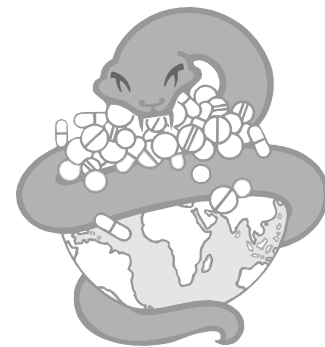


PHARMA- BRIEF



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

Nr. 5, Juli 2000

K 11838

Die Armen zahlen mehr Im Preisdschungel für Arzneimittel

Ein weltweiter Vergleich der Arzneimittelpreise zeigt, dass Menschen in armen Ländern oft mehr für Medikamente zahlen müssen als in Industrieländern. Patente haben einen ebenso negativen Einfluss auf die Preise wie fehlende Konkurrenz. Die Undurchsichtigkeit des Marktes macht es Firmen leicht, in manchen Ländern exorbitant hohe Preise durchzusetzen.

Unser internationales Netzwerk Health Action International (HAI) hat jetzt zum zweiten Mal einen globalen Vergleich von Arzneimittelpreisen veröffentlicht.¹ Dabei wurden die Preise für 16 Wirkstoffe in 36 Ländern verglichen. Soweit erhältlich, wurden immer Markenprodukte und preiswerte Generika einbezogen.

Die meisten der untersuchten Wirkstoffe stehen auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder in entsprechenden nationalen Listen mehrerer Dritte Welt-Länder. Außerdem wurden die Preise der beiden weltweit umsatzstärksten Arzneimittel untersucht (Simvastatin und Omeprazol)² sowie drei wichtige AIDS-Medikamente.

Dass neue Arzneimittel, die unter Patentschutz stehen, am teuersten sind, kommt nicht ganz unerwartet. Dies gilt vor allem, wenn es noch keine Nachahmerpräparate gibt. Erstaunlich sind aber die unterschiedlichen Preise, die ein Hersteller für ein und dasselbe Markenprodukt in verschiedenen Ländern verlangt. Die Unterschiede rangieren von 1:4 bis 1:59.



Trotz niedriger Preise: Pharmawerbung auf einem Kreisverkehr in Indien
Foto: Hedwig Diekwisch

So verlangt Novartis für Voltaren® (Diclofenac) in Indien 2 US\$, in Argentinien kostet die gleiche Menge 118 US\$.³ Auch die Preisspanne für Adalat® (Nifedipin) von Bayer ist beträchtlich: Sie reicht von 3 US\$ in Indien bis zu 96 US\$ in Peru, immerhin das 32-fache. Solche Unterschiede

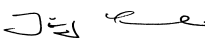
Editorial

Liebe LeserInnen,
für viele Menschen sind Arzneimittel nicht zugänglich, weil sie zu teuer sind (siehe Leitartikel). Jetzt soll Reis für die Armen durch Genmanipulation mit Vitamin A angereichert werden. Ob die Manipulation von Lebensmitteln eine Alternative darstellt, möchten wir doch in Frage stellen (S. 4).

Währenddessen gibt es in wohlhabenderen Ländern die Tendenz, zu viele Pillen zu schlucken. Ein neues Raucher-Entwöhnungsmittel mit zweifelhaftem Nutzen könnte dazu gehören (S. 6). Eine besonders bizarre Variante ist der Kampf des Dr. Rath um seine hochdosierten Vitaminpräparate (S. 6).

Eine abwechslungsreiche Lektüre wünscht Ihnen

Ihr


Jörg Schaaber

- **Welthandel:**
Was ist GATS? 3
- **Reis:**
Ein neues Medikament? 4
- **AIDS:**
Zweifel an Industrieangebot .. 5
- **Neue Medikamente:**
Wenig Nutzen, hohe Risiken ... 6
- **Inland:**
Nachlese Gesundheitstag 7

machen deutlich, dass es durchaus lohnend sein kann, das identische Mittel durch Parallelimport aus einem anderen Land zu holen. Dies Verfahren ist innerhalb der EU üblich. Auf Druck der großen internationalen Pharmakonzerne intervenieren aber vor allem die USA immer wieder in anderen Ländern, wenn diese Parallelimporte ermöglichen. Generell ist festzustellen, dass es bei Markenprodukten größere Preisunterschiede zwischen den Ländern gibt als bei den identischen Generika.

Keine Patente – Günstige Preise

Ein wichtiger Grund, dass ausgerechnet in Indien Arzneimittel am billigsten sind, ist der fehlende Patentschutz und die Förderung der lokalen Industrie. Übrigens führt das keineswegs dazu, dass internationale Firmen das Land verlassen, sie senken lediglich die Preise. Durch die TRIPS-Klauseln im Welthandelsabkommen wird Indien diesen Vorteil jetzt aber einbüßen, weil Patente zukünftig anerkannt werden müssen.

Dabei brauchen auch die indischen Firmen meist ein paar Jahre, bis sie ein neues Medikament nachahmen können. In den ersten Jahren ist die Preisdifferenz zwischen dem Originalpräparat und der Kopie noch nicht so groß. So verbleiben dem Erstanbieter eines Wirkstoffs auf jeden Fall einige Jahre, in denen er sehr hohe Preise durchsetzen kann. Erst wenn die Absatzmenge

und die Konkurrenz durch mehrere Anbieter wächst, sinken die Preise stark.⁴

Ohne Konkurrenz: Hohe Preise

Fehlende Konkurrenz führt auch unter anderen Bedingungen zu höheren Preisen. Vor allem in afrikanischen Ländern gab es etliche Medikamente jeweils nur vom Originalanbieter, obwohl die Mittel nicht mehr patentgeschützt waren. Schlechte Infrastruktur, mangelnde Information über Preisunterschiede oder zu kleine Absatzmärkte lassen die in der Marktwirtschaft üblichen Konkurrenzmechanismen versagen.

