexuell

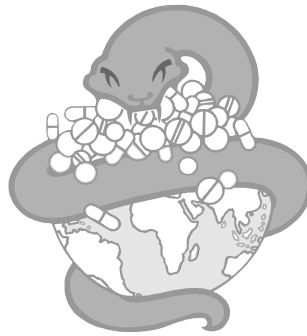
^a Nicht zu verwechseln ist die Hepatitis B mit der meist harmlos verlaufenden Hepatitis A, die über verseuchtes Wasser und Lebensmittel (oral) übertragen wird.



übertragbare Krankheit handele, so heißt es weiter, sei die Impfung in der Praxis die einzige Möglichkeit zur wirksamen Eindämmung.¹² Zweifellos könnte die Hepatitis B-Rate – wie im Fall von Aids - auch durch eine bessere Kontrolle von Blutprodukten gesenkt werden oder durch eine intensive Aufklärung von Jugendlichen über die Vorteile von Kondomen und die Infektionsgefahr für Drogenabhängige beim Gebrauch alter Spritzen. Aber solche Präventionsprogramme bedeuteten schlechte Aussichten für die Pharmaindustrie. Denn bei hohen Investitionskosten für einen neuen Impfstoff ist nur ein flächendeckendes Durchimpfen der Garant für satte Gewinne.⁷

Schulverbot für Infizierte?

Bis 1996 existierte eine Impfempfehlung lediglich für Risikogruppen wie medizinisches Personal, Drogenabhängige, Dialysepatienten, Homophile oder Personen mit häufig wechselnden GeschlechtspartnerInnen. Neuerdings wird dagegen eine akute Bedrohung für die gesamte Bevölkerung konstruiert. Etwa 500.000 chronische TrägerInnen des Virus in Deutschland seien ein riesiges Bedrohungspotential für alle Gesunden, suggerieren die Materialien zur Aktion: „Ein Projekt macht Schule“.¹³ „So reicht u.a. schon ein Millionstel Milliliter (100mal weniger als für HIV) infizierten Blutes oder eine geringe Menge Speichel für eine Infektion aus.“ Dennoch ist das Ansteckungsrisiko für Nicht-Risikogruppen bei einem verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität hierzulande als gering einzustufen.¹⁴ Durch eine bedenkliche Panikmache werden nicht zuletzt auch die AIDS-Aufklärungskampagnen konterkariert. Schon wird laut darüber nachgedacht, infizierten, ansonsten gesunden Kindern den Besuch von Schule oder Kindergärten zu verbieten.¹⁵ Aufklärung tut also tatsächlich Not. Aber Schulkampagnen der Pharma-Industrie sind sicher nicht der richtige Weg. (Cj)



In eigener Sache

Ein Kommen und ein Gehen

Nach knapp einem Jahr tatkräftiger Unterstützung hat uns unsere Kollegin Zoreh Rasti verlassen. Sie erwartet in Kürze ein Kind und ist in ihre Wahlheimat Berlin zurückgekehrt. Wir wünschen eine glückliche Geburt und den Eltern viel Geduld, Spaß und Ausdauer in ihrem neuen full-time-job! Zohreh wird uns als ehrenamtliche Mitarbeiterin erhalten bleiben, so dass wir auf ihre kompetente Mitarbeit nicht ganz verzichten müssen.

Stelle neu besetzt

Die Stelle von Zoreh ist seit Februar 2000 neu besetzt: Claudia Jenkes studierte Diplom-Journalistik in Dortmund und arbeitete mehrere Jahre als Zeitschriften-Redakteurin. Durch ihr langjähriges Engagement im Eine Welt Handel und in der Jugendarbeit ist sie mit entwicklungspolitischen Themen gut vertraut. In ihrer Diplomarbeit über „Friedensbewegung und Medien“ hat sie die Bedeutung der Massenmedien für politische Basisarbeit und Politisierungsprozesse kritisch hinterfragt. Dabei „entlarvte“ sie nicht nur friedensfeindliche Medienstrukturen, sondern beschrieb auch mögliche Gefahren wie Chancen intensiver Medienarbeit. Wir freuen uns auf eine lange und fruchtbare Zusammenarbeit mit ihr!



