

PHARMA- BRIEF



Nr. 1/2003

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

Januar/Februar 2003

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

Transparenz und Qualität

Reformen in der Arzneimittelversorgung notwendig

In der aktuellen deutschen Reformdebatte geht es schon wieder zu viel ums Geld und zu wenig um Qualität. Das ist bedauerlich, denn sowohl die Eckpunkte der Gesundheitsministerin als auch das Gutachten des Sachverständigenrates bieten Ansatzpunkte für dringend notwendige Verbesserungen. Ein Schlüsselement ist die Stärkung der PatientInnensouveränität, doch die ist ohne umfassende Transparenz nicht zu haben. Gerade im Arzneimittelbereich sind viele Qualitätsverbesserungen möglich und wünschenswert.

Das Gesundheitssystem wird zunehmend als lästiger Kostenfaktor gesehen, so könnte man die Wahrnehmung in weiten Teilen der Presse, aber auch Statements von vielen PolitikerInnen zusammenfassen. Auf Basis des Gutachtens des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen (SVR) wird ein Einsparvolumen von 40 Mrd. € errechnet.¹ Doch woher soll das Geld kommen? Der Sachverständigenrat kritisiert zu Recht die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und Verschiebeparkplätze wie die Senkung der Beiträge für Arbeitslose oder Geringverdiener durch das Hartz-Konzept. Hier wäre als Zahler der Staat gefragt. Eine private Unfallversicherung würde aber die BeitragszahlerInnen zehn Mrd. € pro Jahr an zusätzlichen Prämien kosten.² Weitere kontroverse Vorschläge wie eine breitere Einnahmehierarchie durch die Berücksichtigung von Zins- und Mieteinnahmen werden sicherlich in der Öffentlichkeit breit diskutiert werden.

In dem Gutachten des Sachverständigenrats geht es aber nicht nur ums Geld. Es besteht aus drei Teilen: Fi-

nanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Die beiden letzteren Themen sind aus gesundheitspolitischer Sicht die wichtigeren. Ansatzpunkte zu einer Verbesserung der Versorgung bietet auch das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS).³ Deshalb soll es hier um notwendige Qualitätsverbesserungen in der Arzneimittelversorgung gehen.

PatientInnen im Mittelpunkt?

Das BMGS hat in seinen Eckpunkten die „Stärkung der Patientensouveränität und -rechte“ in den Mittelpunkt gestellt und bezeichnet „Patienten als Partner“. Sie sollen besser über die Leistungen, die sie nutzen (können), informiert werden und so „zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen.“ PatientInnen sollen „Informations- und Anhörungsrechte beim geplanten ‚Zentrum für Qualität in der Medizin‘ und bei den Bundesausschüssen“³ erhalten (mehr dazu weiter unten). Darüber hinaus soll die Stelle eines „Patientenbeauftragten“ auf Bundesebene eingerichtet werden.

Editorial

Liebe LeserInnen, die Gesundheitsdebatte in Deutschland ruft nach Einmischung. Wir sollten das Thema nicht Lobbyisten allein überlassen. Wir wollen eine bessere Arzneimitteltherapie auch hierzulande. Transparenz ist ein Schlüssel für eine bessere Qualität der Versorgung. Darauf wollen wir mit dem Leitartikel hinweisen.

Letztes Jahr war unsere Kampagne gegen Direktwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel äußerst erfolgreich (S. 5). Aber zum zweiten Mal hat die EU ein Projekt von uns abgelehnt. Wenn wir nicht zusätzliche Unterstützung durch Sie erhalten, können wir solche Aktionen nicht mehr durchführen. Wenn auch Sie meinen, dass fundierte Kritik unentbehrlich ist, werden Sie Fördermitglied bei uns.

Ganz herzlichen Dank!

Ihr

Jörg Schaaber

- **Pflanzenmedizin:**
Echinacin hilft nicht 3
- **Privatisierung:**
Schlecht für die Gesundheit.... 4
- **Zugang zu Arzneimitteln:**
Keine Fortschritte bei WTO ... 5
- **Neue Bücher:** 7

Das Ministerium sagt aber nichts zur Beteiligung von BürgerInnen an der Diskussion über die geplanten Reformen. Dies ist jedoch ein entscheidender Punkt, denn schließlich sind es am Ende immer die Kranken, die die bitteren Pillen schlucken müssen. Bislang ist noch jede substanzielle Reform an den mächtigen Lobbyinteressen der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und der Pharmaindustrie gescheitert. Der Sachverständigenrat fordert deshalb richtigerweise eine Partizipation von BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen auf der Ebene der Systemgestaltung. Die konkreten Vorschläge der Sachverständigen beschränken sich allerdings auf einen „Versichertenrat“, der aus erweiterten Sozialwahlen bei den Krankenkassen hervorgehen soll.

Zu fordern ist aber auch eine direkte BürgerInnenbeteiligung durch Verbraucher- und PatientInnengruppen, Gesundheitsläden und Andere, die im Interesse des Allgemeinwohls handeln (sog. *public interest groups*). Der Sachverständigenrat macht es sich zu leicht, wenn er solche Gruppen wegen der „Gefahr einer ‚Unterwanderung‘ sachgerechter Entscheidungen [... und der] Beeinflussung von Betroffenen-Organisationen und Patientenvertretern durch problemnahe Interessengruppen, z.B. durch finanzielle Förderung“⁴ nicht in seine Überlegungen einbezieht. Stattdessen wäre es erforderlich, die politische Partizipation an klare Transparenzkriterien zu knüpfen: Was sind die Ziele der jeweiligen Gruppe, wie entwickelt sie ihre Meinungen, wie wird sie vertreten und wie finanziert sie sich? Vor allem das letzte Kriterium kann und muss zum Ausschluss von „U-Booten“ fremder Interessen dienen. Denn nicht wenige sogenannte Patientenorganisationen hängen am Tropf der Pharmaindustrie oder stützen sich auf den Rat von ExpertInnen, die von der Industrie gekauft sind.