Deshalb waren auch die meisten Markenarzneimittel im Schnitt in Afrika teurer als in Industrieländern. Nur in Lateinamerika sind Arzneimittel meist noch teurer als in Afrika.⁵ Lediglich in Asien sind Arzneimittel im Schnitt billiger als in Industrieländern. Immer ist mitzubedenken, dass die Kaufkraft der Menschen in Ländern der Dritten Welt viel geringer ist als in Industrieländern, d.h. sie zahlen die hohen Preise doppelt und dreifach.

Insgesamt ist der Arzneimittelmarkt im hohen Maße intransparent. Oftmals stehen in einem Land sehr hohe Preise für viele Mittel niedrigen für wenige andere Medikamente gegenüber. Für PatientInnen, die in vielen Fällen ihre Arzneimittel selbst bezahlen müssen, eine untragbare Situation.

Transparenz tut Not

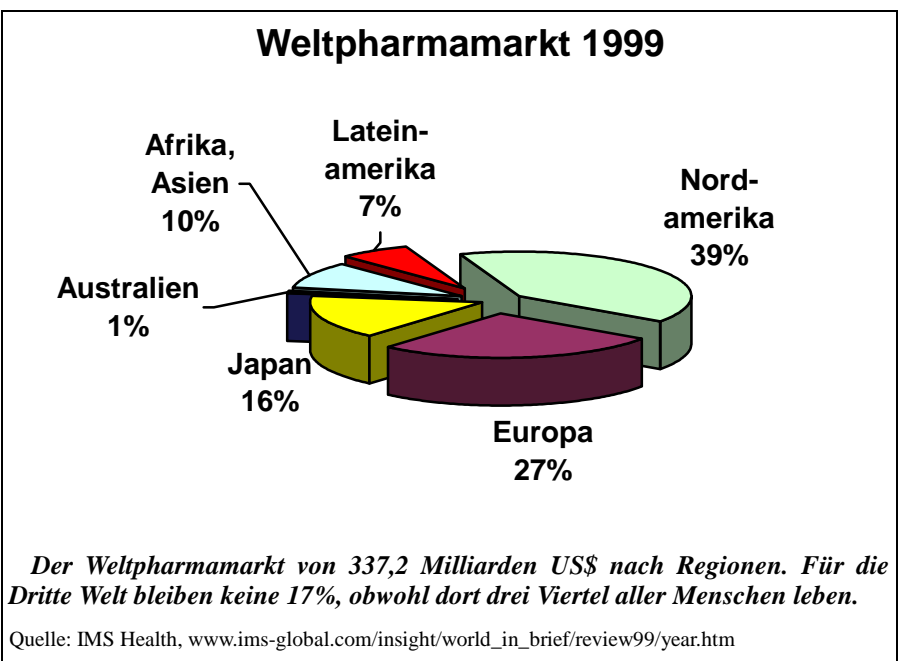
Ein erster Schritt zu niedrigeren Preisen, die vor allem für die Dritte Welt überlebenswichtig sind, ist die Herstellung von mehr Preistransparenz. Zusätzlich sind in vielen Ländern Verbesserungen im Beschaffungssystem für Arzneimittel möglich. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann durch Ausschreibungen für die benötigten Medikamente viel Geld sparen. Wenn es nur einen privaten Großhändler im Lande gibt, kann Konkurrenz die Preise senken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhielt im Mai diesen Jahres den Auftrag, alle Mitgliedsstaaten bei der Entwicklung von Preisüberwachungssystemen zu unterstützen.⁶ Die WHO erhält auch eine Rolle bei der Aktualisierung von existierenden internationalen Datenbanken über Arzneimittelpreise. Sie sollen es Ländern einfacher machen, festzustellen, ob sie günstige Preise erhalten.

Es sollte aber nicht vergessen werden, dass Arzneimittel ein Ware sind, die nur in einer angemessenen Gesundheitsversorgung sinnvoll eingesetzt werden können. (JS)

- 1 K. Bala/ Kiran Sagoo, Patents and Prices, *HAI-news* April/May 2000, p. 1-9
- 2 Simvastatin gegen Herzkrankheiten; Omeprazol gegen Magengeschwüre
- 3 Alle Angaben in 100 Einheiten: Kapseln, Tabletten usw.
- 4 K. Bala/ Kiran Sagoo aaO, S. 7 (Tab. 10 u. 11)
- 5 K. Bala/ Kiran Sagoo aaO (Tab.7)
- 6 Resolution WHA 53.14, 20. Mai 2000

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, Hedwig Diekwisch
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht
unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.
Druck: Off-Set, Bielefeld
Bezugsbedingungen:
Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich.
Einzelabo 25 DM,
Institutionen- oder Auslandsabo 45 DM.
Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Bezugspreis
im Mitgliedsbeitrag enthalten.
Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen
werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten
nicht weitergegeben.
© copyright BUKO Pharma-Kampagne
Konto für Abos: 105 601
Konto für Spenden: 105 627
Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),
Gesundheit & Dritte Welt e.V.
Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.
Wir danken Florianne Koechlin und der *Sozialen
Medizin* für die Abdruckgenehmigung von „Reis als
Medikament“



Was ist GATS?

Wer Liberalisierung sagt und Privatisierung meint

Im Frühjahr fand in Brüssel eine Konferenz der *European Public Health Alliance* zu den Auswirkungen der EU-Handelspolitik auf die Gesundheit statt. VertreterInnen verschiedener europäischer NGOs informierten über die Auswirkungen der Welthandelsabkommen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Ein neues Abkommen steht vor der Tür: GATS. Damit sollen die Grenzen für Dienstleistungen und Handel niedrigergerissen werden. Die Folgen können auch für den Gesundheitsbereich weitreichend sein.

Bas van der Heide von unserem internationalen Netzwerk Health Action International (HAI) und Ärzte ohne Grenzen (MSF) sprachen über die Auswirkungen der TRIPS Vereinbarungen auf den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln. Über die negativen Folgen für große Teile der Weltbevölkerung berichteten wir wiederholt.⁷

Doch ein weiteres Welthandelsabkommen hat enorme Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen: GATS, das Abkommen über Handel und Dienstleistungen. Kompetent redeten VertreterInnen aus Finnland, Frankreich und Großbritannien über die Auswirkungen dieses Abkommens auf die Gesundheit der Menschen. Nicht nur in der Dritten Welt ist die Bevölkerung davon betroffen, sondern auch in Europa.

