

PHARMA- BRIEF



Nr. 7/2003

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

Oktober 2003

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-0933

Keine Pillen für die Ärmsten

Faule Kompromisse vor WTO-Konferenz

Vom 10. bis 14. September trafen sich die Mitgliedsstaaten der Welthandelsorganisation (WTO) im mexikanischen Badeort Cancun, um weitere Liberalisierungsschritte zu beschließen. Das ist gescheitert: Die 148 Mitgliedsstaaten konnten keinen Konsens erzielen. Die armen Länder waren nicht länger bereit, ihre Interessen denen der reichen unterzuordnen. Ein fauler Kompromiss in Sachen TRIPS schuf allerdings schon im Vorfeld der Konferenz Tatsachen: Der Zugang zu teuren AIDS-Medikamenten wird für die ärmsten Länder ohne eigene Produktion nicht besser.

Nach fünftägigen Verhandlungen brach Mexikos Außenminister Ernesto Derbez die Verhandlungen ergebnislos ab. Während die reichen Länder auf Investitionsschutz beharrten, den die Armen ablehnten, ließen sich die EU und die USA nicht darauf ein, ihre Agrarsubventionen abzubauen. Die armen Länder hatten sich in der „Gruppe der 21“ unter der Führung von Indien, Brasilien und China zusammengeschlossen und blieben bis zuletzt standhaft.¹ Sie setzten damit ein Signal: Der arme Teil der Welt hat gelernt, seine Interessen erfolgreich zu vertreten oder wie Ernst-Ulrich von Weizsäcker es ausdrückte: „Die USA, die EU und Länder wie Korea haben die Entwicklungsländer unterschätzt. Sie sind nicht mehr wie früher, etwa in Doha, bereit, klein beizugeben.“²

Das Thema Gesundheit wurde allerdings durch einen geschickten Schachzug in Cancun von der Tagesordnung genommen. Schon im Vorfeld der Ministerialrunde hatten die Mitgliedssta-

ten der WTO am 30.8.2003 einer Vereinbarung zugestimmt, die den Import patentgeschützter Medikamente für Länder ohne oder mit unzureichender Pharmaindustrie unter Zwangslizenz regeln soll. Da der Kompromiss vor der Konferenz in Cancun getroffen wurde, besitzt er höchstwahrscheinlich trotz des Scheiterns der Ministerialrunde Gültigkeit.

Der Vertrag zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS) sieht vor, dass Länder zum Schutze der Gesundheit ihrer Bevölkerung den Patentschutz zeitlich befristet außer Kraft setzen und Medikamente selbst günstig produzieren können.³ Diese Schutzklausel wurde vor zwei Jahren bei der letzten Ministerialrunde in Doha bestätigt.⁴ Länder mit eigener Produktion können so billig Medikamente produzieren. Der TRIPS-Rat sollte aber klären, wie Länder ohne eigene oder mit unzureichender Pharmaindustrie ihr Recht auf Zwangslizenzen nutzen können. Doch eine Lösung im Sinne der Armen wur-

Editorial

Liebe LeserInnen, ausgerechnet den Menschen in den ärmsten Ländern der Welt wird der Zugang zu bezahlbaren Medikamenten unzumutbar erschwert (siehe Leitartikel). Die WTO hat in Cancun gezeigt, dass sie nicht in der Lage ist, Gesundheit vor Handelsinteressen zu stellen. Möglicherweise wächst damit der Spielraum, eine gänzlich neue multilaterale Struktur zu schaffen, um die Interessen der Armen zu schützen. Zukünftige Handelsverträge unter dem Dach der Vereinten Nationen könnten eine solche Lösung sein.

Länder mit eigener Produktion beginnen die beim WTO-Gipfel in Doha vor zwei Jahren geschaffenen Spielräume zu nutzen. Auch die WHO fordert Behandlung für Alle. Mehr dazu auf den folgenden Seiten.

Anregende Lektüre wünscht Ihnen Ihr

Jörg Schaaber

- **Südafrika:**
Bald AIDS-Behandlung? 3
- **AIDS-Therapie:**
Auch in Afrika möglich..... 4
- **Deutschland:**
Qualität unerwünscht..... 5
- **Rationale Therapie:**
USA, GB und Deutschland 6

de allen voran von den USA blockiert.⁵ Weil man befürchtete, die Ministerialrunde in Cancun könnte bereits an dieser Frage scheitern, verhandelten die Mitgliedsländer schon eine gute Woche vor Konferenzbeginn. Noch am Abend des 29.8. hatten die Philippinen und 19 weitere Länder einen vorliegenden Kompromissvorschlag vehement abgelehnt. Doch schon am nächsten Morgen herrschte wundersame Einigkeit und alle Kritik schien sich über Nacht in Luft aufgelöst zu haben. Dieser Kompromiss entspricht dem von der EU entworfenen sogenannten Motta-Text⁶ vom 16.12.2002, der damals aufgrund des Vetos der USA verworfen wurde. Die USA konnten letztlich keine Verschärfungen in der Resolution erzielen, doch schafften sie es, dass der Motta-Text vor Cancun durch ein Vorwort⁷ massiv verschärft wurde. Die umstrittene Textpassage besitzt zwar keine Rechtsverbindlichkeit, wird aber im Zweifelsfall den Interpretationsspielraum deutlich eingen. In Streitfällen kann dies den Zugang zu Arzneimitteln durch langwierige Rechtsverfahren hinauszögern.

Bürokratische Hürden

Die Kompromisslösung bringt nicht zuletzt enorme bürokratische Hürden mit sich. Wenn sich z.B. Kenia heute entschließt, AIDS-Medikamente mit einer Zwangslizenz zu belegen, muss es jetzt vor dem TRIPS-Rat der WTO beweisen, dass es wirklich ungenügende Produktionskapazitäten hat. Zweifelt ein anderes Land dies an, kann sich die Beschaffung der benötigten Arzneimittel um Jahre hinauszögern. Ist die Zwangslizenz dann in Kenia durchgeföhrt, muss auch im Exportland, z.B. Indien, eine Zwangslizenz beantragt werden, ebenfalls ein langer bürokratischer Prozess. Der TRIPS-Rat kann im Zweifelsfall einschreiten. Das ist neu und bedeutet eine Stärkung der Macht des Rates, die zu Strafen gegen arme Länder genutzt werden kann.