Transparenz ist Vorbedingung

Nicht nur, wer gut behandelt werden möchte, auch wer effizient an der gesundheitspolitischen Debatte teilnehmen will, muss erfahren können, wozu es überhaupt geht. Deshalb ist Transparenz nicht nur für einzelne PatientInnen wichtig, sondern auch für

den Prozess der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Doch genau damit ist es in Deutschland schlecht bestellt.

Wir erfahren nichts über die Qualität der derzeit praktizierten Versorgung. Auch der Sachverständigenrat behilft sich deshalb mit Untersuchungen aus den USA. Er kommt zu dem Schluss, dass zwischen 15.000 und 41.000 Menschen hierzulande an vermeidbaren Behandlungsfehlern sterben.² Daten des Bremer Erfassungssystems legen nahe, dass in Deutschland 16.000 Menschen jährlich an unerwünschten Arzneimittelwirkungen sterben.⁵

Nach welchen Vorgaben werden PatientInnen in Deutschland eigentlich behandelt? Es gibt inzwischen zwar eine Reihe von Leitlinien, aber ihre Qualität ist unterschiedlich.⁶ Welche Rolle sie in der alltäglichen Praxis spielen ist wenig untersucht. Es gibt kaum Transparenz über die Art, wie sie erstellt werden und erst Recht keine PatientInnenbeteiligung.

Zentrum für Qualität

Die in den Eckpunkten des Gesundheitsministeriums angekündigte Gründung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin ist also eine überfällige Maßnahme. Es wird darauf ankommen, das vorhandene Wissen zur Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten zu bewerten und in Behandlungsleitlinien umzusetzen. Dies soll und muss in einem transparenten Prozess geschehen. Eine weitere wichtige Rolle käme dem Institut bei der Prävention von Krankheiten zu. Es ist zu begrüßen, dass das BMG PatientInnen Informations- und Anhörungsrechte bei dem Zentrum geben will.

Die Notwendigkeit einer Institution, die Therapieverfahren laufend kritisch bewertet, wird auch von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AMK) betont. Allerdings möchte die AMK diese Aufgabe am liebsten selbst wahrnehmen. Sie warnt vor möglichen Beeinflussungen durch Kassen, Regierung oder Industrie.⁷ Allerdings hat das Gesundheitsministerium in den Eckpunkten betont, dass das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin „staatsfern“ und „von Interessengruppen unabhängig“ sein

soll.³ Dies sind in der Tat unabdingbare Anforderungen an eine Institution, die glaubwürdige Therapieratschläge erarbeiten soll.

Transparenz bei Arzneimitteln

Gerade im Zusammenhang mit der Bewertung von Arzneimitteln gibt es erhebliche Defizite. Das fängt bereits mit der Datengrundlage an: Hersteller veröffentlichen längst nicht alle Studien, die sie zu Arzneimitteln anfertigen. Da es kein Register für Medikamentenversuche gibt, ist es einfach, negative Ergebnisse zu unterdrücken. Bereits bei der Zulassung von Medikamenten müsste deshalb Transparenz hergestellt werden: Auf Basis welcher Studien wurde ein Medikament zugelassen und wie ist die wissenschaftliche Diskussion innerhalb der Behörde verlaufen? In Deutschland bleibt das geheim, in den USA dagegen findet diese Diskussion öffentlich statt und ein Wortprotokoll ist erhältlich. Kritische Bewertungen zu neuen Arzneimitteln basieren nicht selten auf der Auswertung der bei der US-Zulassungsbehörde FDA öffentlich zugänglichen Herstellerstudien durch unabhängige WissenschaftlerInnen.

Verschreiben ohne zu Wissen?

Selektive Publikation von Ergebnissen und mitunter sehr schnelle Zulassungen führen zu dem paradoxen Zustand, dass ÄrztInnen bei neuen Medikamenten oft kaum brauchbare Informationen über den therapeutischen Nutzen der Novitäten finden. Eine kanadische Studie ergab, dass bei den meisten neuen Mitteln, die 1999 und 2000 zugelassen wurden, zum Zeitpunkt der Zulassung kaum brauchbare Studien veröffentlicht waren. Oft gab es nur wenige Studien, oder das Mittel war nur an sehr wenigen Personen erprobt worden. Medikamente zur Langzeitanwendung wurden nur über einen sehr kurzen Zeitraum getestet und zum Teil wurde nicht gegen etablierte Medikamente, sondern nur gegen Placebo getestet.⁸ Die kanadischen Ergebnisse sind auf Deutschland übertragbar, da fast alle betroffenen Mittel auch hierzulande auf den Markt kamen und die Literatursuche international war. Wie aber sollen ÄrztInnen eine vernünftige Arzneimittelauswahl tref-

fen, wenn ihnen grundlegende Informationen vorenthalten werden?

Mindestens ebenso bedenklich ist, dass es bestimmte Studien gar nicht gibt. Mitunter fehlen für neue Medikamente Vergleiche mit der etablierten Therapie. Nichtmedikamentöse Alternativen oder sinnvolle Begleitbehandlungen werden selten mit untersucht, denn damit lässt sich kein Geld verdienen. Hier könnte ein Qualitätszentrum sinnvolle Forschung anstoßen.

Ein weiteres Problem ist die Qualität von veröffentlichten Studien. Das Qualitätszentrum wird auf Transparenz bei der Erstellung von Arzneimittelstudien dringen und kritisch nach Sponsoren fragen müssen. Eine Untersuchung von 1140 Medikamenten-Studien durch die Yale University ergab, dass industrie-sponsernte Studien 3,6 mal so häufig zu positiven Ergebnissen kamen wie die von unabhängigen ForscherInnen.⁹

Extremste Form der Manipulation ist die Fälschung von Studienergebnissen in Publikationen. Dafür sind die COX-2 Hemmer, eine neue Gruppe von Antirheumatika, ein trauriges Beispiel. Die Ergebnisse von zwei Studien wurden für die Veröffentlichung in renommierten Fachzeitschriften gezielt verfälscht.¹⁰ In einem Fall wurde die bessere Verträglichkeit nach sechs Monaten hervorgehoben, aber weggelassen, dass es nach 12 Monaten keine Unterschiede mehr gab. Bei der zweiten Studie wurden nur Nebenwirkungen genannt, die seltener auftraten, aber die höhere Gesamtsterblichkeit verschwiegen.