Was steht auf dem Spiel?

Gesundheitssysteme sollen folgende Grundbedingungen erfüllen:

- ◆ Ein universeller und gleicher Zugang zu Basisgesundheitsdiensten muss gewährleistet sein.
- ◆ Die Bedürfnisse der Menschen bestimmen, was notwendig für die Gesundheit aller ist.
- ◆ Die verschiedenen Gesundheitssysteme müssen sich ergänzen und nicht miteinander konkurrieren.

Bisher erfüllten die meisten Gesundheitssysteme in Europa diese Bedingungen, waren öffentlich und staatlich finanziert. Ebenfalls wurde die Verteilung der Ressourcen staatlich kontrolliert. Im Zuge der Liberalisierung geraten die Regierungen mehr und mehr unter Druck, gerade auch die Gesundheitsdienste zu privatisieren und an den Maßstäben des Marktes zu messen. Zwar verlangt das GATS-Abkommen

nicht die Auflösung staatlicher Gesundheitsdienste, stellt aber die Grundlagen der öffentlich garantierten Versorgung massiv in Frage. Denn GATS stärkt die Position privater Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und hier vor allem von Versicherungen.

Statt einer öffentlichen Finanzierung der Gesundheitsdienste wird ein Wandel hin zu privaten Krankenversicherungen betrieben. *Das heißt: Es werden nicht mehr alle Leistungen entsprechend den Bedürfnissen gleich behandelt, sondern jedeR bekommt nur noch, gegen was er/sie sich versichert hat.*

Gesundheit wird nicht mehr als staatliche Aufgabe gesehen, sondern muss sich im Rahmen der Gesamtwirtschaft rechnen. *Das heißt: Wer unter einer zu teuren Krankheit leidet und zu wenig Geld hat, wird nicht mehr behandelt, Betten werden abgebaut, Leistungen reduziert.*

Inwieweit ein solch profitorientiertes System die Bedürfnisse aller Menschen befriedigen kann, bleibt dabei ebenso offen wie die Frage, wie auf diese Weise ein Zugang aller zu Basisgesundheitsdiensten gewährleistet werden soll.

In Europa ist Großbritannien eines der Länder, das die Liberalisierung und Privatisierung seit 1980 am weitesten vorangetrieben hat. In Folge wurden unter anderem die staatlichen Krankenhausbudgets um 20% gekürzt, andere Versorgungsformen mussten noch stärkere Einschränkungen hinnehmen. Wie zu erwarten hat sich der Zugang gerade der Armen zu den Gesundheitsdiensten verschlechtert, das Einkommen wird für sie inzwischen mitunter zur Entscheidung über Leben und Tod. So wird z.B. die Dialysebehandlung bei Nierengeschädigten nur

bis zu einem Alter von 60 finanziert. Wer älter ist, hat entweder genug Geld, eine private Krankenversicherung oder stirbt!

Das GATS-Abkommen verlangt zwar nicht die Auflösung staatlicher Gesundheitsdienste, drängt sie aber in eine ungleiche Konkurrenz mit privaten Anbietern. Die Grundprinzipien und das Recht aller auf Gesundheit gehen dabei verloren. Durch die Konkurrenz mit privaten Gesundheitsdiensten stehen die Bedürfnisse der Menschen nicht mehr im Vordergrund, sondern die Kostenrechnung und der Wert des/der PatientIn in € oder \$... Staatliche Gesundheitsdienste werden durch die Bestimmungen des GATS-Abkommens von innen ausgehöhlt und schleichend privatisiert.

Zum Beispiel: Chile

Als abschreckendes Beispiel kann Chile dienen, wo die Krankenversicherung unter der Pinochet-Diktatur weitgehend privatisiert wurde. Der Effekt: junge gesunde und wohlhabende BürgerInnen wanderten zu den privaten Versicherungen ab. Werden diese Menschen älter, bekommen sie von den Versicherungen so unattraktive Verträge angeboten, dass sie wieder bei der staatlichen Versorgung landen. So muss der Staat mit enormen Kosten die Armen und Älteren versorgen, während die privaten Versicherungen gute Rendite machen.

Um langfristig das Menschenrecht auf Gesundheit zu erreichen, müssen wir dafür sorgen, dass Gesundheitsdienste einen universellen Zugang für alle Menschen sichern, an ihren Bedürfnissen ausgerichtet sind und die Regierungen Gesundheit weiterhin als ihre Aufgabe begreifen. (CF)

Weitere Informationen zu diesem Beitrag sind auf folgender Website abrufbar:

www.eph.org



⁷ *Pharma-Brief Spezial 1/2000*; Einig gegen AIDS, *Pharma-Brief 4/2000*, S. 1-2; Lebenswichtige Medikamente zu tödlichen Preisen, *Pharma-Brief 10/1999*, S. 1-2; Unerwartetes von der WTO, *Pharma-Brief 5-6/1999*, S. 1-3

Reis als Medikament?

Eine PR-Offensive für Gentech-Pflanzen

Der „golden rice“ von Professor Potrykus aus der Schweiz wird zur Lösung des Vitamin A Mangel Problems für Menschen in der Dritten Welt hochgejubelt. Bei näherer Betrachtung erweist sich das jedoch als fragwürdig.