Mit Kind und Kegel unterwegs für die Pharma-Kampagne

Eine weitere wundersame Vermehrung steht uns ins Haus: Ende des Monats wird Christiane Fischer ihren Mutterschutz antreten und ihre sprühende Energie kurzfristig auf häusliche und ehrenamtliche Tätigkeiten richten. Schon im Sommer will sie ihre Arbeit bei der Pharma-Kampagne wieder aufnehmen und womöglich reist sie sogar Ende des Jahres mit Kind und Kegel durch die Weltgeschichte - zur People's Health Assembly in Bangladesh. Wir wünschen einstweilen alles Gute!

Der Pharma-Brief ist Mitglied der International Society of Drug Bulletins

- 5 Hepatitis B-Impfung für alle Säuglinge? In: *arznei-telegramm* 3/97, S.33
- 6 Hepatitis B – die verkannte Gefahr für Jugendliche. Einladung zur Pressekonferenz am 29.5.98. Ein Projekt in Hamburg, Bremen und Niedersachsen zur Förderung und Akzeptanz der Impfung.
- 7 Erika Feyerabend: Um die Wette geimpft. *Genethischer Informationsdienst* Nr. 135/136, Okt/Nov. 1999, S. 36
- 8 Nochmals: Hepatitis B-Impfung für Kinder und Jugendliche: In: *arznei-telegramm* 6/99, S. 63.
- 9 Multiple Sklerose durch Hepatitis B-Impfung. *arznei-telegramm* 11/1998, S. 104; siehe auch: Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit (Schweiz) vom 29.6.1998, abgedruckt in: *Soziale Medizin* 4/1999
- 10 Richard Seah: Vaccination: Protection or harm? In: *Utusan Konsumer* 4/1996 S. 16; sowie C.-C. Geck: Flächendeckende Hepatitis-Impfung. Wirtschaftlicher Coup oder volksgesundheitliche Notwendigkeit? In: *Mabuse* 107, Mai/Juni 1997, S. 4 f. Der Autor verweist auf zwei valide medizinische Veröffentlichungen, die einen Zusammenhang zwischen Allergien und Impfungen aufzeigen.
- 11 Hepatitis B-Impfung für alle Säuglinge? In: *arznei-telegramm* 3/1997, S.33
- 12 Konsensuspapier Impfprävention vom Mai 1997 unter Federführung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CDU (GPA) sowie der Bayerischen Gesellschaft für Immun-Tropenmedizin und Impfwesen e.V.
- 13 Hepatitis B – die verkannte Gefahr für Jugendliche. Einladung zu einer Pressekonferenz zur Aktion: „Ein Projekt macht Schule“. Ein Projekt in Hamburg, Bremen und Niedersachsen zur Förderung und Akzeptanz der Impfung.
- 14 Zum Ansteckungsrisiko vgl. auch: Wichtige Indikations- und Reiseimpfungen: In *Arzneimittelbrief* Jg. 32, Nr. 9/1998, S. 66
- 15 Pressemitteilung zum Konsensuspapier Impfprävention vom Mai 1997 unter Federführung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CDU (GPA) sowie der Bayerischen Gesellschaft für Immun-Tropenmedizin und Impfwesen e.V.; Vgl. auch: C.-C. Geck: Flächendeckende Hepatitis B-Impfung. In: *Mabuse* 107, Mai/Juni 1997, S. 5

Armut macht auch in Deutschland krank

Ausgegrenzt von unserer Wohlstandsgesellschaft leben Obdachlose und Flüchtlinge auf der Straße oder von Gesetzen in die Illegalität getrieben. Darüber berichteten Barbara Kroll von *Street Med* und Christiane Danowski von *Brot und Rosen* am 23. März bei einer Veranstaltung der BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld.

Flüchtlinge und Obdachlose werden als störend empfunden, ohne Lobby und Macht sind sie der Möglichkeit beraubt, ihre Rechte einzufordern, eine bessere Wahl im Leben zu haben. Das Menschenrecht auf Gesundheit bleibt ihnen verwehrt. Sie haben in Mitten eines reichen Landes häufig keinen Zugang zu Gesundheitsdiensten und unentbehrlichen Arzneimitteln. Armut macht sie hier genauso krank wie Menschen in der Dritten Welt.