Zu fordern ist deshalb ein öffentliches Register für alle Arzneimittelversuche an Menschen. Daraus müssen Ziel der Studie und Sponsoren ebenso hervorgehen, wie die Begründung des Ethik-Komitees für die Genehmigung der Studie. Dies würde eine Verheimlichung von ungünstigen Ergebnissen erschweren und wahrscheinlich auch etliche unsinnige Studien von vornherein verhindern.

Risiko-Transparenz

Da Arzneimittel nicht nur helfen, sondern auch schaden können, ist eine Überwachung der Risiken unbedingt erforderlich. Vor allem neue Arzneimittel sind noch an so wenig PatientInnen

getestet, dass unbekannte Risiken wahrscheinlich sind. Die gegenwärtig praktizierten Spontanmeldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfassen selbst bei schweren Komplikationen nur jeden zehnten Fall.¹¹ Deshalb sind Pharmakovigilanz-Zentren, die gezielt Risiken aufspüren, unentbehrlich. Mindestens ebenso wichtig ist, was mit den erfassten Daten geschieht. Sie müssen zeitnah bewertet werden, öffentlich zugänglich sein und vor allem muss die Bewertung auch in regulatorisches Handeln münden.

Beratung tut Not

Qualitätsverbesserung muss auf mehreren Ebenen ansetzen. VerschreiberInnen haben selbst einen hohen Fortbildungs- und Beratungsbedarf. Dabei muss die Unabhängigkeit der vom BMGS geforderten regelmäßigen Weiterbildung von Kassen-ÄrztInnen strikt kontrolliert werden.

PatientInnen brauchen unabhängige Beratung zu Arzneimitteln. Sie muss flächendeckend angeboten werden. (JS)

¹ Krankenkassen sollen breitere Beitragsbasis erhalten, *Frankfurter Rundschau* 25.2.2003

² Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Pressekonferenz vom 24.2.2003 zum Gutachten 2003 „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“
www.svr-gesundheit.de/pm03.pdf

³ Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens (Stand 5.2.2003) www.bmgsundheit.de/downloads-themen/aktuelles/Eckpunkte.pdf

⁴ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003 Kurzfassung S. 43 www.svr-gesundheit.de/gutacht/sogu03/03deut/kurz03.pdf

⁵ H. Wille, P.S. Schönhöfer, Arzneimittelsicherheit und Nachmarktkontrolle *Der Internist* 4/ 2002, S. 478

⁶ siehe Ver-Leitlinien? *Pharma-Brief* 2/2002, S. 2

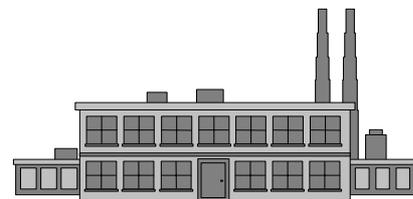
⁷ AkdÄ Newsletter 2003-012 vom 21.2.2003
www.akdae.de/49/index.html

⁸ Joel Lexchin, New drugs with novel therapeutic characteristics, *Canadian Family Physician*, 2002, 48, p. 1487-1492

⁹ Justin E. Bekelman/ Yan Li/ Cary P. Gross, Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research, *JAMA* Vol. 289, No. 4, 22./29. January 2003

¹⁰ Datenmanipulationen zu Gunsten der COX-2-Hemmer in VIGOR und CLASS, *arznei-telegramm* 9/2001, S. 87f, Kurzfassung in Steigende Kosten - Peter Schönhöfer, Sinkende Qualität, *Pharma-Brief* 1/2000, S. 4

¹¹ Peter Schönhöfer, Klinik-basierte Erfassung Arzneimittel-bedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System, *Arzneimitteltherapie* Heft 3/ 1999, S. 83



Konzern-Nachrichten

Echinacea: Keine Wirkung

Auf Plakatwänden übergießt sich ein winterlich gekleidetes Paar mit Wasser. Echinacin soll sie vor Erkältung schützen. Doch an dieser Behauptung ist nicht viel dran.



Vielleicht doch lieber das Medikament im Regen stehen lassen Foto: Jörg Schaaber

Mit dem suggestiven Slogan „Natur und Wissenschaft“ versucht der Hersteller sein Produkt Echinacin unter die Leute zu bringen. Doch die Wirkung des Produktes gegen Erkältung war schon lange zweifelhaft. Alle bisherigen Studien hatten gravierende Unzulänglichkeiten.¹² An einer US-Universität wurden jetzt 148 StudentInnen mit den Symptomen einer beginnenden Erkältung im Rahmen einer gut kontrollierten Studie mit Echinacea oder Placebo versorgt. Das Ergebnis: Das Pflanzenextrakt brachte überhaupt keinen Nutzen.¹³

Statt sich in der Kälte unnötig nass zu machen, sollte man lieber auf Vorbeugung setzen und den – durchaus auch im Winter – gesundheitsfördernden Aufenthalt im Freien mit der geeigneten Kleidung machen. Den Hersteller des fragwürdigen Produktes sollte man dann lieber im Regen stehen lassen. (JS)

¹² Arzneimittelkursbuch 2002/03, A.V.I. Berlin 2002, S. 1508-1509

¹³ B.P. Barret et al., Treatment of the common cold with unrefined echinacea, *Annals of Internal Medicine* 17.12.2002, p. 939-946

Privatisierung macht krank!

Internationales Forum für Gesundheit in Porto Alegre

Im Vorfeld des Weltsozialforums in Porto Alegre, Brasilien, fand das *Internationale Forum für das Recht auf Gesundheit* statt. Die Veranstaltung diente der inhaltlichen Vorbereitungen des Weltsozialforums. Christian Wagner vertrat dort die BUKO Pharma-Kampagne. Die Privatisierung der Gesundheitsdienste bedroht das Menschenrecht auf Gesundheit.