Es tönt bestechend: Da haben Forscher um Ingo Potrykus von der ETH Zürich genmanipulierten Reis hergestellt, der Provitamin A bildet. Der Reis soll durch Vitamin A Mangel verursachte Blindheit bei den Ärmsten dieser Welt bekämpfen helfen. Man will ihn den armen Kleinbauern schenken, ohne Patentansprüche, und dahinter stehen nicht die Profitinteressen der Gengiganten, sondern eben die öffentliche Forschung. Diese Wundergeschichte vom genmanipulierten „golden rice“ hat aber mindestens drei Haken:

1. Keine isolierte Einzellösung

Ob der Gentech-Reis jemals funktionieren wird, steht in den Sternen, denn die Bioverfügbarkeit von Provitamin A ist komplex. Provitamin A muss im Darm absorbiert und dann vom Körper zu Vitamin A aufgebaut werden. Dazu muss z.B. Fett vorhanden sein, da Provitamin A nur fettlöslich ist. Viele Diäten armer Menschen enthalten aber kaum Fett; sie würden das Provitamin A unverdaut wieder ausscheiden. Wurminfektionen und Diarrhöe behindern ebenfalls die Aufnahme. Darum sind, so bemerkt Experte Bruno de Benoist von der WHO in Genf, die hygienischen Verhältnisse und schmutziges Wasser wichtige Faktoren für das Vorkommen der Vitamin A Mangel. „Es gibt keine ‚einfache‘ oder ‚Wunderlösung‘“, bemerkt John R. Lupien von der FAO. Zudem: Der Gentech-Reis aus Zürich ist ein erster Laborversuch, und es gibt noch keinerlei Erfahrung, ob die Gentech-Pflanzen unter den unterschiedlichsten Umweltbedingungen auch die erwarteten Eigenschaften aufweisen.

2. Der "versteckte Hunger"

UNO, FAO und WHO haben eine lange – und erfolgreiche – Erfahrung bei der Bekämpfung von Vitamin A Mangel. Als Strategien haben sich die Anreicherung von Lebensmitteln mit Vitamin A, die Verabreichung von Vitamin A-Kapseln oder von der Be-

völkerung mitgetragene Ernährungsprojekte bewährt. In Ländern mit solchen Programmen ist die Anzahl kleiner Kinder, die wegen Vitamin A Mangel erblindet sind, drastisch gesunken! Und gemäß Weltbank gehören die Programme zur Verhütung von Vitamin A Mangel zu den kostengünstigsten überhaupt.

In Bangladesh zum Beispiel, wo Vitamin A Mangel ein großes Problem war, hat die FAO zusammen mit 14 NGOs 1993 ein Projekt zur Förderung von kleinen Hausgärten gestartet. Die Frauen wurden ermutigt, kleine Hausgärten anzulegen, vor allem durch Aufnahme und Verbesserung traditioneller Anbaumethoden. Landlose Familien pflanzen Reben an den Hauswänden an und setzen in die Reben Bohnen und Kürbisse hinein. Alle haben Provitamin A-reiche Blätter, die üblicherweise gegessen werden. Frauen, die erfahren haben, dass ihre Kinder tatsächlich gesünder werden, tragen das Projekt weiter, wie beim Schneeballprinzip. Die Projekte waren von Anfang an gut in den Dorfgemeinschaften integriert und von den NGOs aktiv mitgetragen worden. Inzwischen sind über 600.000 Familien (drei Millionen Menschen) in das Projekt integriert. In einer wissenschaftlichen Studie konnte aufgezeigt werden, dass sich der Gesundheitszustand generell verbessert hat und dass bereits bei kleinen Gärtlein. Überraschend war zudem: Je mehr verschiedene Früchte und Gemüse eine Person isst, desto besser scheint der Körper Provitamin A aufzunehmen. Die Zunahme der Vielfalt hat also signifikante Verbesserung gebracht, unabhängig von der Menge (wahrscheinlicher Grund: bessere Bioverfügbarkeit und Synergie-Effekte).

Nach Einschätzung der FAO sollten solche Ernährungsprojekte höchste Priorität haben. Sie sind partizipativ und nicht von oben diktiert. Das Hauptproblem ist, dass die Leute nicht wissen, dass ihre extrem einseitige Ernährung mit Wachstumsstörungen, Augenkrankheiten oder erhöhter

Krankheitsanfälligkeit in direktem Zusammenhang steht: „Versteckter Hunger“ heißt dieses Phänomen. „Es ist schon ironisch, dass einige der schlimmsten Konzentrationen von Blindheit in Bevölkerungen vorkommen, die von einer überreichlichen Vielfalt von Vitamin A-Quellen in Form von lokalen Gemüsen und Früchten umgeben sind“, sagt Nevin Scrimshaw, der 1991 den Welternährungspreis erhielt. Es gibt genug Beispiele, die zeigen, dass eine Änderung und Diversifizierung der Diät der einzige Weg zu einer nachhaltigen Besserung darstellt. Ein Weg, der auch noch sehr kostengünstig ist. Beim Gentech-Reis kommt da noch ein Extra-Problem hinzu: Er ist tiefgelb. Jahrelang galt bei Reis und Brot „weißer als weiß“ als Symbol schlechthin für Qualität, Fortschritt und westliche Überlegenheit. Nun sollen die Menschen plötzlich gelben Reis gut finden. Das ist auch ein kulturelles Problem.

3. Mehr als 24 Patente

Derselbe Ingo Potrykus, der nun in der internationalen Presse gegen Pflanzen-Patente wettet, hat von eben solchen Patenten in der Vergangenheit enorm profitiert. Er ist als „Erfinder“ an 30 Pflanzen-Patenten mitbeteiligt, von denen die meisten Novartis gehören. Das letzte Novartis-Patent mit Potrykus als „Erfinder“ trat Anfang 1999 in Kraft (No. US5976880). Und gemäß der britischen Zeitschrift *Guardian* (31.1.00) wird der Gentech-Reis von 24 verschiedenen Patenten beherrscht. Potrykus und sein Team haben auch den Reis selbst zum Patent angemeldet... Auf kurze Sicht wäre es sicher schlechte PR, wenn ein Konzern seine Patentansprüche auf diesen Reis erheben würde. Doch werden sie auch in Zukunft auf solch lukrative Patentansprüche verzichten?

Die in *Science* (14.1.2000) erschienene Studie von Ingo Potrykus wurde als Vorabdruck an 1700 JournalistInnen aus der ganzen Welt gesandt. Offenbar wird hier eine gigantische PR-Offensive zur Akzeptanzförderung von genmanipulierten Lebensmitteln lanciert. Und es ist einmal mehr die einfache, universelle Lösung, entschieden und entwickelt von Wissenschaftlern im Norden, die dann den Ländern des Südens präsentiert werden soll.