Der Generikaindustrie bietet der Kompromiss kaum zusätzliche Exportanreize. Laut des umstrittenen Vorworts soll es keinen oder allenfalls einen marginalen Gewinn für die generische Industrie geben, die aber das bürokratische Procedere durchföhren muss. Zumindest interpretiert die Pharmain-

dustrie den Text so. Die indische Generikafirma Cipla ließ darum auch schon verlauten, dass ihr Interesse am Export zwangslizenzierter Medikamente vor diesem Hintergrund nicht groß ist. Das meiste Geld werden also auch weiterhin Originalproduzenten wie Boehringer Ingelheim einstreichen. Die Firma bietet z.B. das AIDS-Medikament Nevirapine, angeblich ohne Gewinnmarge, für 438 US\$ pro PatientIn und Jahr an. Mit Gewinnmarge kann es aber vom Generikahersteller für 166 US\$ bezogen werden.⁸

Souveränität wird eingeschränkt

Industrie- und Schwellenländer inklusive der Beitrittsstaaten zur EU werden im Vorwort zu einer Selbstverpflichtung genötigt, von dem Recht, zwangslizenzierte Medikamente zu importieren, keinen Gebrauch zu machen. So preist die EU-Kommission diesen Kompromiss explizit auf ihrer Homepage an.⁹ Für die osteuropäischen Beitrittsländer ist dies eine Misere: Schon heute haben diese Länder mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen zu kämpfen. Vor allem multiresistente Tuberkulose ist in manchen Ländern derart verbreitet, dass Zwangslizenzen dort Tausenden Menschen pro Jahr das Leben retten könnten.

Offiziell ist der in Cancun vereinbarte Kompromiss nur eine Übergangslösung. 2004 soll damit begonnen werden, eine endgültige Lösung innerhalb des TRIPS-Vertrags zu schaffen. Wenn die USA und die Pharmaindustrie durch den jetzigen Wortlaut allerdings erreicht hätten, ein unbenutzbares System zu schaffen, würde die Übergangslösung wohl kaum noch geändert. Daher werden wir uns gemeinsam mit anderen NGOs dafür einsetzen, dass Länder ohne eigene Pharmaindustrie sofort damit beginnen, Zwangslizenzen zu vergeben. Nur so können unüberwindbare Hürden offensichtlich werden und politischen Druck erzeugen. Das könnte 2004 einer neuen Regelung gute Chancen eröffnen.

Kleine Erfolge

Kleine Erfolge waren dennoch zu verzeichnen. Der Versuch der USA und der Pharmaindustrie,¹⁰ den Zugang zu Medikamenten noch stärker zu erschweren, ist gescheitert.

- ◆ Es gibt keine Liste mit Krankheiten. Eine Zwangslizenz kann also für jedes Medikament bei jeder Krankheit vergeben werden.
- ◆ Die Anwendung ist nicht auf Situationen extremer Notlagen beschränkt, sondern jedes Land entscheidet selbst, wann es Zwangslizenzen anwendet.
- ◆ Es gibt keine Einschränkung, welche Länder exportberechtigt sind.

Bilaterale Verträge drohen

Nach dem Scheitern von Cancun wächst die Gefahr, dass die USA und die EU auf bilaterale oder regionale Verträge ausweichen werden, die den Patentschutz noch weiter verschärfen (z.B. in den Verhandlungen zur gesamtamerikanischen Freihandelszone FTAA).¹¹ Die USA kündigten diesen Schritt in Cancun bereits an. Die EU-Kommission betont momentan noch, weiter an multilateralen Verhandlungen interessiert zu sein.¹² Nach dem Scheitern der Ministerialrunde in Cancun wird es Aufgabe der Entwicklungsländer und NGOs sein, bilaterale und regionale Verträge mit eindeutig negativen Auswirkungen auf arme Länder zu verhindern. Wenn die Solidarität der G21 anhält, wird diese Strategie Erfolg haben. Und erst dann könnte das Scheitern der Ministerialrunde wirklich zum Sieg der Armen werden. (CF)

-
- 1 Reiche Staaten bangen um ihre Konjunktur, *Frankfurter Rundschau* 16.9.2003
 - 2 Ein Rückschlag für die neoliberale Doktrin, *Frankfurter Rundschau* 16.9.2003
 - 3 TRIPS sieht auch andere Gründe für Zwangslizenzen vor wie z.B. fehlender Wettbewerb.
 - 4 Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, 14.11.2001, Doha Ministerial Conference, WT/MIN(01)/DEC/2
 - 5 Siehe: Keine Medikamente für die Armen?, *Pharma-Brief* 3-4/2003, S. 1-2
 - 6 Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, 16.12.2002, Council for TRIPS, MD 627/02
 - 7 www.accessmed-msf.org/documents/chairmanstatementoriginal.pdf
 - 8 MSF Comments on the Draft Chairman's Statement of August 03, 26.1.2003, MSF, Geneva
 - 9 http://europa.eu.int/comm/trade/issues/glob/al/medecine/perez_en.htm
 - 10 VFA Positionspapier „Zwangslizenzen – kein Ausweg aus der Gesundheitsmisere der so genannten Dritten Welt“, Berlin, August 2003, das Papier wurde an die deutsche Delegation versandt.
 - 11 WTO-Konferenz in Cancun, Kompromiss zum Zugang zu Medikamenten kein Grund zum Feiern, Presseerklärung BUKO Pharma-Kampagne/ MSF/ Aktionsbündnis gegen Aids, 13.9.2003
 - 12 Lamy hält an multilateralen Verhandlungen über Welthandel fest, *Frankfurter Rundschau* 17.9.2003

Südafrika und AIDS – unerwartete Bewegung

Die AIDS-Politik in Südafrika hat zwei Jahre Stillstand hinter sich. Erst eine Kampagne zivilen Ungehorsams der *Treatment Action Campaign (TAC)* und Proteste aus dem Ausland haben die Regierung jetzt offensichtlich zum Einlenken bewegt. Ein nationales Behandlungsprogramm soll Mitte Oktober verabschiedet werden.