Street Med im Einsatz

Foto: W. Krüper, aus: *Leben in Bethel*, Heft 3, S. 6

Organisationen, die sich für die Würde und das Selbstbestimmungsrecht dieser Menschen einsetzen, sind z.B. *Street Med* in Bielefeld und die diakonische Basisgemeinschaft *Brot und Rosen* in Hamburg.

Hausbesuche auf der Straße

Wenn die Ärztin Barbara Kroll bei ihren PatientInnen einen Hausbesuch macht, fährt sie mit ihrer mobilen Ambulanz z.B. zur Ravensberger Spinnerei in Bielefeld, wo eine Gruppe Obdach-

loser den Tag verbringt – es sei denn, sie wurden vorher von der Polizei vertrieben. Mit einem ehemaligen Rettungswagen und nicht mehr als zwanzig Medikamenten behandelt sie die meisten Erkrankungen. Denn zu „normalen ÄrztInnen“ gehen ihre PatientInnen nicht. Sie haben nicht den Mut, sich ungewaschen, vielleicht auch mit Läusen im Haar, in ein Wartezimmer zu setzen. Und wenn einE PatientIn einmal ins Krankenhaus muss, bedarf es der Überredungskunst oder auch der geballten Autorität der Ärztin, die Krankenwagenfahrer zu überzeugen, sie/ihn mitzunehmen.

Die Arbeit von *Street Med* ist erfolgreich, mit kleinen Schritten erzielt sie große Wirkungen: Wenn Drogenabhängige beginnen, eine saubere Spritze zu verwenden, ist dies ein erster Schritt auf dem Weg, wieder Verantwortung für ihren Körper und ihre Gesundheit zu übernehmen.

Kein Mensch ist illegal

Illegale Menschen gibt es nicht, aber deutsche Gesetze, die Menschen illegalisieren, sie ihrer Rechte und Menschenwürde berauben. Selbst wenn sie nicht illegalisiert wurden, haben Flüchtlinge dank eines menschenunwürdigen Asylbewerberleistungsgesetzes kaum Zugang zu medizinischer Versorgung. Nur eine Notfallversorgung wird ihnen zugestanden, doch nicht die Behandlung chronischer Krankheiten, wie z.B. AIDS in der Frühphase. Die Basisgemeinschaft *Brot und Rosen* in Hamburg lebt gemeinsam mit Flüchtlingen in ihrem Haus und setzt sich zusammen mit ihnen für deren

Menschenrechte ein. Doch immer wieder stoßen sie an Grenzen. Ein Bewohner litt unter schweren Depressionen und musste über längere Zeit psychiatrisch behandelt werden. Doch dies ist in dem gesetzlichen Leistungskatalog für AsylbewerberInnen nicht vorgesehen und so kostete es viele Wochen an Zeit und Kraft, ihm dennoch eine angemessene Behandlung zu vermitteln. Aber das gelingt nicht immer: Oft werden auch Menschen abgeschoben, die selbstmordgefährdet sind.

Sie werden soweit mit Psychopharmaka „behandelt“, dass sie die Reise überstehen.

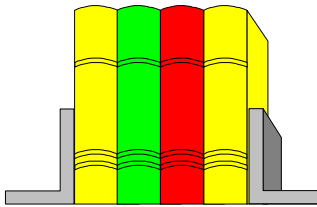
Auch Menschen mit anderen schweren Erkrankungen droht die Abschiebung – selbst wenn sie in ihren Herkunftsländern nicht ausreichend behandelt werden können. Eine Frau starb in Bosnien an schwerstem Asthma. Die deutschen Behörden hatten ihr zuvor bescheinigt, dass sie aus medizinischer Sicht ausgewiesen werden könne.

Armut macht Menschen krank – auch im reichen Deutschland. *Street Med* und *Brot und Rosen* sind zwei ermutigende Beispiele für Organisationen, die sich für das Menschenrecht für *Gesundheit für Alle* in Deutschland einsetzen. (CF)

