

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11898

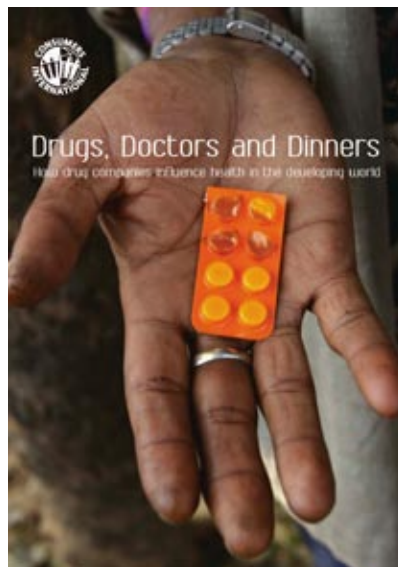
Pillen, Doktoren und gutes Essen Wie die Industrie die Dritte Welt ausnutzt

Aufstrebende Schwellenländer sind ein lukrativer Markt für die internationale Pharmaindustrie. Ein Bericht des Internationalen Verbraucherverbandes (CI)¹ zeigt, wie die Industrie ÄrztInnen im globalen Süden im großen Maßstab beeinflusst, manipuliert und mit Geschenken besticht.

Die neue Studie *Drugs, Doctors and Dinners* von Consumers International (CI) bietet einen guten Überblick über die unterschiedlichen Beeinflussungstechniken der Arzneimittelhersteller. Die Publikation fasst das bereits vorhandene Wissen zum Thema zusammen und dokumentiert die Probleme eindrucksvoll mit zahlreichen aktuellen Beispielen und Fallstudien aus unterschiedlichen Ländern.

Dritte Welt als Wachstumsmarkt

Der Pharmaweltmarkt ist 2006 „nur noch“ um 7% gewachsen.² Für die Pharmaindustrie wird es immer schwieriger, noch mehr Geld aus den Krankenversicherungen und PatientInnen in den Industrieländern herauszuquetschen. Für wichtige Umsatzrenner läuft der Patentschutz ab, ohne dass die Forschungspipeline der Hersteller für ausreichend Nachschub sorgt. Deshalb hat die Industrie Schwellen- und Entwicklungsländer als Absatzmarkt entdeckt. Während Schwellenländer³ im Jahr 2001 nur 13% zum globalen Umsatzwachstum beitrugen, waren es 2006 schon 27%. Bei Europa sieht es genau umgekehrt aus: 2001 fand dort noch 29% des globalen Wachstums statt, 2006 nur noch 15%. Lediglich Nordamerika als weltgrößter Markt wächst noch stabil (Anteil am Umsatzwachs-



tum 2001: 45%; 2006: 50%). Indien zählt zu den am schnellsten wachsenden Märkten der Welt. 2006 wuchs dort der Pharmaumsatz um 17,5% auf 7,3 Milliarden US\$.²

ÄrztInnen als Zielgruppe

In der Dritten Welt sind ÄrztInnen die erfolgversprechendste Zielgruppe für Werbebemühungen. Sie genießen meist ein hohes Ansehen und können mit ihrem Rezeptblock erheblichen Umsatz generieren. Das lässt sich die Pharmaindustrie einiges kosten. Praktiken, die in Industrieländern langsam zurückgedrängt werden, feiern in armen Teilen der Welt fröhliche Urständ. Fernseher,

Editorial

Liebe LeserInnen,
Firmen nutzen die mangelnde Kontrolle und den schwierigen Zugang zu unabhängiger Information in der Dritten Welt aus. Eine neue Studie bietet dazu bestürzende Einblicke (siehe Leitartikel). Aber es gibt auch Erfreuliches zu vermelden: Es wurden Weichen für mehr Medikamentenforschung für die Armen gestellt. Dabei wird der Nutzen von Patenten deutlich in Frage gestellt (S. 4). Und in Deutschland ist die Kommerzialisierung der Arzneimittelzulassung erst einmal gestoppt (S. 7). Bei beiden Themen hat sich die Kampagne aktiv eingemischt – vielleicht hat es ja ein wenig geholfen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen Ihr


Jörg Schaaber

Inhalt

EU Pharma	3
<i>Industrie schreibt mit</i>	
Forschung	4
<i>Mehr für die Armen</i>	
Bücher	6
<i>Cameron: Tod in Afrika</i>	
Deutschland	7
<i>DAMA kommt nicht</i>	
Pharmageddon	7
<i>Was läuft falsch mit der Medizin?</i>	



Computer, Klimaanlage und sogar Autos werden als Prämien verteilt.