Florianne Koehlin

Weitere Infos: www.blauen-institut.ch

AIDS: Afrika skeptisch gegenüber Industrieangebot

Die GesundheitsministerInnen des südlichen Afrika beschlossen auf einem Treffen in Pretoria, alle Wege zur billigen Beschaffung von AIDS-Medikamenten zu nutzen. Das Industrieangebot, die Mittel selber billiger anzubieten, spielte eine untergeordnete Rolle.

Rechtzeitig zur Weltgesundheitsversammlung im Mai diesen Jahres hatten fünf große Firmen versprochen, die Preise für AIDS-Medikamente zu senken. Neben großem internationalem Druck war die Furcht vor weitergehenden Eingriffen in die gerade erreichte Patentierung von Arzneimitteln in Ländern der Dritten Welt ein wesentliches Motiv für das Angebot der Firmen (siehe auch „Einig gegen AIDS“ in *Pharma-Brief* 3-4/2000).

Im Manhattan-Hotel hatten sich am 17. Juni die GesundheitsministerInnen der südafrikanischen Region (SADC)⁸ getroffen. Ihr Anliegen: die Behandlung der zahlreichen AIDS-PatientInnen zu ermöglichen. Der Schwerpunkt der diskutierten Maßnahmen lag auf Methoden wie Parallelimporten und der Erteilung von Zwangslizenzen zur billigen Produktion vor Ort. Soweit die Regeln der WTO den Zugang zu Arzneimitteln behindern, wollen die MinisterInnen versuchen, diese zu verändern.⁹

Das Angebot der fünf großen Firmen wurde äußerst skeptisch beurteilt. Die MinisterInnen waren über die Art, wie die Firmen ihre Offerte in der Öffentlichkeit vermarkteten, ohne dass die genauen Bedingungen überhaupt feststanden, deutlich verärgert. In der Bevölkerung würden völlig unberechtigte Hoffnungen geweckt und es entstehe der Eindruck, es läge lediglich an den Regierungen der betroffenen Länder, dass jetzt nichts passiere.

Sinnvoll könne ein Angebot der Industrie nur sein, wenn die langfristige Versorgung aller Betroffenen sichergestellt werde und die Rahmenbedingungen akzeptabel seien. Die Verhandlungen hätten bislang zwischen der Industrie und UN-Organisationen ohne Beteiligung der Dritten Welt stattgefunden. Die südafrikanische Gesundheitsministerin wurde beauftragt, Verhandlungen im Auftrag der SADC-Länder aktiv zu führen.

Die Weltgesundheitsorganisation wurde aufgefordert, die Förderung von industrie-unabhängiger Forschung mit staatlichen Mitteln voranzutreiben. Nur so werden Chancen gesehen, gute Medikamente für die Krankheiten der Armen zu entwickeln. Denn die Industrie forscht lieber über Krankheiten, von denen die wohlhabenden PatientInnen dieser Erde betroffen sind.



Besondere Brisanz erhält das Treffen der MinisterInnen durch die Welt-AIDS-Konferenz, die im Juli 2000 in Durban stattfinden wird. Sollte die Industrie bis dahin keine konkreten Angebote machen, werden die afrikanischen Länder ihren Konfrontationskurs aufrechterhalten.¹⁰ Auch Dr. Joseph Perriens von UNAIDS prophezeite, wenn bis Durban keine klaren Preise genannt würden, gebe es „Ärger“.¹¹

Die Länder wollen sich auch aktiv in die weitere Entwicklung der Welthandelsverträge durch die WTO einmischen und dort die Interessen der Dritten Welt massiv vertreten. (JS)

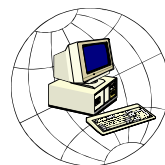
Weitere Informationen zu diesem Beitrag:

www.UNAIDS.org

www.haiweb.org

www.aids2000.com

(industriegesponsorte Seite der Welt-AIDS-Konferenz)



⁸ 14 Länder der regionalen Entwicklungszusammenarbeit im südlichen Afrika.

⁹ Press release of the extraordinary meeting of Ministers of Health of the SADC region, Pretoria 17 June 2000

¹⁰ Laurice Taitz, Health Ministers vow to provide cheap AIDS drugs, *Sunday Times* 18 June 2000

¹¹ Fondation du Present, Press release - HIV/AIDS Treatment Access Roundtable, Genf, 23.6.2000



In eigener Sache

Erfreuliches

Kinder, Kinder

Bei uns hat es viel Nachwuchs gegeben. Im Mai brachten sowohl unsere ehemalige Kollegin Zohreh Rasti als auch Christiane Fischer eine gesunde Tochter zur Welt. Dazu gratulieren wir den Eltern herzlich.

Neue Mitarbeiterin

Ich heiße Hedwig Diekwisch und vertrete Christiane Fischer für die Zeit ihres Erziehungsurlaubes. Ich bin gelernte Krankenschwester und war insgesamt 16 Jahre in diesem Beruf tätig.

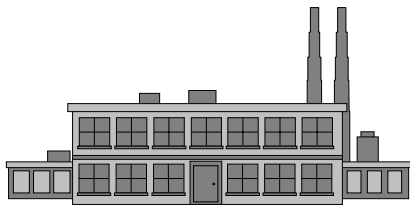


Während dieser Zeit arbeitete ich in verschiedenen Fachbereichen des Krankenhauses und in der ambulanten Pflege. Mit entwicklungspolitischen Themen

kam ich während meiner Tätigkeit für das Komitee Cap Anamur in Berührung. So arbeitete ich in einem Flüchtlingslager in Sierra Leone / Westafrika und anschließend in einem kleinen Distriktkrankenhaus in Vietnam. Dabei wuchs der Wunsch, die praktisch gemachten Erfahrungen in einem größeren theoretischen Kontext verarbeiten zu können. So studiere ich – neben meiner Arbeit bei der Pharma-Kampagne – an der Bielefelder Universität Soziologie und befinde mich am Ende des Hauptstudiums. Die Arbeit macht mir Freude und ich hoffe auf eine lange Zusammenarbeit.