Dokumentiert

Grüne für solidarische Krankenversicherung

Die Bundesdelegiertenkonferenz von Bündnis 90/Die Grünen hat im März 2000 in Karlsruhe mit überwältigender Mehrheit beschlossen: „Die Partei Bündnis 90/Die Grünen schützt und fördert das System der gesetzlichen Krankenversicherung als einen der Grundpfeiler des deutschen Sozialstaates. Die gesetzliche Krankenversicherung gilt auch im internationalen Vergleich als Modellfall für eine solidarische Absicherung der Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall. Die Partei Bündnis 90/Die Grünen tritt jedem Versuch entgegen, das System der gesetzlichen Krankenversicherung auszuhöhlen und für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendige Leistungen aus der solidarischen Finanzierung auszugliedern. Die Partei Bündnis 90/Die Grünen setzt sich im Gegenteil dafür ein, dass auch Leistungen der besonderen Therapierichtungen - sofern ihr Nutzen für die PatientInnen erkennbar ist - in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.“



Neue Bücher

Krankenhaus-Report '99

Jeder zweite Krankenhaus-Patient ist laut dem neu erschienenen Krankenhaus-Report der AOK chronisch krank. Über die Hälfte aller Krankenhaus-Fälle und 63 Prozent der Kosten entfallen auf diese Gruppe. Die Versorgung chronisch Kranker sei damit eine der größten medizinischen Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Wir fassen im Folgenden einige Kernaussagen des Reports zusammen.

Herzkrankheiten, Asthma und Diabetes zählen zu den häufigsten chronischen Krankheiten. „Eine besser auf die Probleme des Kranken abgestimmte ambulante Behandlung, sowie eine frühestmögliche Schulung im Umgang mit seiner Krankheit könnte in vielen Fällen einen stationären Aufenthalt überflüssig machen.“¹⁶ so die AutorInnen der Studie. Dies wäre nicht nur eine angenehmere und gesundheitsfördernde Alternative für die Kranken. Die intensive ambulante Betreuung senkt auch die Kosten. Im Fall von Diabeteserkrankungen ließen sich so z.B. bundesweit etwa 700 Millionen Mark Krankenhauskosten einsparen.¹⁷

Sind Niederländer gesünder?

In Deutschland gibt es im Verhältnis fast doppelt so viele Krankenhausaufenthalte und Krankenhausbetten wie in den Niederlanden. Außerdem existieren hierzulande etwa doppelt so viele Fachärzte. Der Grund dafür liegt zum guten Teil im niederländischen Hausärzte-System. Nur der Hausarzt ist direkt für PatientInnen zugänglich. Fachärztliche Betreuung gibt es nur – und zwar auch ambulant – im Krankenhaus. Dass eine poliklinische Betreuung in deutschen Krankenhäusern

fehlt, trägt entscheidend zur hohen Anzahl stationärer Behandlungen bei.

Volkskrankheit Asthma

Fünf bis sechs Prozent aller Erwachsenen und etwa zehn Prozent der Kinder leiden in Deutschland unter Asthma. Die Tendenz ist in allen hochzivilisierten Ländern steigend. Die Aufwendungen für Asthma bronchiale betragen 1992 bundesweit gut fünf Milliarden Mark. Die Krankheit kann bis auf wenige Ausnahmen mit den verfügbaren Behandlungsmethoden gut behandelt werden. Die Schwere der Krankheit werde allerdings häufig von ÄrztInnen und PatientInnen unterschätzt und daher zu wenig oder falsch therapiert, so Klaus Kenn. Im Fall von Asthma bronchiale resultiere die Notwendigkeit stationärer Behandlung demnach meist aus einer unzureichenden ambulanten Betreuung.¹⁸

Heilen statt reparieren

Schwer fassbare psychosoziale Aspekte chronischer Krankheiten kommen laut Krankenhaus-Report in der Behandlung insgesamt zu kurz. Die Krankheit werde häufig mit Hilfe von Arzneimitteln oder operativen Eingriffen zu „reparieren“ versucht.¹⁹ Wichtig sei es, Prävention und Rehabilitation stärker ins Gesundheitswesen zu integrieren und die Eigenverantwortung der PatientInnen sowie ihre Selbstheilungskräfte – etwa mit Hilfe von PatientInnenschulungen – zu stärken. Cj

Arnold/ Litsch/ Schwarz (Hrsg.) Krankenhaus-Report '99, Schattauer-Verlag, Stuttgart 2000 (432 Seiten und CD-ROM, 79 DM); ISBN 3-7945-2022-X

Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen

5-10% der Krankenhauseinweisungen sind durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) bedingt.