„Die kommerziellen Bedürfnisse zahlloser sich im heftigen Wettbewerb befindlicher Pharmaunternehmen haben zu der Nutzung der drei „Cs“ geführt: Convince – überzeuge, wenn möglich, Confuse – verwirre, wenn nötig, Corrupt – korrumpiere, wenn nichts anderes hilft.“

Chandra M. Gulhati, MIMS India⁴

Teure Konferenzreisen sind eine andere Methode, die ÄrztInnen wohlgesonnen zu stimmen. Dazu Professor Murad M. Khan, Direktor der Psychiatrieabteilung der Aga Kahn University in Pakistan:

„Im Oktober präsentierte Lundbeck, Ebixa® (Memantine) ein Medikament gegen die Alzheimer-Krankheit, indem sie 70 pakistanische ÄrztInnen in ein Fünf-Sterne-Hotel in Bangkok, Thailand verfrachtete. Wie wird sich die Firma das Geld wiederholen? Durch höhere Medikamentenverkäufe! Wer wird dabei helfen? Die ÄrztInnen, die nach Bangkok fahren! Und wer wird die Zeche zahlen? Natürlich die PatientInnen und ihre Familien!“

Versteckte Werbung

Am wirksamsten ist die Beeinflussung, die gar nicht wahrgenommen wird. Ein Beispiel dafür ist ein Artikel über das Abnehmen aus der Zeitschrift der ghanaischen Pharmazeutischen Gesellschaft (PSGH). Dort wird behauptet: „Änderungen im Lebensstil reichen gewöhnlich nicht aus, die Gewichtsabnahme dauerhaft zu halten. Deshalb ist es gewöhnlich notwendig, eine begleitende Therapie mit Medikamenten durchzuführen.“ Es werden zwar auch andere Behandlungsmethoden erwähnt, aber im Artikel gibt es nur einen direkten Hinweis auf ein Medikament: Eine Abbildung einer Xenical® Packung mit dem Hinweis, nach jeder fettigen Mahl-

zeit eine Tablette einzunehmen. In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass die gegenwärtige Krankheits-Bewusstmachungskampagne der PSGH zur Hepatitis-B Impfung von Roche (Hersteller von Xenical) und Glaxo-Smith-Kline (Hersteller der Impfung) gesponsert wird.

Fortbildung oder Manipulation?

In Thailand macht Roche nicht nur massiv Werbung für ein Mittel zur Behandlung der Hepatitis C, die Firma beeinflusst auch die medizinischen Fortbildungen. In der Fortbildungszeitschrift findet sich nicht nur eine Anzeige der Firma, sondern das Logo des Medikaments taucht auch mehrfach im Artikel zum Thema auf. Über eine Fortbildungsveranstaltung

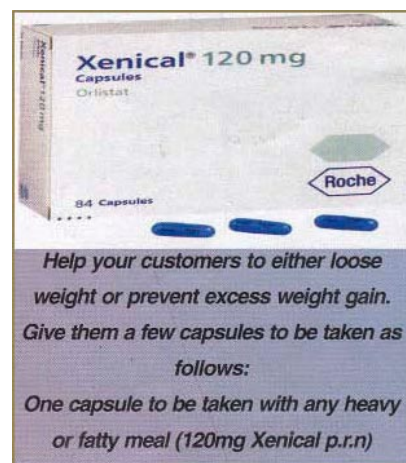


in Thailand wird berichtet: „Die RednerInnen benutzten für ihren Vortrag die Folien von Roche. Es

war seltsam zu sehen, dass thailändische ReferentInnen zu einem thailändischen Publikum sprachen, aber englischsprachige Folien benutzten, die genauso aussahen wie die Grafiken in einer Broschüre von Roche, sogar die Hintergrundfarbe hatte das identische Rot.“ Am bedenklichsten aber war, dass die Informationen auf den Folien inhaltlich fragwürdig und irreführend waren.

Fragwürdiger Umsatz

Das die irreführende Werbung wirkt, zeigen die Umsatzzahlen.