Mehrere hundert TeilnehmerInnen diskutierten in Porto Alegre im Vorfeld des Weltsozialforums die Auswirkungen der Globalisierung. Im Mittelpunkt stand dabei die Privatisierung von Dienstleistungen im Bereich Gesundheit sowie das Jubiläum der Erklärung von Alma Ata. Vor 25 Jahren hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Konzept *primary health care* entwickelt und *Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000* als konkretes Handlungsziel erklärt. Armut wurde als Hauptursache von Krankheit bezeichnet. Doch die Armut blieb. Das Ziel wurde verfehlt.

Gesundheit unbezahlbar?

In vielen Ländern wurde die Gesundheitsversorgung sogar weiter geschwächt. Das verdeutlichen Erfahrungsberichte aus Ländern Lateinamerikas, in denen so genannte Strukturpassungsprogramme – erzwungen durch Weltbank und Internationalen Währungsfond – eine fortschreitende Privatisierung des Gesundheitssektors bewirken. Staatliche Gesundheitsprogramme wurden (teilweise) privatisiert, um sie dadurch wirtschaftlicher zu machen. Egal, ob Guatemala, Kenia oder El Salvador – die Folgen sind überall gleich: Statt eines Gesundheitssystems, das alle Menschen versorgt, etabliert sich ein gewinnorientiertes System. Behandelt wird nur noch, wer es sich leisten kann. Investitionen fließen in private Krankenhäuser in Großstädten statt in Basisgesundheitsdienste, zu denen die überwiegend ländliche und arme Bevölkerung Zugang hat. Diese Entwicklung macht Erfolge von *primary health care* zunichte, die in vergangenen Jahrzehnten bereits erzielt wurden.

Nicht viel besser ergeht es den Armen der Industrieländer. In den USA sind 20 Prozent der Bevölkerung nicht

krankenversichert, weitere zehn Prozent sind unterversichert. Private Gesundheitsdienste erweisen sich oft als ökonomisch ineffizient. Die Kosten für die eigene Gesundheit explodieren und sogar Familien der Mittelklasse haben zunehmend Schwierigkeiten, die hohen Rechnungen zu bezahlen.¹⁴



Gesundheit war auch auf dem Weltsozialforum in Porto Alegre ein wichtiges Thema

Foto: ATTAC

Alternativen sind machbar

Dass es auch anders geht, zeigt Brasilien: Dort wird verstärkt in den Ausbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung investiert. Das flächendeckende Versorgungsnetz Sistema Único de Saude (SUS) garantiert allen brasilianischen BürgerInnen kostenlosen Zugang zu sämtlichen Leistungen. SUS folgt dem Prinzip der *comprehensive primary health care*. Es existieren Basis-Gesundheitszentren in allen Stadtteilen, die eine medizinische Direktversorgung gewährleisten. Neben ambulanter Hilfe gibt es Schwangerschaftsbetreuung, Ernährungsberatung und AIDS-Prävention. Spezialisiertere Aufgaben werden kostenlos von größeren Gesundheitszentren und Krankenhäusern übernommen. Unentbehrliche Arzneimittel sowie Verhütungsmittel werden umsonst abgegeben. Finanziert wird das System ausschließlich aus der öffentlichen Hand, aber die Kommunen haben viel Entscheidungsfreiheit bei der Vergabe der Gelder. Ein städti-

scher Gesundheitsrat aus medizinischen Fachleuten und direkt gewählten VertreterInnen der Stadtbezirke überwacht SUS. Das Gesundheitssystem gewährleistet so Gleichheit, Kostenfreiheit und demokratische Durchführung.

Deklaration für Gesundheit

Nach dreitägigen Diskussionen verabschiedeten die TeilnehmerInnen des *Forums für das Recht auf Gesundheit* eine gemeinsame Deklaration. Ihre wesentlichen Aspekte: Das Menschenrecht auf Gesundheit beinhaltet den Zugang zu Gesundheitsversorgung, ausreichende Ernährung, sauberes Wasser und gerechte soziale Bedingungen. Privatisierung bedroht dieses Menschenrecht – nicht allein in armen Ländern, sondern zunehmend auch im reichen Norden. Gesundheitssysteme sollen sich nicht an Profitmaximierung, sondern an den Bedürfnissen der Menschen orientieren. Gesundheitsversorgung muss daher eine öffentliche Aufgabe bleiben. Es wird außerdem eine dezentrale, demokratische und transparente Gesundheitsversorgung nach den Prinzipien von *primary health care* gefordert.¹⁵

Die Deklaration wurde zur Basis des Gesundheits-Workshops beim Weltsozialforum in Porto Alegre. AktivistInnen aus vielen Ländern teilten die Positionen der Deklaration.

Gesundheit Für Alle – Jetzt!

Das *Peoples Health Movement* (PHM)¹⁶ und das *International Council for Peoples Health* (IPHC),¹⁷ die Organisatoren des Kongresses in Porto Alegre, wollen das Menschenrecht auf Gesundheit wieder stärker ins öffentliche Interesse rücken. Sie starteten darum die Kampagne „Gesundheit für Alle – Jetzt!“ Wer auf der Internetseite www.TheMillionSignatureCampaign.org unterzeichnet, wendet sich an alle politischen Akteure (UN-Organisationen, Regierungen u.a.), die Prinzipien und Strategien von Alma Ata umzusetzen. (CW)

¹⁴ Für Details siehe www.pnhp.org

¹⁵ Text der Resolution unter: lists.kabissa.org/lists/archives/public/pha-exchange/msg00642.html

¹⁶ www.phmovement.org.

¹⁷ www.healthwrights.org/politics/iphc.htm

Das Trauerspiel geht weiter

Keine Fortschritte beim Zugang zu Medikamenten

Bis Ende 2002 hätte der TRIPS-Rat einen Vorschlag ausarbeiten sollen, der Ländern ohne eigene Arzneimittelproduktion Zugang zu unentbehrlichen Mitteln gewährt. Das Vorhaben scheiterte am Widerstand der USA, aber auch die EU spielt derzeit eine zweifelhafte Rolle.