Pharma-Kampagne im Spiegel

Zum Thema AIDS und Arzneimittel interviewte uns der Spiegel. Wer nachlesen möchte: Nr. 20/2000, S. 194



Konzern-Nachrichten

Nikotinentwöhnung: Nur Schall und Rauch

Ein Mittel gegen Depressionen soll RaucherInnen zum Aufhören bringen. Doch die Ergebnisse sind mehr als zweifelhaft.

Der Wirkstoff Bupropion (Zyban®) wurde bereits in den Medien vermarktet, noch bevor er überhaupt erhältlich ist. Es wird behauptet, dass 30% der RaucherInnen ein Jahr nach Einnahme des Wirkstoffs noch nikotinfrei seien. Nur leider stimmt das so nicht.¹²

In Wirklichkeit lässt sich aufgrund der beiden für die Zulassung vorgelegten Studien nur sagen, dass ein Teil der Versuchspersonen zu bestimmten vorher festgelegten Zeitpunkten nicht rauchten. Die TeilnehmerInnen wurden gefragt, ob sie in den letzten sieben Tagen nicht geraucht hätten, ein zur Kontrolle eingesetzter Atemtest konnte nur Rauchen in den letzten 24 Stunden nachweisen. Von den allesamt hochmotivierten StudienteilnehmerInnen, die zusätzlich verhaltenstherapeutische Hilfestellungen erhielten, gaben nach 12 Monaten 23% bzw. 30% an, in den letzten sieben Tagen nicht geraucht zu haben, unter Scheinmedikament waren es 12% bzw. 16%.

Die Autoren der Studien räumen selbst ein, dass ein Effekt (wenn er denn tatsächlich vorhanden ist) nur anhält, so lange der Wirkstoff eingenommen wird. Dabei ist Bupropion schlecht verträglich, bis zu 42% haben Schlafstörungen, bis zu 13% Mundtrockenheit, auch Engegefühl in der Brust und plötzlicher Herztod sind beschrieben.

Dass aufgrund von so schlecht angelegten Studien ein Mittel zugelassen wird, lässt an der Qualität der Prüfungs- und Entscheidungspraxis der Behörden zweifeln. (JS)

Neuer Zeckenimpfstoff schadet Kindern

In manchen Gegenden können Zecken eine bestimmte Form der Hirnhautentzündung (FSME) übertragen.¹³ Doch der neue Impfstoff Ticovac® ist auch nicht gerade harmlos.

Bereits fünf Monate nach Markteinführung liegen zahlreiche Berichte über unerwünschte Wirkungen vor. Vor allem Kinder vertragen den Impfstoff schlecht. Hohes Fieber, Schüttelfrost, Glieder- und Kopfschmerzen treten häufig auf und dauern teilweise mehrere Tage an.¹⁴

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), zuständig für die Kontrolle von Impfstoffen, hat jetzt Anwendungseinschränkungen erlassen. Kinder bis zu drei Jahren dürfen nicht mehr mit Ticovac® geimpft werden, ältere Kinder nur in Hochrisikogebieten und bei Kindern bis 15 Jahren muss die Dosis halbiert werden.

Das kritische *arznei-telegramm* fordert jetzt, den Impfstoff ganz vom Markt zu nehmen,¹⁴ da er wesentlich schlechter verträglich sei als ein gleich wirksames Alternativpräparat. Das PEI will das nicht tun, weil Encepur® nicht für Kinder zugelassen ist und eine Impflücke entstehe. Das *arznei-telegramm* spricht von einem „unkontrollierten Feldversuch“. Dies insbesondere, weil Ticovac® überhaupt nicht richtig getestet wurde: Statt Erkrankungs- und Komplikationsraten von Geimpften und nicht-Geimpften zu vergleichen, wurde nur der Antikörper-Spiegel gemessen.

Da bei Kindern die – ohnehin seltene – FSME-Infektion in der Regel viel gutartiger verläuft als bei Erwachsenen, ist die Risikobilanz für Kinder sehr wahrscheinlich negativ. Für Erwachsene gibt es einen besser verträglichen Impfstoff. Fazit: Das risikoreiche Ticovac® müsste eigentlich vom Markt genommen werden. (JS)

12 *blitz-a-t* vom 28.6.2000

13 Außerhalb der Übertragungsgebiete ist die Impfung völlig unnötig. In Übertragungsgebieten ist die Impfung nur für Hochrisikogruppen angezeigt.

14 *blitz-a-t* vom 22.6.2000

Vitamine: Kein guter Rat

Ende Juni tagte in Berlin die Codex Alimentarius Kommission. Einer der schärfsten Gegner ist ein Herr Dr. Matthias Rath.

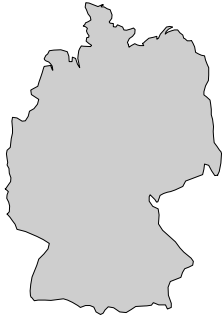
Auf Plakaten und Annoncen bezieht er unter dem Slogan „Stoppt das Pharmakartell“ den Codex Alimentarius, hochdosierte Vitaminpräparate zu verbieten und damit die einzig wirksame Bekämpfung von Volkskrankheiten zu verhindern. Doch Rath verkauft selbst Medikamente, nur kontrollieren lassen möchte er sich nicht.

Die alle zwei Jahre stattfindende Konferenz wurde 1962 von der UN Organisation für Ernährung und Landwirtschaft (FAO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufen, um Standards für Lebensmittel zu erarbeiten, die für alle Mitgliedsstaaten verbindlich sein sollen.