Südafrika ist das Land mit den meisten HIV-Infizierten auf der Welt. Seit Ende der Apartheid hatte sich das Land ernsthaft bemüht, die Medikamentenversorgung zu verbessern. In weiten Bereichen ist das auch gelungen. Doch die Preise von AIDS-Medikamenten waren zu hoch. Ein Gesetz, das die billige Nachproduktion von Arzneimitteln ermöglicht hätte, wurde durch eine Klage von multinationalen Pharmakonzernen drei Jahre blockiert. Erst nach internationalen Protesten gaben die Firmen den Prozess im März 2001 auf.¹³ Doch wer dann schnelle Fortschritte erwartete, wurde enttäuscht. Die Gesundheitsministerin Manto Tshabalala-Msimang blockierte mit Rückendeckung von Präsident Mbeki die Erstellung und Umsetzung eines Behandlungsprogramms. Stattdessen priors die Ministerin noch Anfang diesen Jahres den Nutzen von Zitronensaft, Knoblauch und Olivenöl gegen AIDS.¹⁴ Auch wenn gute Ernährung unbestritten wichtig für die Gesundheit ist, bauen solche Argumente doch falsche Gegensätze auf. Prävention, Ernährung und Behandlung sind alles notwendige Bausteine.

Mit einer Kampagne zivilen Ungehorsams¹⁵ zwang TAC die Regierung im April diesen Jahres wieder an einen gemeinsamen Tisch. Doch die Verhandlungen gestalteten sich zunächst zäh. Ein Termin mit dem *National AIDS Council (SANAC)* kam erst am 14. Juni 2003 zustande. TAC forderte die unverzügliche Aufstellung eines Operationsplanes zur Einführung der Behandlung aller AIDS-Kranken. Die Regierung ließ erkennen, dass daran gearbeitet werden soll.

Bereits im Juli 2002 hatte die Regierung eine gemeinsame Arbeitsgruppe des Gesundheits- und Finanzministeriums eingerichtet, die die Kosten einer flächendeckenden Behandlung von

AIDS-Kranken ermitteln sollte. Lange drang kein Ergebnis an die Öffentlichkeit, obwohl der Bericht seit April fertig war. Schließlich veröffentlichte TAC Mitte Juli wesentliche Fakten der Kostenstudie, die der Organisation zugespielt worden waren.¹⁶



In Botswana schon Realität - AIDS-Kranke werden behandelt Foto: WHO/Miller

Schockiert waren medizinische Fachleute und kritische Gruppen als die Kontrollbehörde MCC am 28. Juli verkündete, die Zulassung von Nevirapine zur Behandlung der Mutter-Kind-Übertragung von AIDS würde wahrscheinlich widerrufen.¹⁷ Dabei hatte TAC das Recht aller SüdafrikanerInnen auf Behandlung bei der Geburt erst vor Kurzem vor Gericht erstritten.

Behandlung lohnt sich

Am 1. August veröffentlichte die Regierung die Kostenstudie, die den Nutzen einer Behandlung mit Mitteln gegen opportunistische Infektionen und mit antiretroviralen Medikamenten bestätigte.¹⁸ Würden bis 2008 die Hälfte aller Behandlungsbedürftigen versorgt, könnte der Tod von 733.000 Menschen um 4-5 Jahre hinausgezögert werden. Würden bis 2008 alle Kranken versorgt, ließe sich das Leben von 1,7 Millionen Menschen verlängern, 860.000 Kinder könnten länger mit ihren Eltern leben.

Zwei Tage später begann die erste nationale AIDS-Konferenz in Durban mit 2000 WissenschaftlerInnen, Medi-

zinerInnen, AktivistInnen und RegierungsvertreterInnen. Dort gab es erste Anzeichen, dass sich etwas bewegen könnte. Nevirapine würde wohl doch für Neugeborene erhaltlich bleiben, kündigte das MCC an. Auch seien mehrere preiswerte Generika zur Behandlung von AIDS zugelassen worden. Gesundheitsministerin Tshabalala-Msimang und Vizepräsident Zuma hielten keine besonders bemerkenswerten Reden und reisten bald nach der Eröffnung wieder ab. Aber der Gesundheitsminister der einladenden Provinz, Zweli Mkhize, gab am Ende doch noch einen Hinweis: Es sei keine Frage mehr, „ob“ es antiretrovirale Medikamente geben würde, sondern nur noch „wann“. Aber zu diesem Zeitpunkt waren die TeilnehmerInnen zu erschöpft, diese Botschaft wirklich wahrzunehmen.²⁰

Kehrtwende

Was eigentlich niemand mehr erwartet hatte, geschah dann völlig unspektakulär. Am späten Freitagnachmittag des 8. August, als sich die meisten JournalistInnen schon auf dem Weg in die Kneipe befanden, wurde eine amtliche Pressemitteilung herausgegeben,¹⁹ die neben vielen anderen Informationen zwei wichtige Sätze enthielt: „Das Kabinett entschied, dass das Gesundheitsministerium mit höchster Priorität einen detaillierten Operationsplan zur Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten entwickeln soll. [...] Es wird erwartet, dass diese ausführliche Arbeit bis Ende September fertig ist.“²⁰ Das *Task Team* zur Entwicklung des Operationsplans wurde mit kompetenten Leuten besetzt. Es hat seine Arbeit offensichtlich schnell und gründlich gemacht. So wurden z.B. sämtliche Provinzen besucht und abgestimmte Umsetzungspläne entworfen. Bereits am 25. September wurde der Gesundheitsministerin das Arbeitsergebnis vorgestellt.²¹ Ein Regierungssprecher sagte, dass das Kabinett innerhalb von zwei Wochen über den Plan entscheiden werde.²²

Ein weiteres Zeichen: Mbeki gab nach monatelangem Zögern 41 Millionen US\$ frei, die der Global Fund der Vereinten Nationen Südafrika zur Verfügung gestellt hatte.²³ Zweifel bleiben. Zu oft wurden die SüdafrikanerInnen

enttäuscht. Präsident Mbeki hat gerade anlässlich eines Empfangs bei den Vereinten Nationen in New York gesagt, er persönlich kenne niemanden, der an AIDS gestorben sei.²⁴

Billige Medikamente kommen

Erstmals wurden jetzt aber Produktion und Import billiger Medikamente genehmigt. Damit wird der Erfolg der gescheiterten Industrieklage gegen Nachahmerpräparate erstmals Früchte tragen. Den Anfang macht der südafrikanische Generikahersteller Aspen, der eine freiwillige Lizenz für Stavudine erhielt. Das Mittel ist bis zu 41% billiger als das Originalpräparat.²⁵ Aspen strebt die Zulassung weiterer Mittel an. Die indischen Hersteller Cipla und Ranbaxy verfügen bereits über Zulassungen für fünf Medikamente, müssen aber noch Patentfragen klären.