Die Welthandelsorganisation (WTO) hatte den TRIPS-Rat beauftragt, einen Lösungsvorschlag für ein bis dato ungeklärtes Problem zu unterbreiten: Wie können Länder ohne eigene Pharmaindustrie unentbehrliche Arzneimittel und andere Güter mit einer Zwangslizenz belegen und diese importieren?¹⁸

Die USA und andere Industrienationen wollten eine restriktive Lösung durchsetzen, scheiterten damit aber am Veto der afrikanischen Gruppe im TRIPS-Rat. Daraufhin blockierten die USA im Dezember 2002 und Februar 2003 einen Kompromiss, der die Zustimmung der anderen 143 WTO Mitgliedsstaaten gefunden hätte. Die USA bestehen darauf, Zwangslizenzen nur für Medikamente gegen Infektionskrankheiten zuzulassen. Mittel gegen Diabetes, Asthma, Leukämie und Krebs wären damit von vornherein von einer Zwangslizenzierung ausgeschlossen - ebenso ein zukünftiger Impfstoff gegen Aids.¹⁹

EU: Zuckerbrot und Peitsche

Auch die EU möchte den Vorstoß der USA unterstützen, wenn auch in abgemildeter Form. Laut EU sollen Zwangslizenzen nur in extremen Notsituationen möglich sein. Die Krankheiten, die einen Gesundheitsnotstand begründen, möchte man in einer halb-offenen Liste auf einige Wenige beschränken. Im Einzelfall soll die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entscheiden dürfen. EU-Kommissar Pascal Lamy handelt den Vorschlag der EU-Kommission vom 7.1.2003 als möglichen Kompromiss.

Doch für die meisten ärmeren Länder ist diese Version inakzeptabel. Die Definition eines nationalen Gesundheitsnotstands kann nicht in die Zuständigkeit von WHO oder WTO fallen. Sie ist eine nationale Angelegenheit. Eine Einschränkung der Krankheiten widerspricht außerdem der

Doha-Erklärung, die in der vergangenen Ministerialrunde ausgehandelt wurde.^{20,21}

Angst vor dem Scheitern in Cancun

Bis zur nächsten WTO-Ministerialrunde, die im September in Cancun, Mexiko stattfinden wird, gilt es, eine Lösung des Export-Problems zu forcieren, die auch für ärmere Länder akzeptabel ist: § 30 des TRIPS-Abkommens eröffnet die Möglichkeit, zwangslizenzierte Produkte zu importieren. Selbst die USA und Kanada nutzen diese Möglichkeit, wollen dasselbe aber armen Ländern verwehren. Je näher Cancun rückt, desto mehr wachsen die Chancen armer Länder für eine Lösung in ihrem Sinne: Denn die Industrieländer können sich eigentlich kein weiteres Scheitern einer Ministerialrunde leisten. Bis dahin gilt es, den Druck auf die reichen Länder zu erhöhen.

Aktion ist nötig

Helfen Sie mit, den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln zu sichern. Schreiben Sie an alle deutschen StaatssekretärInnen,²² die mit dem Thema befasst sind. Einen Modellbrief finden Sie auf unserer Webseite.²³ Nur vehementer öffentlicher Druck wird etwas bewegen. (CF)

¹⁸ Wir berichteten ausführlich: Ohne Skrupel gegen die Armen, *Pharma-Brief* 9-10/2002, S. 1-2,

¹⁹ Elizabeth Becker, Trade Talks Fail to Agree On Drugs for Poor Nations, *New York Times*, 21.12.2002

²⁰ Doctors Without Borders (MSF), Diskussionspapier, Talking Points on the EU Proposal, Genf, Januar 2003

²¹ Brief von MSF an Arno Schwed, TRIPS Beauftragter des BMWi, 24.1.2003

²² Klaus Theo Schröder, Staatssekretär BMGS, Fax 01888-441-4900; Dr. Hansjörg Geiger, Staatssekretär BMJ, Fax: 030-20259994; Dr. Uschi Eid, Staatssekretärin BMZE, Fax 030-25032575; Dr. Axel Gerlach, Staatssekretär BMWi, Fax 01888-6156541

²³ www.bukopharma.de/Was_tun/6400.html



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

Jahresbericht 2002:

Eingemischt, mitgemischt, aufgemischt



Ein Jahr hartnäckiger politischer Arbeit liegt hinter uns. Die Pharma-Kampagne hat sich erfolgreich in die nationale und internationale Arzneimittelpolitik eingemischt. Auf europäischer und internationaler Ebene haben neue Netzwerke und Allianzen die politische Lobbyarbeit entscheidend gestärkt.

Keine Laienwerbung!

Gemeinsam mit Health Action International (HAI) ist es uns gelungen, die Legalisierung von Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel (DTCA) zu verhindern. Die Europäische Kommission hatte im Rahmen der Reform der europäischen Arzneimittelgesetzgebung eine Aufweichung des europäischen Werbeverbots gefordert.

Die Theatergruppe „Schluck & weg“ brachte DTCA auf die Straße: Mit ihrem Stück zur Arzneimittelwerbung deckte sie bissig und humorvoll die Zusammenhänge von Werbung, Lifestyle-Medikamenten und die von der Forschung vernachlässigten Krankheiten auf.

In PatientInnengruppen und Fachkreisen machten wir auf die Gefahren von DTCA aufmerksam: Die Pharma-Kampagne kooperierte dabei intensiv mit der deutschen AIDS-Hilfe. Es gab Gespräche mit dem Gesundheitsministerium, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mit Bundestags-Abgeordneten von SPD und Grünen sowie mit Europa-Abgeordneten von CDU und SPD. Durch intensiven Austausch mit Mitgliedern des Gesundheitsausschusses gelang es, den Bundestag für die gefährlichen Auswirkungen

gen von Pharmawerbung zu sensibilisieren. So lehnten alle Fraktionen eine Lockerung des Werbeverbots für Arzneimittel ab. Diese Position wurde vom Bundestag übernommen. Auch das Europäische Parlament lehnte die geplante Gesetzesänderung in erster Lesung ab. Eine Entscheidung des Rats der Gesundheitsminister steht noch aus.

Verbraucherschutz und Transparenz

Generell begrüßen wir das Bestreben, die Arzneimittelgesetzgebung europaweit zu harmonisieren und zu verbessern. Der VerbraucherInnen-schutz darf dabei aber nicht auf der Strecke bleiben. Dafür setzten wir uns auf europäischer Ebene gemeinsam mit der International Society of Drug Bulletins (ISDB), auf nationaler Ebene mit KollegInnen der Zeitschriften *arzneitelegramm* und *Arzneimittelbrief* ein.