Die indische Kommission „Macroeconomics and Health“ klassifizierte 2005 zehn der 25 umsatzstärksten Medikamente in Indien als „irrational, entbehrlich oder gefährlich“. Unter diesen Produkten fanden sich auch zwei Mittel der deutschen Firma Merck KGaA: Evion® (Vitamin E) und Polybion® (Mixtur der Vitamine B1, B2, B6, B12, C, Nicotinamid und Pantothenat).



Code das Papier nicht wert

Die Selbstverpflichtungen, die die Industrie gegen irreführende Werbe- und Marketingmethoden anbietet, lösen die Probleme nicht. Bereits 1981 hat der Weltpharmaverband IFPMA einen freiwilligen Kodex zur Selbstkontrolle eingeführt. Nach eigenen Aussagen gab es 2007 bislang keine einzige Beschwerde – Kein Wunder, der Kodex ist ein zahnloser Tiger, der viele Probleme mit der Arzneimittelvermarktung überhaupt nicht erfasst, die Verhandlungen werden geheim geführt und es gibt keine wirksamen Strafen. Aber auch nationale Selbstverpflichtungen der Industrie sind dürftig und wirkungslos. Die Rechercheure von CI versuchten herauszufinden, wie in Malaysia mit den Beschwerden wegen Verstoßes gegen den dortigen Kodex umgegangen wurde. Die Antworten



waren äußerst dürftig. Mitgeteilt wurde lediglich, dass drei von den eingegangenen vier Beschwerden gegen Firmen akzeptiert wurden, aber es war weder in Erfahrung zu bringen, um welche Medikamente es ging, noch welche Firmen beteiligt waren oder welche Strafen verhängt wurden.

Forderungen

Der Bericht von CI schließt mit klaren Forderungen ab. So werden alle Regierungen aufgerufen, ihr Handeln an den WHO-Leitlinien für rationale Arzneimittelpolitik und zur ethischen Medikamentenwerbung zu orientieren. Die öffentliche Unterstützung unabhängiger Information wird ebenso eingefordert wie das Verbot von Geschenken an ÄrztInnen. Strenge Strafen für irreführende Werbung sollen abschreckend wirken und die Vermarktungspraktiken der Pharmaindustrie transparenter gemacht werden. Den Einfluss der Firmen auf die ärztliche Fortbildung gelte es zurückzudrängen. – Dem ist nicht viel hinzuzufügen. (JS)

1 Consumers International. Drugs, Doctors and Dinners. How drug companies influence

„Wenn jemand vorschlagen würde, dass Verbrecher sich ihre Richter selbst aussuchen könnten und dass sie Kollegen und gute Freunde als Anwälte und Geschworene einsetzen könnten, die die Verhandlung führen und das Urteil fällen, würde man diese Idee für unaussprechlich dumm halten. Trotzdem bietet der Welt-Pharmaindustrieverband genau eine solche Lösung für die Probleme unangemessener Werbung an.“

Andrew Chetley, Health Action International

health in the developing world. London 2007

2 www.ims-japan.co.jp/pr_20070320.php

3 Länder unter 20.000 US\$ Bruttonozialprodukt pro Kopf

4 CM Gulhati. Marketing of medicines in India. *British Medical Journal* 3 April 2004 p 778-779

Wir machen unsere Regeln selbst Industrie schreibt die Gesetze in Europa mit

Arzneimittelkontrolle ist eine wichtige Sache, schließlich soll sie die VerbraucherInnen vor gefährlichen oder nutzlosen Medikamenten schützen. Aber Medikamentenüberwachung gerät zur Farce, wenn sich diejenigen, die kontrolliert werden sollen, mit den Kontrolleuren zusammensetzen, um eine Änderung der Regeln zu diskutieren.

Am 3. und 4. Dezember werden sich die Leiter der europäischen Zulassungsbehörden mit den Pharmabossen in London an einen Tisch setzen und über die Zukunft der europäischen Arzneimittelgesetzgebung debattieren. Wer unter den SprecherInnen des Treffens Verbraucherschützer, unabhängige WissenschaftlerInnen oder PatientInnenvertreter vermutet, liegt allerdings völlig daneben. Behörden und Industrie stellen in trauter Eintracht die RednerInnen. Schon die stolze Konferenzgebühr von 2016,30 € (koscheres Essen kostet extra) sorgt dafür, dass sich nicht die „Falschen“ unter die Gäste wagen – so man als NormalbürgerIn überhaupt von dem Treffen erfährt.¹

Der Sprachduktus des gesamten Programms lässt für den Verbraucherschutz nicht Gutes erwarten.