Schließlich gibt es noch GARPP. Dieser gemeinnützige Großhändler wurde von 19 Projekten gegründet, die in Südafrika bereits AIDS-Kranke versorgen. GARPP will möglichst billige Medikamente auf dem Weltmarkt besorgen und damit den Preis für die Behandlung nochmals halbieren. (JS)

-
- 13 Niederlage mit Symbolwert, *Pharma-Brief* 4/2001, S. 1-3
 - 14 AIDS und Ernährung in Südafrika, *Pharma-Brief* 2/2003, S. 2-3
 - 15 Ziviler Ungehorsam in Südafrika, *Pharma-Brief* 2/2003, S. 1-2
 - 16 TAC Releases Details of Government Costing Study, *TAC News service* 14 July 2003
 - 17 Tamar Kahn, Drugs firm given 90 days to prove nevirapine's efficacy *Business Day* 30 July 2003 www.businessday.co.za/bday/content/direct/1.3523.1399192-6099-0.00.html
 - 18 Republic of South Africa, Summary report of the joint health and treasury task team charged with examining treatment options to supplement comprehensive care for HIV/AIDS in the public health sector, 1. August 2003
 - 19 Anso Thom, Making history in two weeks, *health-e*, 21.8.2003 www.health-e.org.za/news/article.php?uid=20030817
 - 20 Statement on special cabinet meeting: enhanced programme against HIV and AIDS, 8 August 2003 www.gov.za/speeches/8aug03.htm
 - 21 Task team hand Aids plan to health minister, *IOL*, 30 September 2003 www.iol.co.za/index.php?click_id=125&art_id=qw1064936160198B232&set_id=1
 - 22 Opposition calls for urgent look at AIDS plan, *Business Day* 1 October 2003 www.businessday.co.za/bday/content/direct/1.3523.1442892-6099-0.00.html
 - 23 Kerry Cullinan, No turning back, *health-e*, 28.9.2003 <http://www.health-e.org.za/news/article.php?uid=20030846>
 - 24 Mbeki slated over Aids comments, *Saturday Star* 26 September 2003 www.iol.co.za/index.php?sf=125&click_id=13&art_id=ct20030926214126262P510296&set_id=1
 - 25 Aspen Pharmaceare, Aspen Manufactures Africa's first Generic ARVs, Press statement 6.8.2003

AIDS-Bekämpfung in Afrika unmöglich?

Modellprojekte in Afrika²⁶ widerlegen das Vorurteil, eine vernünftige Behandlung von HIV/AIDS-Kranken in Afrika sei nicht möglich. Wichtige Voraussetzungen sind bezahlbare Arzneimittel, die Einbindung der Therapie in das soziale Umfeld und die Beteiligung der PatientInnen.

Khayelitsha ist ein Township bei Kapstadt in Südafrika. Hier leben eine halbe Million Menschen, die Hälfte der Bevölkerung ist arbeitslos, über 70 % leben in Baracken. Täglich kommen neue Landflüchtlinge hinzu, die in der Stadt Arbeit suchen. HIV/AIDS wird immer mehr zur Bedrohung, da die Infektionsrate ständig steigt. In dieser Umgebung hat Ärzte ohne Grenzen (MSF) im Jahr 2000 die ersten Behandlungsstationen eröffnet. Dabei wurde den Prinzipien von Primary Health Care entsprochen: statt einer großen Klinik wurden mehrere kleine Stationen über die Stadt verteilt. Dadurch wurde eine größere Patientennähe erreicht. Nachdem anfangs die teuren Markenpräparate für die AIDS-Therapie verwendet wurden, konnte durch den Wechsel zu brasilianischen Generika viel Geld gespart werden. Dies ermöglichte, doppelt so viele PatientInnen mit antiretroviralen Medikamenten (ARV) zu versorgen. Zur Zeit werden 180 Personen mit ARV behandelt.

Die Auswahl der KandidatInnen für die ARV-Therapie geschah unter Beteiligung der Bevölkerung. RepräsentantInnen des Townships, die alle Erfahrung bei der Arbeit mit HIV-Positiven hatten und teilweise selbst HIV-positiv sind, führten Gespräche mit den Betroffenen und wählten diejenigen aus, die eine Therapie am nötigsten hatten. Ein Kriterium war unter anderem ein CD4-Wert²⁷ unter 200 (der Durchschnitt lag zu Therapiebeginn bei 43!), auch mussten die PatientInnen in den letzten drei Monaten regelmäßig die Klinik besucht haben. Das Ergebnis war erstaunlich: obwohl im Township ansonsten eine hohe Fluktuation herrscht, wurde die Therapie von keinem einzigen Patienten abgebrochen. Begleitet wurde die Behandlung von verschiedenen Aktivitäten: in Schulungen lernten die PatientInnen, eigene Verantwortung zu entwickeln und die Medikamente auch ohne Aufsicht des medizinischen Personals regelmäßig

einzunehmen. Die Compliance wurde durch die Einrichtung von PatientInnen-Gruppen gefördert, in denen die Betroffenen sich austauschen und gegenseitig unterstützen konnten. Bereits nach sechs Monaten war der Erfolg offensichtlich: bei 53% der Infizierten war der CD4-Wert auf über 200 angestiegen, die opportunistischen Infektionen waren um 69% zurückgegangen, für Tuberkulose sogar um 85%.

Andere Untersuchungen in Botswana, Senegal, Uganda und Südafrika zeigen, dass dort die Compliance ebenfalls sehr hoch ist.²⁸ 90% der Behandelten nehmen ihre Medikamente ordnungsgemäß ein, während in den USA die Rate nur bei 70% liegt!