Die Pharma-Kampagne warnte insbesondere vor einer beschleunigten Zulassung. Der Bundestag und das EU-Parlament haben unsere Position übernommen. Außerdem wurde eine Abschaffung der regelmäßigen Re-Evaluierung abgelehnt. Die Pharma-Kampagne wird sich weiterhin für die Beibehaltung einer erneuten Überprüfung von Medikamenten *nach* der Zulassung einsetzen. Die von uns geforderte Einführung des therapeutischen Mehrwerts als Zulassungskriterium konnte bisher nicht durchgesetzt werden. Allerdings fanden unsere Forderungen nach einem verbesserten Meldesystem für Nebenwirkungen (Pharmakovigilanz) und einer größeren Transparenz der Zulassungsverfahren Gehör. Auch hier entschieden Bundestag und EU-Parlament in der ersten Lesung in unserem Sinne. Eine Entscheidung im Europäischen Rat der Gesundheitsminister steht noch aus.

Internationale Gesundheitspolitik

Die BUKO Pharma-Kampagne besuchte im Mai 2002 die Weltgesundheitsversammlung in Genf. Hier machten wir transparent, dass der erfolgreiche gesundheitspolitische Ansatz der Primary Health Care auf Druck der Industrie aus einer wichtigen WHO-Resolution verschwinden sollte. Mit Hilfe einiger Delegierter konnte dies zumindest teilweise verhindert werden.

Großes Gehör fand die Pharma-Kampagne auf dem Welt-Treffen der *International Society of Drug Bulletins* (ISDB) in Kroatien. Wir referierten hier über die Vermarktung zweifelhafter sowie gefährlicher Arzneimittel für Kinder in Ländern der Dritten Welt und entfachten eine anregende Diskussion.

Nach dem Erfolg von Doha

Bei der WTO-Ministerialrunde in Doha Ende 2001 wurden weitreichende Erleichterungen für arme Länder ausgehandelt. Dem Schutz der öffentlichen Gesundheit wurde Priorität eingeräumt. Dazu hatte die Pharma-Kampagne gemeinsam mit HAI und anderen internationalen Netzwerken wie MSF entscheidend beigetragen. Offen blieb in Doha die Frage, ob Länder ohne eigene Produktion preiswerte Medikamente per Zwangslizenz einführen dürfen. Dies solle eigentlich bis Ende 2002 geklärt werden. Deutschland und die EU vertreten in dieser Frage weiterhin eine restriktive Auslegung des TRIPS-Abkommens. Wir machten klar, dass hier die Interessen von Millionen Kranken in armen Ländern Vorrang haben müssen. Die Pharma-Kampagne beteiligte sich regelmäßig an den runden Tischen der EU-Kommission und brachte hier ihre Positionen ein.

Gesundheit nur für Reiche?

Mit dem *People's Health Movement* (PHM) und anderen NGOs machte die Pharma-Kampagne die negativen Folgen des geplanten Welthandelsabkommens GATS öffentlich. Es soll die Privatisierung von öffentlichen Dienstleistungen ermöglichen und droht den Zugang der Armen zu Gesundheitsdiensten zu verschlechtern. Wir leiteten hierzu einen Workshop auf dem *Europäischen Sozialforum* in Florenz.

Blick auf den Global Fund

2002 wurde in Deutschland die AIDS-Kampagne ins Leben gerufen. Die BUKO Pharma-Kampagne erhielt als Gründungsmitglied einen Sitz im Kampagnenrat. Gemeinsam mit der AIDS-Kampagne forderten wir die Bundesregierung auf, jährlich 350 Millionen Euro zusätzlich zur Bekämpfung von HIV/Aids zur Verfügung zu stellen.

Wir beobachtete intensiv die Entwicklung des Global Aids Fund. Wir prüften, ob der Fund ausreichend Mittel erhält und woher diese stammen. Von den jährlich benötigten zehn Milliarden Euro hat der Global Fund im ersten Jahr nur zwei Milliarden eingeworben. Teilweise wurden die Gelder kurzerhand von anderen Entwicklungsvorhaben abgezogen. Wir prüften weiterhin, wie die Mittel des Fonds verteilt werden und ob die Autonomie der Empfängerländer gewährleistet ist.

„Patente, Profite und Aids“

Im Oktober 2002 lud die Pharma-Kampagne in Kooperation mit der Evangelischen Akademie Bad Boll zum internationalen Kongress *Patente, Profite und AIDS*. Knapp 100 TeilnehmerInnen diskutierten die Auswirkungen des TRIPS-Abkommens am Beispiel der HIV-Medikamente. ReferentInnen aus Afrika, Lateinamerika und Asien sowie RednerInnen aus dem Norden schilderten die Situation in ihren Heimatländern und berichteten über den Zugang zu unentbehrlichen HIV-Medikamenten, Prävention und ergänzende Therapieformen. Auch die Rolle der WTO wurde intensiv betrachtet. Die ReferentInnen aus dem Süden gingen im Anschluss an den Kongress auf eine Deutschland-Reise. Sie besuchten NGOs, Weltläden, Gesundheitsläden, Kirchengemeinden etc. und brachten die Tagungsergebnisse sehr erfolgreich einem breiten Publikum nahe. (Cj)

Impressum

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

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

Redaktion: Jörg Schaab (verantwortlich), Claudia,
Jenkes, Christian Wagner, Gopal Dabade, Christiane
Fischer

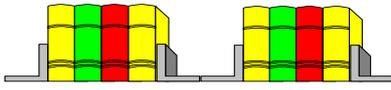
Druck: Druck & Medien im Umweltzentrum GmbH,
Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben
jährlich. Einzelabo 15 € Institutionen- oder Auslands-
abo 28 € Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Be-
zugspreis 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.
Eine Teilaufgabe enthält Spendenmaterial



Neue Bücher

Wie heilsam sind Akupunktur und Co?