„So genannte Nahrungsergänzungen, die angeblich Volkskrankheiten verhindern oder heilen können, haben Konjunktur“¹⁵ (siehe auch *Pharma-Brief* 4/2000). Davon profitieren verschiedene Firmen und auch Dr. Rath. Mit Hilfe seiner sogenannten Zellular-Medizin will Rath „im Laufe des 21. Jahrhunderts die meisten Volkskrankheiten mit Vitaminen auf einen Bruchteil ihres heutigen Standes zurückdrängen“.¹⁶ Die Produkte von Dr. Rath sind hochdosierte Vitaminkombinationen, die unter deutschen Bestimmungen nicht als Nahrungsergänzung (die keiner Kontrolle unterliegen), sondern als Arzneimittel gelten. Voraussetzung für den Verkauf von Arzneimitteln ist jedoch ein Unbedenklichkeits- und Wirksamkeitsnachweis, ohne den es keine Zulassung gibt. Dies ist bei seinen Produkten nicht der Fall. Die Belege lassen eher zu wünschen übrig. So zitiert Rath Arbeiten, „in denen Hypothesen formuliert bzw. experimentelle Daten oder Auswertungen von Surrogatkriterien dargestellt werden, bisweilen sogar Werbetexte.“¹⁷ Hiermit werden Bedingungen, die an ein ordentliches Arzneimittel gestellt werden, in keiner Weise erfüllt. Vielmehr wird der Leser von diesen angeblichen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Irre geführt.



Rath ist teuer, denn seine Produkte haben einen stolzen Preis. Aber guter Rat muss nicht teuer sein: Lassen Sie lieber die Finger von Raths Produkten, solange er keine wirklichen Nachweise für den Erfolg seiner neuen Medizin liefert. (HD)



Inland

Gesundheitstag 2000

Vielfältig war er, der Gesundheitstag 2000 in Berlin. Zu vielfältig könnte man fast sagen. So standen einer geschätzten Besucherzahl von nur 2000 Personen circa 500 verschiedene Veranstaltungen gegenüber. Das machte ungefähr 125 Veranstaltungen am Tag, die, errechnet man die durchschnittliche Personenzahl, von 16 ZuhörerInnen besucht wurden. Aber auch diese Kalkulation erwies sich in vielen Fällen als zu optimistisch.

Der als Gegenveranstaltung zum Deutschen Ärztetag gedachte Gesundheitstag fand erstmals 1980 in Berlin statt. Hier versammelten sich damals 12.000 Menschen, um neue Akzente in der Gesundheitspolitik zu setzen. Mit Erfolg. Die Gesundheitsbewegung in Deutschland erhielt einen Anstoß, der auch heute noch Respekt abverlangt. Zahlreiche Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen organisierten sich und nehmen seither Einfluss auf die Gesundheitspolitik. Etliche Jahre gab es schon keinen Gesundheitstag mehr.

Für eine neue Gesundheitskultur von unten warben denn auch die Veranstalter unter der Schirmherrschaft von Gesundheitsministerin Andrea Fischer für den Gesundheitstag 2000, um 20 Jahre danach einen ähnlichen Impuls zu bekommen. Dieser ist jedoch vom Gesundheitstag 2000 in Berlin nicht

unbedingt zu erwarten. So brachten sich zwar viele Gruppen aus den unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitspolitik ein, doch hier liegt unseres Erachtens auch die Crux. Man wurde den Eindruck nicht los, dass viel Nabelschau gehalten wurde. Der gemeinsame Arbeitszusammenhang, nämlich Gesundheitspolitik und Alternativen zum bestehenden Gesundheitssystem zu suchen, geriet dabei manchmal etwas ins Abseits. Weniger wäre hier wahrscheinlich mehr gewesen.

Gesundheitsparlament

Etwas Besonderes hatten sich die OrganisatorInnen des Gesundheitstags auch einfallen lassen: Ein eigenes „Gesundheitsparlament“, das eine breite kontinuierliche Diskussion über eine andere Gesundheitspolitik in Deutschland lostreten sollte. Aber nicht nur an der geringen Beteiligung der eingeladenen Gruppen scheiterte dieses an sich lobenswerte Vorhaben, sondern auch an dem Versuch, ein 80-seitiges Thesenpapier zur Diskussionsgrundlage zu machen. Sieht man davon ab, dass das Papier kaum jemand vorher zu sehen bekommen hatte, tötete die Idee an sich schon jede lebendige Diskussion ab. Statt einen Prozess anzustoßen, sollte nur noch über zahlreiche Allgemeinplätze und einige brisante Thesen abgestimmt werden. Doch der Versuch, noch bevor man richtig angefangen hatte, bereits die Ergebnisse in Papier zu gießen, misslang gründlich.

Dafür waren nicht nur der undemokratische Stil, sondern auch einige harte Nüsse im Papier verantwortlich. So war kaum jemand bereit, die Demontage der sozialen Krankenversicherung mitzutragen. Das „Parlament“ fand sich selbst nicht recht repräsentativ und bezeichnete sich als „in Gründung“ befindlich. Es vertagte sich nach zwölf Sitzungsstunden und beauftragte eine fünfzehnköpfige Gruppe, die nächste Sitzung besser vorzubereiten. (HD / JS)

15 *blitz-a-t*: 16. Juni 2000
 16 Rath, Matthias: undatiert: *Faltblatt „Codex Alimentarius“*
 17 *blitz-a-t*, 16. Juni 2000

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

Neuerscheinung:

**Jahrbuch für
 Kritische Medizin 33**

**Kostendruck
 im Krankenhaus**

Argument

Argument-Verlag • 148 Seiten • 29,80 DM

Themen u.a.: Fallpauschalensystem – Patientenaufklärung und Rationierung – Healthy Hospitals – Kooperation – Qualitätssicherung

Bestellschein

Senden an: Jahrbuch für Kritische Medizin c/o Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

Abonnement:

Hiermit abonniere ich das Jahrbuch für Kritische Medizin (2 Bände pro Jahr) zum Preis von DM 39,00 pro Jahr (zuzüglich DM 5,00 Versandkosten)

ab sofort ab Nr.

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

Zahlungsweise:

Ich zahle gegen Rechnung
 Einzugsermächtigung: Ich erlaube dem Argument-Ariadne-Versand, Reichenberger Str. 150, 10999 Berlin, den Abo-Betrag bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen.

KontoinhaberIn

Konto-Nr.

Geldinstitut/BLZ

Datum/Unterschrift



Aus aller Welt

Weltbank zensiert

Der diesjährige Weltentwicklungsbericht der Weltbank ist umgeschrieben worden. Kritische Passagen zur Globalisierung wurden gestrichen. Der verantwortliche Herausgeber erklärte seinen Rücktritt.