Neben dem direkten Nutzen der Therapie für die HIV-Positiven sehen die Projektverantwortlichen von MSF auch positive Wirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem. Gerade Südafrika leidet unter der starken Abwanderung von qualifiziertem Gesundheitspersonal. Das liegt nur zum Teil an schlechten Arbeitsbedingungen. Es ist auch ein Problem der Arbeitsmotivation. Viele zweifeln daran, dass sie keine Medikamente für die HIV-Positiven haben. Anstatt ihnen helfen zu können, müssen sie die AIDS-Kranken zum Sterben nach Hause schicken. Die Verfügbarkeit von bezahlbaren ARVs verändert die Situation: dem medizinischen Personal werden ganz andere Möglichkeiten eröffnet, ihren PatientInnen zu helfen. (CW)

-
- 26 Toby Kasper et al.: Demystifying antiretroviral therapy in resource-poor settings, *Essential drugs monitor* No. 32/2003
 - 27 CD4-Zellen (auch T-Helferzellen genannt) sind ein Maßstab für die Stärke des Immunsystems. Gesunde Menschen haben über 600 CD4-Zellen/ μ l Blut. Bei HIV-Positiven wird ab einer Senkung des CD4-Werts in den Bereich 200-350 der Beginn einer ARV-Therapie empfohlen. Sinkt der CD4-Wert unter 200, steigt das Infektionsrisiko enorm (sogenannte opportunistische Infektionen).
 - 28 Fiorenza Monticelli, Health System Trust: Africans Outdo Americans in Taking Their HIV Drugs. *Drug Information & Policy*, 9.8.2003

Traditionelle Heiler bekämpfen AIDS

Eine Untersuchung von UNAIDS in Ostafrika zeigt, wie hilfreich die Zusammenarbeit mit traditionellen Heilern im Kampf gegen AIDS sein kann.

Nach Angaben der WHO nutzen 80% der Weltbevölkerung hauptsächlich traditionelle Medizin. Diese verwendet hauptsächlich Heilpflanzen und wird von SchulmedizinerInnen oft abgelehnt - vor allem wegen der Anwendung spiritueller Praktiken bei der Behandlung. Doch wie UNAIDS anhand beispielhafter Projekte in Ostafrika zeigt, stellt die Einbeziehung traditioneller Heiler einen enormen Gewinn für die Bekämpfung von AIDS dar. Ausgewertet wurden drei Projekte in Kenia, Tansania und Uganda, die von einheimischen Nichtregierungsorganisationen initiiert wurden. Themen waren die Erforschung traditionell verwendeter Heilpflanzen und die Schulung von Heilern zum Thema HIV/AIDS, nicht zuletzt sollten traditionelle Heiler und schulmedizinisch arbeitendes Personal zusammengeführt werden. Schnell zeigte sich, dass die Behandlungsmethoden der traditionellen Heiler zwar im fortgeschrittenen Stadium der Infektion nicht mehr helfen, aber bei der Behandlung opportunistischer Begleitinfektionen teilweise durchaus erfolgreich waren.

Traditionelle Heiler erwiesen sich als sehr engagierte Partner. Sie haben ein großes Verantwortungsgefühl für ihre Gemeinschaft und deren soziales Wohlergehen. Sie werden von den PatientInnen respektiert und können deren Verhalten beeinflussen. Das wirkt sich sowohl bei Präventionsmaßnahmen aus, da die Heiler durch ihre soziale Position gegen Tabus und Stigmatisierung Infizierter arbeiten können; ebenso führt die Autorität der Heiler zu einer guten Therapietreue der Behandelten.

Die meisten Heiler sind erfahren in der Erkennung sexuell übertragbarer Krankheiten und somit grundsätzlich zugänglich für die Problematik von HIV/AIDS. So spielen sie eine wichtige Rolle für die Prävention und können

mit religiösen und sexuellen Tabus besser umgehen. Die Projektberichte schildern, wie die Heiler während Schulungsmaßnahmen eine unerwartete Kreativität bei der Entwicklung neuer Präventionsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen entwickelten.

Auch die Zusammenarbeit mit SchulmedizinerInnen erwies sich als konstruktiv. Sie waren überrascht vom großen Repertoire an Heilpflanzen, die Heiler dagegen waren sehr interessiert, sich modernes Wissen und Technik anzueignen. Besonders erfolgreich war die Einbindung traditioneller Heiler in Gesundheitsstationen und Kliniken. Dies verbesserte sichtlich die Therapietreue der PatientInnen, die selbst wählen konnten, ob sie lieber von einem Heiler oder einem Schulmediziner behandelt werden wollen.

Weitere Erfolge der ostafrikanischen Initiativen gehen auf die soziale Verantwortung der Heiler zurück. Nachdem die Heiler sich in den Schulungen intensiv mit HIV/AIDS auseinandergesetzt hatten, gründeten einige zu Hause neue Projekte zur Betreuung von AIDS-Waisen und zur Heimpflege von Menschen mit fortgeschrittener Infektion. (CW)

📖 **Ancient Remedies, new disease: Involving traditional healers in increasing access to AIDS care and prevention in East Africa**, 2002, 52 Seiten, 11,10 € ISBN 92-9173-171-4; Bezug über UNO-Verlag, Am Hofgarten 10, 53113 Bonn

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 Schaaber (verantwortlich), Claudia
Jenkes, Christian Wagner, 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.



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



Deutschland

Wer Qualität sagt, wird bestraft

Die Gesundheitsreform hat ihr Klassenziel verfehlt. Statt wichtige Qualitätsverbesserungen durchzusetzen, wird den PatientInnen tief in die Tasche gegriffen.

Es hätte so schön sein können, PatientInnen bleiben dank Positivliste von fragwürdigen Präparaten verschont, ein unabhängiges Institut hätte mehr Klarheit über die besten Therapien für ÄrztInnen und VerbraucherInnen gebracht und durch eine Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln hätte man eine Menge Geld gespart.^{29,30} Doch von den wesentlichen Reformideen der Rot-Grünen Regierung im Medikamentenbereich ist in dem verabschiedeten Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetz - GMG praktisch nichts übrig geblieben. Der Kompromiss mit der Opposition kippte zentrale Verbesserungen:

- ◆ Die bereits fertige Positivliste für Arzneimittel wurde gestrichen.
- ◆ Eine wirksame Qualitätskontrolle durch ein wirklich unabhängiges Institut findet nicht statt.
- ◆ Es gibt keine Kosten - Nutzen Bewertung von Arzneimitteln.