Immer mehr PatientInnen setzen auf Behandlungspraktiken, die in der konventionellen Medizin nicht vorkommen. Helen Barnett vom *Drug and Therapeutics Bulletin* der britischen *Consumer's Association* unternahm jetzt den Versuch, einen kritischen und unabhängigen Blick auf sogenannte ergänzende Therapien zu werfen.

Ihr Handbuch *The which? Guide to Complementary Therapies* betrachtet Effizienz, Kosten und Verfügbarkeit der verschiedenen Behandlungsweisen. Obwohl es wenig wissenschaftliche Evidenz für ergänzende Therapien gibt, nutzen sie allein in Britannien vier bis fünf Millionen PatientInnen. Die WHO schätzt ihren weltweiten Markt auf 60 Mrd. US\$. Helen Barnett macht deutlich, wo Verbraucherinnen ihr Geld nutzbringend einsetzen und wo nicht. Sie stellt vorhandene wissenschaftliche Studien vor und beurteilt die Wirksamkeit der einzelnen Therapien. Vorhandene Forschungsergebnisse sind dürftig und häufig mangelhaft. Schuld daran sei die fehlende Forschungserfahrung der Praktiker und fehlende Fördertöpfe.

Leider gibt es für viele Therapieformen nur wenige Studien. Anders sieht das z.B. im Bereich Akupunktur aus, wo zahlreiche Studien eine signifikante Wirkung bei verschiedenen Schmerzformen belegen. Dagegen hilft Akupunktur wohl nicht bei der Raucherentwöhnung oder beim Abnehmen. Die Autorin bemängelt, dass sich Praktiker alternativer Therapien häufig gegen eine Bewertung ihrer Behandlungsformen sträuben.

Das Handbuch ist sehr lesenswert, denn es verschafft einen guten Überblick über die meisten gängigen alternativen Therapien. (GD)

📖 Helen Barnett, *The Which? Guide to Complementary Therapies*, London 2002 10,99 £
<https://shop.which.net/shop/books/healthcont.html>

21,3 Mrd. Euro für Arzneimittel 2001

Der Arzneiverordnungs-Report 2002 stellt neue Trends vor. Gestiegene Medikamentenkosten sind die Hauptursache des Haushaltsdefizits von 2,8 Milliarden Euro bei den Krankenkassen. Die Kostenlawine bei Arzneimitteln hat aber nicht nur medizinische Gründe. Sie ist, so der Report, „das Resultat aus geschicktem Marketing der pharmazeutischen Industrie und planlosem Agieren der Gesundheitspolitik“.

Allein das Ausbleiben der von der Pharmaindustrie gefürchteten Positivliste habe 2001 ein Einsparpotential von 1,2 Milliarden Euro ungenutzt gelassen. Umstrittene Medikamente machen immer noch 1,9 Milliarden Euro Umsatz, jedes fünfte Rezept hat für die PatientInnen nur zweifelhaften Nutzen. Würden solche Präparate, wo notwendig, durch wirksame Mittel ersetzt und würde auf Überflüssiges verzichtet, ließen sich 1,2 Milliarden Euro einsparen. Weitere 1,5 Milliarden € Einsparpotential gibt es in der Gruppe der Analog- oder me-too-Präparate, die deutlich häufiger verordnet wurden. Diese neuen patentgeschützten Medikamente bieten keinen Vorteil gegenüber älteren Mitteln, sind aber meist deutlich teurer.

Obwohl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ein Prozent weniger Mittel verschrieben, gab es in mehreren Indikationsgruppen, z.B. bei Lipidsenkern und Antidiabetika einen deutlichen Anstieg der Verordnungen (bei einem gleichzeitigen Trend zu teuren Präparaten).

Deutliche Unterschiede gibt es beim Arzneimittelverbrauch nach Alter und Geschlecht der Versicherten. Die 20-25jährigen erhalten im Durchschnitt knapp 100 Tagesdosen. Die knapp 90jährigen verbrauchten weit über 1000 Tagesdosen. Außerdem bekommen Frauen erheblich mehr Medikamente verordnet als Männer. Sie erhalten doppelt so viele Psychopharmaka und Hypnotika. (Cj)

📖 U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2002*, Berlin, Heidelberg 2003, 27,99 €

In eigener Sache

Indische Feministin bei der Pharma-Kampagne

Am 28.1.2003 besuchte die indische Aktivistin Abha Baiya die BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld. Sie arbeitet bei *Jagori*²⁴, einer feministischen NGO in New Delhi. In einem öffentlichen Vortrag berichtete sie über ihre politische Arbeit, die Situation von Frauen in Indien und insbesondere deren Gesundheitssituation. *Jagori* wurde 1984 als Dokumentations-, Trainings-, und Kommunikationszentrum gegründet. Abha Baiya schilderte u.a. staatliche Gewalt, die Frauen in Indien bedroht: Vergangenes Jahr wurden in Gujarat in Westindien 3000 Menschen ermordet, die der muslimischen Minderheit angehörten. Die Regierung des Bundesstaates war über den Massenmord informiert gewesen. Viele feministische Gruppen in Indien machten den brutalen Gewaltakt zu ihrem Thema.. Denn insbesondere Frauen leiden unter solchen Angriffen. Sie tragen die wirtschaftlichen und familiären Auswirkungen.

Jagori setzt sich für die bedingungslose Entscheidungsfreiheit der Frauen über ihre Bedürfnisse ein. Arbeitsschwerpunkte sind daher Abtreibung, Verhütung und Familienplanungsprogramme. Diese Programme forcieren eine Reduktion der Kinderzahl und proklamieren zum Teil sogar gefährliche oder nebenwirkungsreiche Verhütungsmethoden. So führte die indische Regierung Zwangssterilisationen bei Frauen und Männern durch oder wollte das obsoletere Mittel Norplant® einführen. Die Patientinnen sollten dabei nicht einmal nachuntersucht werden. *Jagori* publiziert Broschüren in sehr einfacher, verständlicher Sprache, um auch Frauen und Männer zu erreichen, die schlecht lesen können.