Bei 5% aller Anwendungen von Medikamenten treten UAW auf, besonders hoch ist das UAW-Risiko bei älteren PatientInnen. Die Hälfte der UAWs wären prinzipiell vermeidbar und beruhen häufig auf fehlerhafter Dosierung. Diese Zahlen machen die Notwendigkeit deutlich, ärztliche Infor-

mation nicht nur in Bezug auf die Wirksamkeit, sondern auch in Bezug auf das Risiko neuer Substanzen zu verbessern.

57 AutorInnen aus dem Umkreis der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft haben es in dem *Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen* geschafft, diese wichtigen Informationen ÄrztInnen und ApothekerInnen in komprimierter und kritischer Form zugänglich zu machen. Die UAW sind dabei übersichtlich und für Fachkreise gut verständlich in 21 Gruppen zusammengefasst (von Analgetika bis Zytostatika). Die UAW der jeweiligen Gruppen werden den Organ-System-Klassen der WHO (von generalisierte Störung bis Verdauungssystem) zugeordnet.

Eine gute Ergänzung des Nachschlagewerks ist der Teil B des Buchs: darin werden die pharmakologischen Grundlagen und Methoden bei der Erfassung von UAW übersichtlich dargestellt. Fazit: Ein empfehlenswertes Buch für praktisch und klinisch tätige ÄrztInnen und ApothekerInnen, das der eigenen Kenntniserweiterung und der fundierten Beratung von VerbraucherInnen nützt. (CF)

B. Müller-Oerlinghausen, R. Lasek, H. Düppenbecker, K-H; *Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen*, Urban & Fischer, München 1999 (753 Seiten; 198 DM); ISBN: 3-437-21240-0

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), Claudia Jenkes, Christiane Fischer

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.

¹⁶ WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK), Presse-Information zum Krankenhaus-Report vom 21.12.99.

¹⁷ Studie der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen, zitiert nach WIdO aaO.

- 18 K. Kenn: Volkskrankheit Asthma. In: Arnold/ Litsch/ Schwarz (Hrsg.) Krankenhaus-Report '99, Stuttgart 2000, S. 28.
- 19 M. Arnold, A. Helou, F. W. Schwartz: Plädoyer für die Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. In: Arnold/ Litsch/ Schwarz (Hrsg.) Krankenhaus-Report '99, Stuttgart 2000.



Aus aller Welt

Gen-iale Gehirnwäsche

Genetisch veränderte Nahrungsmittel sind bei asiatischen und europäischen VerbraucherInnen unbeliebt und haben wenig Marktchancen. Damit diese Ablehnung nicht auf die USA übergreift, starten mehrere Multis jetzt eine groß angelegte Werbekampagne.

Die Koalition aus sieben Multis, zu denen auch die BASF, Aventis und Novartis gehören, will in drei Jahren über eine Milliarde DM ausgeben, um vor allem die nordamerikanischen Verbraucher bei der Stange zu halten. Ungefähr 60% der Lebensmittel in US-Supermärkten enthalten genmanipulierte Bestandteile. „Gegenwärtig“, so DuPont Sprecherin Kathy Forte, „haben die meisten keine Ahnung davon. Aber Forschungen zeigen, dass die Menschen, wenn sie sich dessen bewusst werden, in eine negative oder skeptische Position verfallen. Unser Gefühl sagt uns, wir sollten eine Botschaft über die positiven Aspekte herausbringen, solange die Leute indifferent sind.“²⁰

Die weltweite Werbekampagne soll auch eine Internet-Site, Broschüren und eine kostenlose Telefonnummer beinhalten. Botschaften wie die Behauptung, die Biotechnologie bringe nahrhaftere Lebensmittel oder weniger Pestizideinsatz sollen ebenso unter die Leute gestreut werden, wie das Anpreisen der Gentechnologie gegen den Hunger in der Welt. Bauern in der Dritten Welt haben da bislang eher gegenteilige Erfahrungen gemacht: Monsanto, eine der beteiligten Firmen, hatte mit genmanipuliertem unfruchtbares Saatgut von sich Reden gemacht. Die Bauern in Indien hatten die Versuchsfelder schließlich angezündet, damit sie nicht zukünftig jedes Jahr neues Saatgut von Monsanto kaufen müssen. (JS)