All diese Maßnahmen hätten zu einer verbesserten Medikamententherapie beigetragen, die Sicherheit für die VerbraucherInnen erhöht und zu wesentlichen Kosteneinsparungen geführt. Was blieb, ist eine einseitige Belastung der Versicherten und Kranken - all dies verdient den Namen Reform nicht. Besonders befremdlich ist es, wie die SPD mit den GesundheitsexpertInnen aus den eigenen Reihen (Horst Schmidbauer u.a.) umgeht, die aus inhaltlichen Gründen, die wir voll teilen, gegen diesen Kompromiss gestimmt haben. (JS)

29 Direktwerbung gestoppt - jetzt ist Information gefragt *Pharma-Brief* 5/2003

30 Peter Schönhöfer, Zahnloser Tiger, *Pharma-Brief* 6/2003, S. 6-7

USA: Kosten-Nutzen-Vergleich gefordert

Im US-Kongress sorgt eine Gesetzesvorlage für Aufregung, die nicht nur Kosten senken, sondern zugleich die Qualität der medizinischen Behandlung auf Dauer deutlich verbessern könnte.

Der Entwurf fordert staatliche Behörden auf, Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Kosteneffektivität viel verschriebener Arzneimittel zu sammeln und zwar jeweils im Vergleich mit anderen Mitteln und Behandlungsmethoden. Das Gesetzesvorhaben soll weitere vergleichende Forschungsprojekte wie die ALLHAT-Studie anstoßen.³¹ Deren Ergebnisse hatten im Sommer dazu geführt, dass in den USA die Therapierichtlinien für die Behandlung von Bluthochdruck geändert wurden. Das altbewährte und billigste Mittel, Chlortalidon, hatte sich am wirksamsten und sichersten erwiesen, um Herzinfarkt und Schlaganfall vorzubeugen.³² Die Gesetzesvorlage geht allerdings nicht so weit, neue Medikamente nur dann zuzulassen, wenn sie sich als wirksamer, sicherer oder kosteneffektiver erwiesen haben als bewährte Mittel.

Die Pharmaindustrie läuft dennoch Sturm, denn der vorliegende Entwurf lässt sie massive Gewinneinbußen fürchten: Der US-Pharmamarkt von 150 Milliarden US\$, fehlende Preisregulierung und Werbefreiheit für rezeptpflichtige Mittel bringen der Branche enorme Profite. Jährlich wachsen die Medikamentenausgaben dort um fast 20%. (CJ)

WHO empfiehlt NICE weniger Industrieinfluss

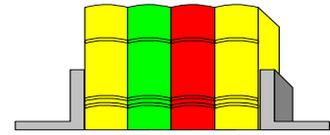
Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) in England und Wales hat sich einer intensiven Revision gestellt.

Eine unabhängige ExpertInnenkommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) untersuchte auf Betreiben

des britischen Parlaments die Arbeitsweise des Institut. Ihr Fazit: NICE solle seine engen Bande mit der Pharmaindustrie durchschneiden und Entscheidungsprozesse transparenter machen. Die staatliche Behörde bewertet seit 1999 die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten in England und Wales. Neue Arzneimittel werden nur dann empfohlen, wenn sie sich als wirksamer, sicherer oder kosteneffektiver erwiesen haben als altbewährte Mittel. Dabei solle sich das Institut allerdings auf das Urteil unabhängiger ExpertInnen stützen, empfiehlt die WHO. MitarbeiterInnen von Pharmafirmen sollten, „um jede Voreingenommenheit zu vermeiden“, nicht Mitglied des Komitees sein, das die Medikamente bewertet. Die Weltgesundheitsorganisation machte der Behörde insgesamt 28 Verbesserungsvorschläge. Sie monierte insbesondere, dass die einer Bewertung zugrunde liegenden wissenschaftlichen Studien nicht immer öffentlich zugänglich seien, denn NICE akzeptiere auch geheimes Material der Industrie. NICE Vorsitzender Rawlins macht in diesem Punkt allerdings nicht viel Hoffnung auf Veränderung: Vertrauliches Material der Firmen öffentlich zugänglich zu machen, könne bedeuten, die zukünftige Arbeit zu gefährden.³³ (CJ)

Auch AkdÄ empfiehlt: Weniger Hormone!

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) reagiert jetzt auf die Ergebnisse jüngerer Studien^{34,35} zum Einsatz von Östrogen- und Östrogen-Gestagen-Präparaten für Frauen in der Menopause. Sie empfiehlt die Hormontherapie im Klimakterium nur noch „im Individualfall bei gesicherten Indikationen, wie z.B. starken klimakterischen Beschwerden und nach ausführlicher Nutzen-Risikoabwägung unter Einbeziehung der Patientin“.³⁶ Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat Anwendungsbeschränkungen für diese Hormonpräparate verfügt und ein Stufenplanverfahren eröffnet, um die Indikation „Osteoporoseprophylaxe“ gänzlich zu widerrufen. (CJ)



Neue Bücher

Wechseljahre

Die Wechseljahre als eine Hormon-Mangelerkrankung zu definieren, sorgt seit langem für gute Umsätze der Hormonhersteller. Doch spätestens seit der WHI-Studie³⁷ wird immer deutlicher, mit welchen Risiken besonders die präventive „Hormonersatztherapie“ verbunden ist.^{34,35} Hier zeigt sich, wie wichtig ausgewogene und hochwertige PatientInneninformation ist, die nicht von Vermarktungsinteressen einzelner Arzneimittelhersteller beeinflusst ist. Die Informationsbroschüre „Wechseljahre“ des *Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum* Berlin bietet solch eine unabhängige Darstellung. Umfassend wird auf die Problemfelder Hormonbehandlung und Osteoporose eingegangen. Statt allgemeiner Empfehlungen wird eine Handreichung zur Abwägung von Nutzen und Risiken gegeben, die eine Entscheidungsfindung in Zusammenarbeit mit der Ärztin/dem Arzt erleichtern. Ein umfassender Ansatz bezieht dabei die Bedeutung von Ernährung und Bewegung in den Umgang mit Wechseljahrsbeschwerden ein. Auch wenn die Erläuterungen im Bereich Heilpflanzen leicht esoterisch anmuten, sind die Fakten im Übrigen durchweg wissenschaftlich fundiert und auf dem aktuellen Stand. (CW)

☞ *Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V.* (Hrsg.) *Wechseljahre*, Berlin 2003, 100 Seiten, 5,50 €, ISBN 3-930766-10-8