Kontrolle oder Wirtschaftsförderung?

Erster Tagesordnungspunkt ist „Die Förderung von Forschung und Innovation“. Ein an sich nicht unsinniges Vorhaben. Allerdings wäre Wirtschaftsförderung eher Aufgabe der EU-Kommission für Industrie als ausgerechnet der EMEA, der Behörde, die für die Arzneimittelsicherheit in Europa zuständig ist. Nur dummerweise ist die EMEA eben dieser Kommission untergeordnet. Besprochen werden sollen auf der Tagung die Ergebnisse der „Innovation Task Force“ und eines „Think Tanks“ der EMEA.

Die Innovation Task Force² beschäftigt sich exklusiv damit, wie den Herstellern die Zulassung von neuartigen Medikamenten erleichtert werden kann, vom VerbraucherInnenschutz ist keine Rede.

Auch beim „Think Tank“ wird der einseitige Einfluss deutlich: Während die Wünsche der Industrie in dem Papier des „Think Tanks“ auf 12½ Seiten ausgebreitet werden, bleiben für die Anregungen und Bedenken von Wissenschaft und Fachgesellschaften ganze 2½ Seiten.³ In den Empfehlungen fehlt denn auch der einzige Aspekt der Forschungsförderung, der unmittelbar etwas mit Arzneimittelzulassung zu tun hat: Die Forderung, dass neue Medikamente einen therapeutischen Fortschritt bringen müssen.

Mehr oder bessere Studien?

Was kann man von einer „Clinical Trial Facilitation Group“ erwarten, um die es im zweiten Tagesordnungspunkt geht (Facilitation = Erleichterung)? Dass Menschenversuche noch einfacher gemacht werden? Als gäbe es nicht schon viel zu viele schlecht angelegte Arzneimittelstudien, deren einziger Fortschritt es ist, den Umsatz anzukurbeln.

Auch die im Tagungsprogramm befindliche Frage „Wie können Hersteller die Resultate ihrer Zulassungsanträge verbessern?“ hat etwas Zweideutiges. Geht es um solidere Daten zum Nutzen eines Mittels oder darum, wie man am besten seine Anträge aufpoliert?



Stirbt das Medikament oder der Mensch?

Verräterisch ist die Perspektive, aus der die Arzneimittelsicherheit betrachtet wird: „Was mit einem Medikament passiert, wenn es auf den Markt kommt, unterliegt jetzt strengerer Überwachung [...]“. Eher müsste es ja wohl darum gehen: Was stößt den PatientInnen zu, wenn sie Opfer unerkannter oder unterschätzter unerwünschter Wirkungen von neuen Medikamenten werden – und wie kann man diese Gefahr minimieren? Bis vor kurzem hieß diese Aufgabe noch Pharmakovigilanz, also systematische Wachsamkeit, aber „Risikomanagement“ klingt aus Sicht der Industrie sicher viel verträglicher.

*Wer nimmt Schaden?
Ein Medikament oder ein Patient?*

fohlen, zunächst Nicht-Unterlegenheitsstudien zu beginnen (also die einfachste Methode zu zeigen, dass ein neues Medikament nicht viel schlechter ist als die bislang erhältlichen).

Eine Schiefelage bei den Entscheidungen der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA wird es so lange geben, wie sie praktisch bei der Pharmazeutischen Industrie auf dem Schoß sitzt und der EU-Kommission für

Industrie untergeordnet ist – beides hängt unmittelbar zusammen. (JS)

- 1 Auszüge der Einladung unter www.topra.org/Resource.phx/public/jointemeatopra07.htm Zugriff am 29.10.2007. Die vollständige Einladung liegt der Redaktion vor.
- 2 Innovation Task Force Mandate 11 April 2006 www.emea.europa.eu/pdfs/human/itf/itfmandate.pdf
- 3 Innovative drug development approaches. Final report from the EMA/CHMP-think-tank group on innovative drug development. EMA/127318/2007, 22 March 2007 www.emea.europa.eu/pdfs/human/itf/12731807en.pdf
- 4 www.topra.org/Resource.phx/public/topra/about.htm Zugriff am 29.10.2007

Arzneimittelforschung für arme Menschen: Regierungen bereit zu Handeln

Die WHO-Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Gesundheitsforschung für arme Länder (IGWG) hat sich auf Grundprinzipien eines Aktionsplans geeinigt. Einwöchige Verhandlungen in Genf waren vorausgegangen. Die Öffentlichkeit wurde von den Verhandlungen überraschend ausgeschlossen. Trotzdem machen die Ergebnisse Hoffnung.