Das Thema des diesjährigen Weltentwicklungsberichts, der im September erscheinen soll, ist Armut. Der angesehene US-Professor Ravi Kanbur hatte die Zusammenstellung als Hauptautor übernommen. Er bezog viele Gruppen weltweit in die Erstellung des Berichts mit ein. Erstmals konnte über den Entwurf öffentlich im Internet diskutiert werden. 1500 Leute aus über 80 Ländern beteiligten sich an der Debatte. Besonders gelobt wurde, dass Entwicklungen nicht nur als Durchschnittswerte für ganze Länder gezeigt, sondern die Folgen der wirtschaftlichen Globalisierung für Minderheiten und besonders verletzte Gruppen aufgezeigt wurden.

Erwartet wurde, dass die Weltbank sich der Diskussion über die Folgen des Welthandels und die Entmachtung demokratischer Strukturen stellen würde. Stattdessen wurden entscheidende Teile gegen den Willen des Herausgebers umgeschrieben. Verlässliche Quellen berichten, dass der US-Finanzstaatssekretär Larry Summers persönlich an den Veränderungen beteiligt war.¹⁸ Besonders pikant an der Sache ist, dass die britische Regierung der Weltbank zusätzliche Mittel zur Erstellung des Berichts gab. Gut 2,5 Millionen DM sollten den Herausgebern helfen, „den Armen eine Stimme in der Vorbereitung des Weltbank Millenniums-Weltentwicklungsberichts zu geben.“¹⁹

Alex Wills vom Bretton Woods Project,²⁰ das die Aktivitäten der Weltbank kritisch beobachtet, sagte: „Der Rück-

tritt des Herausgebers [...] bestätigt unsere Ansicht, dass die Weltbank unfähig ist, abweichende Meinungen gelten zu lassen, egal ob sie von außen oder von Insidern kommen. [...] Dies wirft die Frage auf, wer bei der Weltbank wirklich am Drücker sitzt und welche Fakten oder Meinungen über die Folgen der Globalisierung zu unterdrücken versucht werden.“¹⁸ (JS)

Hilfe: Ziel verfehlt

Vor vielen Jahren hatten die Industrieländer vereinbart, 0,7% des Bruttosozialprodukts für Entwicklungshilfe auszugeben. Die meisten Länder sind davon weit entfernt.

Der Weltsozialgipfel in Kopenhagen vor fünf Jahren hatte das Ziel von 0,7% nochmals bestätigt. Wenn man auch über die Ausrichtung der Hilfe mitunter streiten kann, ist die mangelnde Bereitschaft zur Unterstützung bestürzend. Insgesamt ist die Hilfe der Industrieländer sogar auf einen neuen Tiefstand von nur 0,24% vom Bruttosozialprodukt gesunken.²¹ Nur wenige Länder erbringen die vereinbarten 0,7%: Dänemark, die Niederlande, Norwegen und Schweden. Deutschland erbringt magere 0,28%.

Mehr Transparenz in EU

Der Lebensmittelausschuss der EU legt die Interessen seiner wissenschaftlichen Berater offen.

Wenigstens in einem Teilbereich erfahren wir jetzt mehr über Interessenkonflikte. Der Ausschuss, der zum Beispiel die Anforderungen an Baby-nahrung festlegt, war in der Vergangenheit wegen seiner Industrieabhängigkeit kritisiert worden. Vier der 19 Mitglieder erklärten, dass sie „ökonomische oder ethische Interessen“ haben, die ihre Unabhängigkeit beeinflussen könnten.²²

Im Gegensatz dazu sind die Erklärungen der ExpertInnen, die Gutachten für die europäische Arzneimittel-Zulassungsbehörde EMEA schreiben, nur unter strengen Sicherheitsvorkehrungen im Behördengebäude in London einzusehen. (JS)

Medikamentenflut

Nach den verheerenden Überschwemmungen in Venezuela vor einem halben Jahr wurde das Land von einer zweiten Flutwelle erfasst: Zweifelhafte Medikamentenspenden.

Tonnenweise wurden unbrauchbare Medikamente gespendet, die die Bewältigung der Katastrophe nicht gerade einfacher machten. 70% der Spenden sind nicht verwendbar und müssen vermutlich verbrannt werden. Sie sind verfallen, unnötig oder tragen keine spanische Beschriftung. Die Behörden haben bereits zusätzliche MitarbeiterInnen eingestellt, um die zweifelhaften Gaben zu sortieren.²³ Der Chef der Arzneimittel-Überwachungsbehörde, Francisco Griffin sagte, einige Firmen hätten bewusst abgelaufene Medikamente geschickt, um die Kosten für deren Beseitigung als Giftmüll zu sparen.

Die WHO schätzte bereits nach dem Kosovo-Krieg, dass die unerwünschten Spenden mehr Kosten verursachten als die Präparate ursprünglich an Wert hatten. Dabei gibt es seit mehreren Jahren Richtlinien für Arzneimittelspenden,²⁴ die solche „Zweitkatastrophen“ wirkungsvoll verhindern könnten. (JS)

18 Bretton Woods Project, Statement on Ravi Kanbur's resignation as World Development Report lead author, 14 June 2000

19 DFID News Release, 4 December 1998

20 Weitere Informationen: www.brettonwoodsproject.org

21 Keine Spur von Null Koma Sieben, *Frankfurter Rundschau* 28.6.2000

22 Pressemitteilung der AGB, Göttingen, 15.3.2000

23 Claire Wallerstein, Unusable medicines "dumped" on Venezuela, *British Medical Journal* 3 June 2000, p. 1491

24 Ausführliche Informationen über Arzneimittelspenden enthält der *Pharma-Brief Spezial* 1/1998

Das Letzte

„Als unbegründet hat der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) die Beschwerde der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) gegen die 10. Novelle des Arzneimittelgesetzes bei der EU-Kommission bezeichnet.“

Vollständiger Text eines Beitrags in *Medikament & Meinung*, dem PR-Blatt des BPI. (Ausführliche Informationen zu AMG-Novelle: Industrie- statt Verbraucherschutz, *Pharma-Brief* 4/2000, S. 5)