Was der Psyche nützt

Depressionen kann man durch eine Problemlösungstherapie ebenso wirksam behandeln wie durch Medikamente. Zu diesem Ergebnis kommt eine neue Studie aus Großbritannien.²¹

151 PatientInnen mit schweren Depressionen nahmen an der Studie teil und bildeten vier Versuchsgruppen. Eine Gruppe wurde ausschließlich mit den Antidepressiva Fluvoxamin oder Paroxetin behandelt. Eine andere erhielt zusätzlich eine Problemlösungstherapie. Zwei weitere Gruppen erhielten eine Problemlösungstherapie mit einem ausgebildetem Allgemeinarzt oder mit einer speziell geschulten Krankenschwester. Nach sechs, zwölf und 52 Wochen wurde der Erfolg der zwölfwöchigen Behandlung jeweils mit Hilfe von vier anerkannten Verfahren überprüft.

PatientInnen aller Behandlungsgruppen zeigten nach der Behandlung eine deutliche Besserung. Allerdings waren alle vier Therapieformen annähernd gleich wirksam. Selbst im Trend schnitt die medikamentöse Therapie nicht besser ab. Die Problemlösungstherapie erwies sich damit als effektive Behandlungsmethode bei Depressionen. Sie ist ziel- und gegenwartsorientiert und hilft den Erkrankten, ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Gesundheit zu nutzen.

Das Fazit der AutorInnen der Studie: Bei PatientInnen mit Depressionen mittlerer Schwere, die sich aktiv an der psychologischen Behandlung beteiligen möchten, ist die Problemlösungstherapie eine angemessene Behandlung. Weniger geeignet sei die Therapieform für PatientInnen mit Konzentrations- oder Motivationsmängeln. Außerdem fehlten derzeit gut informierte HausärztInnen mit entsprechendem Zeitbudget, bzw. geschulte Krankenschwestern. Hier sei in Zukunft Abhilfe zu schaffen. (Cj)

²⁰ Ann Doherty, *Pandora* 25.3.2000

²¹ Laurence M. Mynors-Wallis, Dennis H Gath, Ann Day, Frances Baker: Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. In: *British Medical Journal*, Volume 320, 1. January 2000, p. 26-30.

Frische aus toten Tieren?

Seit dem 16. Februar sind Frischzellenbehandlungen in Deutschland wieder erlaubt. Das Bundesverfassungsgericht erklärte das Verbot aus dem Jahr 1997 aus formalen Gründen für verfassungswidrig und somit aufgehoben.

Laut Gesetz soll das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Markteinführung von neuen Arzneimitteln überwachen und Verbote aussprechen. Die Karlsruher Verfassungsrichter sahen aber in den Frischzellen kein Präparat, das an Dritte weitergegeben und in den Handel gebracht werde. Ärzte stellen das Arzneimittel selbst her und verabreichen es unmittelbar ihren PatientInnen.²² In fünf deutschen Sanatorien finden derzeit Frischzellenbehandlungen statt. Die Zellen, die aus den Föten von Lämmern gewonnen werden, sollen angeblich menschliche Zellen reaktivieren. Die Behandlung ist aus medizinischer Sicht riskant und ihr therapeutischer Nutzen äußerst fragwürdig.

Möglicherweise wird das Urteil auch die rechtliche Position anderer alternativer Behandlungsmethoden stärken. Eine solche Entwicklung wäre allerdings fatal und könnte der Scharlatanerie Tür und Tor öffnen. Ärztliche Erfahrungswerte allein reichen schließlich nicht aus, um Schaden und Nutzen von Medikamenten sorgfältig abzuwägen. Auch alternative Therapien müssen sich an validen medizinischen Studien messen lassen. Der in den Medien hergestellte Zusammenhang, dass neue sinnvolle Therapien – wie z.B. die medizinisch indizierte Gabe von Cannabis-Produkten – durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts gefördert würden, ist irreführend. Sinnvolle Therapien können und sollten den ganz normalen Zulassungsprozess durchlaufen (Cj)

²² Ursula Knapp: Frischzellentherapie ist rechtens.

Das Letzte

„Die meisten mögens unabhängig – oder wenigstens dass es so aussieht.“

Die Sonderbeilage Pharma-PR der *Arzneimittelzeitung* über Infoquellen von Journalisten.