Globalisierung und Liberalisierung haben in Indien die Lebensqualität, den Gesundheitszustand und die Ernährungssituation der einfachen Leute verschlechtert. *Jagori* macht diese Zusammenhänge öffentlich. (GD)

²⁴ www.jagori.org



Aus aller Welt

AIDS: Massenprotest in Südafrika

10.000 Menschen formierten sich am 14. Februar zu einem Protestmarsch zum Parlament in Kapstadt, um gegen die zögerliche Haltung der Regierung zu protestieren.



Eindrucksvoller Protest für das Recht auf Behandlung in Südafrika Foto: TAC

Die Treatment Action Campaign (TAC) hatte gerufen und viele kamen. Anlässlich der Eröffnung der Parlamentssaison in Südafrika forderten sie mit ihrer Demonstration, dass ein nationaler AIDS-Behandlungsplan endlich umgesetzt wird. Dafür ist es höchste Zeit, denn 4,7 Millionen SüdafrikanerInnen sind HIV-positiv und es wird geschätzt, dass 200.000 dieses Jahr durch AIDS sterben werden.²⁵

Präsident Mbeki ging in seiner Parlamentsrede auf das Engagement der Regierung bei der AIDS-Bekämpfung nur kurz ein. Auf die Forderungen von TAC, den Zugang zu AIDS-Medikamenten zu sichern ging er nicht ein. Konkrete Programme werden immer weiter verzögert.

Führende WissenschaftlerInnen aus Großbritannien und Südafrika wandten sich deshalb mit einem Brief an die Öffentlichkeit. Sie fordern die Regierung zum sofortigen Handeln auf.²⁶ (JS)

☞ Weitere Infos: www.tac.org.za/

Dr. Schweitzer greift zum Gewehr²⁷

Am 28. Januar kündigte US-Präsident George W. Bush an, für die AIDS-Bekämpfung in armen Ländern innerhalb der nächsten fünf Jahre zusätzlich zehn Milliarden US\$ auszugeben. Dies bedeutet eine Verdreifung der Mittel. Der Zeitpunkt und Begleitumstände der Ankündigung geben zu Fragen Anlass, denn gleichzeitig rechtfertigte Bush den Krieg gegen Irak.

15 Milliarden US\$ wollen die USA in die AIDS-Bekämpfung stecken. Der größte Teil soll als bilaterale Hilfe direkt in ausgewählte Länder fließen.²⁸ Es ist zweifellos erfreulich, dass die US-Regierung die AIDS-Epidemie endlich ernst nimmt und die Mittel substanziell aufstockt. Ausdrücklich nimmt Bush Bezug auf die von 12.000 US\$ auf 300 US\$ gesunkenen Therapiekosten. Das US-Programm soll die Medikamente bei Generika-Anbietern wie z.B. der indischen Cipla kaufen.¹⁸

Damit setzt sich Bush in unmittelbarem Widerspruch zu seiner eigenen Administration, die bislang hartnäckig versucht, die hohen Arzneimittelpreise der US-Multis weltweit durchzusetzen (siehe: *Das Trauerspiel geht weiter auf Seite 3*)

Bedingte Hilfe?

Dennoch gibt es einige ernstzunehmende Bedenken: Das Geld soll zunächst nur langsam fließen, aber je eher große Summen zur Verfügung stehen, desto größer ist die Wirkung. Nur ein geringer Teil der Mittel soll in den UN Fond zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose gehen. Der UN Fond erhält von den USA verteilt auf fünf Jahre insgesamt eine Mrd. US\$ zusätzlich. Gefordert sind aber 2,5 Mrd. US\$ pro Jahr.

Der Löwenanteil der Mittel soll in bilaterale Programme fließen. Es wird befürchtet, dass die Empfängerländer politischem Druck ausgesetzt werden, sowohl was die Art der Hilfe, als auch was ihre Haltung zur US-Außenpolitik angeht. Ein Indikator könnte sein, dass entgegen der Ankündigung, sich auf die am stärksten betroffenen Länder zu

konzentrieren, Staaten wie Zimbabwe, Indien und China fehlen.

Die US-Mittel sollen teilweise für Prävention ausgegeben werden. Das ist sicher eine richtige Entscheidung. Aber ob neben der Verteilung von Kondomen auch die Propagierung der Enthaltbarkeit sinnvoll ist, mag man bezweifeln. Dennoch sollen radikale religiöse Gruppen einen Teil der Förderung erhalten.²⁹

Humanitärer Krieger?

Die Ankündigung der zusätzlichen Mittel gegen AIDS fällt in eine Zeit, wo der Widerstand gegen einen erneuten Krieg im Irak weltweit zunimmt, auch in den USA. In seiner Ansprache an die Nation am 29.1.2003 pries Bush – nach seiner Ankündigung der AIDS-Hilfe – den Aufmarsch der US-Truppen an den Grenzen Iraks. Die *Washington Post* kommentierte die Rede von Bush: „Er hat mit den Euphemismen des Krieges bereits begonnen. ‚Sagen Sie nicht Invasion in den Irak‘, schimpft er, es heißt ‚Befreiung‘. Er scheint an alles gedacht zu haben, außer an den beliebtesten Euphemismus des Pentagon, den ‚Kollateralschaden‘. Das bedeutet, Opfer unter der Zivilbevölkerung, Kinder mit großen dunklen Augen, die aus Gründen sterben müssen, die wir alle nicht richtig verstehen.“³⁰ (JS)

²⁵ Thousands join protest for more action to fight pandemic, *The Guardian* 15.2.2003

²⁶ Letter: No aid for AIDS, *The Observer* 16.2.2003

²⁷ Charakterisierung der Bush Rede durch die *Washington Post*, siehe Fußnote 30

²⁸ Pressemitteilung des Weißen Hauses vom 28.1.2003 www.whitehouse.gov/news/releases/2003/01/print/20030128-14.html

²⁹ Bush AIDS Plan to Include Condoms and Abstinence, *New York Times* 30.1.2003

³⁰ Humanitarian Warrior, *Washington Post* 30.1.2003

Zu guter Letzt

„Hier in Davos wird es allgemein als gegeben angenommen, dass es heute nur einen Gott gibt – den Markt.“

Brasiliens Präsident Lula da Silva am 26.1.2003 auf dem World Economic Forum in Davos