31 Richard Smith: A bad week for drug companies? In: *BMI*, Vol. 327, 20.9.2003

32 Neues muss nicht besser sein. *Pharma-Brief* 6/2003, S. 4

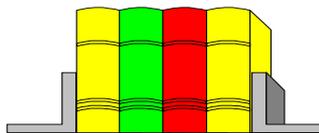
33 NICE is told to break its close links with drug industry *British Medical Journal* Vol. 327, 20.9.2003, p 637

34 Beate Jungmann-Klaar, Hormone helfen nicht immer, *Pharma-Brief* 2/2003, S. 4-6

35 Beate Jungmann-Klaar, Weniger Hormone in den Wechseljahren, *Pharma-Brief* 5/2003, S. 2-3

36 Newsletter 2003-035 der Arzneimittelkommission www.akdae.de/49/956_2003_035.html

37 Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. *JAMA*, July 17, 2002-Vol 288, No. 3 pp. 321



Neue Bücher

Die Krankheitserfinder

Informierte PatientInnen sind das Ziel – doch auf dem Weg dahin hat die Pharmaindustrie nichts zu suchen. Zu diesem Schluss kommt der Wissenschaftsjournalist Jörg Blech in seinem Buch „Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden“. Blech schildert die Medikalisierung normaler Lebensprozesse wie Geburt, Altern, Sexualität, Nicht-Glücklichsein. Als Treiber dieser Entwicklung werden die Arzneimittelhersteller entlarvt, die sich eine große Riege an ÄrztInnen einkaufen, um neue Krankheiten zu erfinden. Zwar würden „Pharmafirmen und Ärzte nicht müde zu behaupten, es seien ja die Menschen selbst, die zu ihnen kämen und nach Therapien verlangten.“ Aber es wird klargestellt: „Fraglos ist den Menschen das Streben nach Gesundheit angeboren. Doch die Krankheitserfinder nähren dieses Verlangen, berechnen es für ihre Zwecke und nutzen es gezielt aus.“

Fast tagtäglich kommen neue Meldungen, wie viele Menschen mit der Krankheit XY zu kämpfen hätten. Zählt man alles zusammen, so müsste jeder Mensch gleichzeitig etwa 20 Krankheiten haben. Die Erfindung neuer Krankheiten spielt dabei eine erhebliche Rolle. Wie Arzneimittelhersteller zusammen mit gekauften ÄrztInnen, den so genannten Meinungsbildnern, vorgehen – dafür gibt es eine Reihe erprobter Strategien. Der einfachste Trick ist, normale Lebensprozesse wie den männlichen Haarausfall als krankhaft zu deklarieren. Anspruchsvoller ist dagegen, aus persönlicher Schüchternheit eine weit verbreitete „soziale Angststörung“ zu machen, die mit Psychopharmaka behandelt werden soll. Ebenfalls gängig ist es, verbreitete leichte Symptome wie Verdauungsstörungen zu Vorboten eines schweren Leidens zu machen. So ge-

lang es, das „Reizdarmsyndrom“ samt zugehöriger Medikation zu etablieren.

Die vielen Beispiele des Buches haben eine Gemeinsamkeit: Die Krankheiten wurden definiert, sobald das zugehörige Arzneimittel gefunden war. Die Menopause wurde ab dem Moment zu einer behandlungsbedürftigen Hormon-Mangelkrankheit, als neu kreierte Hormonpräparate an die Frau gebracht werden sollten – die Folgen sind bekannt.³⁸

Das Buch bietet keinen Enthüllungsjournalismus. Es werden Fälle aufgearbeitet, die allesamt bereits in medizinischen Fachzeitschriften publiziert wurden, aber in der Öffentlichkeit meist nur wenig Resonanz fanden. Das Buch richtet sich an Laien und das ist gut so. Der Autor will ihnen die Augen öffnen für dubiose Machenschaften der „Gesundheits“-Industrie. Aber auch für ÄrztInnen sollte die Lektüre ein hilfreicher Denkanstoß sein, gegen die Intransparenz im Dschungel der eigenen Berufsgruppe anzugehen. (CW)

📖 Jörg Blech: Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. S. Fischer Verlag, Frankfurt 2003. 256 Seiten, 17,90 €, ISBN3-10-004410-X

Fortbildung weltweit

Wer sich über 2500 gesundheitsbezogene Fortbildungsmöglichkeiten weltweit informieren möchte, kann das in dem gelungenen *medicines & health Kurskatalog 2003/2004* tun. Übersichtlich gegliedert und mit einer fundierten inhaltlichen Einleitung versehen, findet man schnell das Gesuchte in humanitärer Hilfe, Entwicklungszusammenarbeit, Public Health oder anderen Fachdisziplinen. Schade ist nur, dass das Buch nicht ohne Werbung auskommt, die den Anspruch an unabhängige Information etwas schmälert. Dennoch: ein gutes, empfehlenswertes Werk. (CF)

📖 *medicine & health Kurskatalog*, Hrsg.: Gerhard Polak, 255 S. 37,70 €, Bezug: Going International, Fasangasse 28/27, A-1030 Wien, www.goinginternational.org office@goinginternational.org

³⁸ Siehe: Beate Jungmann-Klaar, Hormone helfen nicht immer, *Pharma-Brief* 2/2003, S. 4-6 und Beate Jungmann-Klaar, Weniger Hormone in den Wechseljahren, *Pharma-Brief* 5/2003, S. 2-3



Seminar

Risiko Privatisierung: Noch Plätze frei

Vom Freitag, 31. Oktober bis Sonntag, 2. November veranstaltet die BUKO Pharma-Kampagne gemeinsam mit der Evangelischen Akademie Bad Boll das Fachseminar „Public-Private Partnerships – Hand in Hand mit der Industrie?“. ReferentInnen aus Indien, Pakistan, den Niederlanden und Deutschland werden verschiedene Aspekte so genannter Partnerschaften zwischen öffentlichen Institutionen und Wirtschaftsunternehmen kritisch beleuchten. Unter anderem wird Klaus Kirschner (SPD), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestages über Interessenkonflikte zwischen Wirtschaft und Politik sprechen. Weitere Themen sind der Global Fund und Sponsoring von PatientInnengruppen. Die Gäste erwartet außerdem ein vielseitiges Kulturprogramm. Interesse? Dann lesen Sie das ausführliche Tagungsprogramm auf unseren Webseiten www.bukopharma.de oder melden Sie sich direkt an bei

Frau Doris Segatz, Evangelische Akademie Bad Boll, Tel. 07164-79384, Fax: 07164-795384, e-mail: doris.segatz@ev-akademie-boll.de Die Tagungsgebühr beträgt ohne Kost und Logis 110 €, ermäßigt 90 €, Vollpension ab 74,50 €



Aus aller Welt

AIDS: Globaler Notstand

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat einem ungewöhnlichen Schritt getan: Sie rief den globalen AIDS-Notstand aus.

WHO-Generaldirektor Lee Jong-wook begründete den Schritt mit der Tatsache, dass nur 5% (300.000) aller Menschen in der Dritten Welt, die antiretrovirale Medikamente benötigen, diese auch tatsächlich bekommen. Die WHO will erreichen, dass bis 2005 mindestens drei Millionen, also die Hälfte aller Bedürftigen behandelt wird. Dazu will die Organisation Notfallteams unter Einbeziehung von NGOs bereitstellen, die Regierungen bei der Umsetzung von Behandlungsplänen unterstützen. Die Beschaffung von Medikamenten soll erleichtert und Trainer für Gesundheitspersonal ausgebildet werden. Die komplette Strategie soll bis zum Welt-AIDS-Tag am 1.12. 2003 ausgearbeitet sein.³⁹ (JS)

Kambodscha: Patentlos

Kambodscha wird bis 2016 keine Patente auf Arzneimittel akzeptieren. Das legt das neue Patentgesetz des Landes fest. Dabei wird auf die WTO-Entscheidung von Doha verwiesen, die den Vorrang der Gesundheit vor Handelsinteressen festschreibt.⁴⁰ (JS)

TAC geehrt

Für ihr Engagement für das Recht auf Behandlung von AIDS-Kranken bekam die südafrikanische Treatment Action Campaign (TAC) am 6.10.2003 den *Nelson Mandela Health and Human Rights Award* in Johannesburg überreicht. Dazu herzlichen Glückwunsch! (JS)

Tödlich schlank

Der Appetithemmer Sibutramin (Reductil[®], Meridia[®]) wird seit längerem mit Todesfällen in Verbindung gebracht. Jetzt fordern kritische Gruppen den Rückzug des Mittels.⁴¹

Die US-Gruppe *Public Citizen* weist darauf hin, dass die Meldungen über Risiken drastisch zugenommen haben. Wurden in den ersten 44 Monaten nach Zulassung von Sibutramin 19 Todesfälle durch Herzinfarkt und Herzstillstand gemeldet, waren es in den folgenden 18 Monaten (seit Oktober 2001-März 2003) 30 weitere Fälle. Trotz Kontraindikation in der Schwangerschaft liegen auch Berichte über Fehlgeburten und Fehlbildungen bei Neugeborenen vor.⁴² Die US-Verbraucherorganisation fordert deshalb ebenso wie das *arznei-telegramm* ein Verbot des Mittels. (JS)

Käufliches Ministerium

Das belgische Gesundheitsministerium hat dem US-Konzern MSD ein gutes Geschäft beschert. Der Cholesterinsenker *Zocor[®]* (Simvastatin) der Firma wird als einziger vom belgischen Sozialversicherungssystem erstattet. Die generischen Varianten von Simvastatin, die bis zu 50% billiger angeboten werden, müssen die PatientInnen selbst bezahlen. Gesundheitsminister Vandenbroucke bestritt, dass die Pharmaindustrie Einfluss genommen habe, die Entscheidung sei ein Zufall.⁴³ Der Minister musste jetzt den Hut nehmen. Sein Nachfolger will auch die Generika erstatten. (CF/JS)

Siegfried Pater geehrt

Der Journalist, Buchautor und Filmmacher Siegfried Pater wurde jetzt mit dem Oscar-Romero-Preis⁴⁴ für seinen längjährigen Einsatz für die Dritte Welt geehrt. In der Anfangszeit der Pharma-Kampagne gab es eine enge Zusammenarbeit mit Siegfried Pater zum Thema Bluthandel, aus der das Buch *Bluterte* und der gleichnamige Film entstanden. Später arbeitete Pater u.a. an Themen wie Organhandel und Fast Food. Wir gratulieren herzlich! (JS)

Workshop

Pille oder Banane? Straßentheater lernen

Politische Öffentlichkeitsarbeit wird meist mit viel Papier betrieben. Doch es geht auch anders: Die BUKO Pharma-Kampagne nutzt seit fast 20 Jahren Straßentheater als äußerst erfolgreiche Methode entwicklungspolitischer Bildungsarbeit. Diese Erfahrung wollen wir weitergeben. Wir veranstalten darum gemeinsam mit BanaFair vom 23.-25. Januar 2004 in Bielefeld den Praxisworkshop „Straßentheater als Methode entwicklungspolitischer Öffentlichkeitsarbeit“. Erfahrungen im Theaterspielen sind nicht erforderlich. Spielerisch wollen wir erkunden, wie Probleme, Fakten und Skandale im Straßentheater umgesetzt werden können. Themen können auch von den TeilnehmerInnen eingebracht werden. Am Ende des Workshops werden wir kleine, aufführungsreife Szenen erarbeitet haben. Der Workshop bietet auch Einstiegsmöglichkeiten in die Straßentheatergruppe *Schluck und weg* und in die Aktionen von BanaFair. Seminarkosten ca. 70 Euro.

Anmeldungen und Rückfragen: Claudia Jenkes, BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld cjenkes@bukopharma.de

39 WHO Press release 22.9.2003

www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr67/en/

40 Cambodia: No drug patents until 2016!, *e-drug* 21.8.2003

41 Sibutramin (Reductil): erneut Marktrücknahme gefordert, *arznei-telegramm* 9/2003, S. 88

42 Public Citizen's Health Research Group: Petition 3.9.2003 www.citizen.org/publications/print_release.cfm?ID=7273

43 Comment les multinationales du médicament influencent les gouvernements, *Solidaire* 31, 20.8.2003, www.solidaire.org

44 Der Preis ist nach dem 1980 ermordeten Erzbischof von San Salvador benannt.

Das Letzte

„Konkret soll das Seminar nachhaltig helfen [...] klinische Studien so anzulegen, dass sie stärkeren Einfluss auf Produktsätze haben.“

Aus der Einladung zum Seminar „Erfolgreiche Produkte durch effektive Kooperation zwischen medizinischer Entwicklung und Marketing“ des Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie Service GmbH am 23.9.2003