Gegenwärtig leben 80% der Weltbevölkerung in armen Ländern. Dort muss die Hälfte der Menschen mit weniger als zwei US\$ pro Tag auskommen. Sie können sich teure Medikamente nicht leisten. Spezifische Bedürfnisse der armen Bevölkerung wurden von der kommerziellen Arzneimittelforschung über Jahrzehnte hinweg vernachlässigt. Öffentliche Kritik hatte dazu geführt, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 Empfehlungen veröffentlichte, wie zum einen die Forschung für vernachlässigte Krankheiten gefördert und zum anderen der Zugang zu teuren patentierten Medikamenten verbessert werden kann.¹ Auf der Grundlage dieses Berichts wurde die IGWG-Arbeitsgruppe² gegründet, die bis Mai 2008 eine „Globale Strategie“ und einen „Aktionsplan“ erarbeiten soll. Nun wurde Anfang November in Genf von den Mitgliedsstaaten der WHO diskutiert, welche Schwerpunkte gesetzt werden sollen.

Der Aktionsplan der WHO sieht einen Mix verschiedener Anreize vor, um die Forschung zu Krankheiten der Dritten Welt zu fördern. Das gängige, auf Patenten basierende Forschungssystem erfüllt die Bedürfnisse nur unzureichend, deshalb sollen auch alternative Forschungsmodelle erarbeitet und gefördert werden.

Die Diskussionen in Genf waren durch Konflikte um die Handhabung von Patenten geprägt. Eine Gruppe südamerikanischer Länder hatte gefordert, bei öffentlich geförderten Forschungsprojekten ganz auf Patente zu verzichten. Dies wurde aber von vielen Ländern abgelehnt. Unter Bezug auf das TRIPS-Abkommen der Welt handelsorganisation wurde aber klargestellt, dass Patentrechte Regierungen nicht daran hindern dürfen, Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit zu ergreifen. Hier hat die deutsche Regierung klar Position bezogen, dass arme Länder unterstützt werden müssen,

Auch wenn das Logo der europäischen Zulassungsbehörde EMA ganz prominent auf der Einladung prangt, abgewickelt wird die Veranstaltung vom Co-Organisator TOPRA, „die Organisation für Profis in Zulassungsangelegenheiten“. Dahinter verbirgt sich aber keineswegs ein harmloser Berufsverband der Arzneimittel-Kontrollen: „Unsere gegenwärtige Mitgliedschaft rekrutiert sich aus 40 Ländern und unsere Mitglieder sind weltweit aktiv daran beteiligt, die Dienstleistungen zu liefern, die beschäftigte Zulassungsspezialisten benötigen. Die Mitglieder stammen aus der Industrie, den Zulassungsbehörden und der Berater-Gemeinschaft [...]“⁴ TOPRA ist also eine industrienaher Beeinflussungs- und Fortbildungsagentur.

Standards für Studien senken

Ein weiteres Indiz für die industriefreundliche Haltung der Kommission ist der Entwurf einer Richtlinie zu Arzneimittelstudien. Werden diese Pläne umgesetzt, würde die Industrie geradezu dazu eingeladen, möglichst lausige Studien durchzuführen. So wird emp-



wenn sie sich z.B. mit Hilfe von Zwangslizenzen preiswerte Arzneimittel beschaffen wollen.

Heftig debattiert wurde die Frage, für welche Krankheiten der Aktionsplan gelten soll. Neben Tropenkrankheiten, AIDS und Tuberkulose soll der Aktionsplan auch Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen erfassen, unter denen Menschen in armen wie reichen Ländern gleichermaßen leiden. Die Details hierzu sind allerdings noch offen, da die Pharmaindustrie ein starkes Interesse hat, die lukrativen Märkte in den Industrieländern unangestastet zu lassen.

Die Dritte Welt soll darin gestärkt werden, mehr eigene

Insgesamt kann man mit dem Ergebnis der Verhandlungen zufrieden sein. Zwar wurde der Zeitplan nicht eingehalten – es wurde gerade mal die Hälfte des Plans diskutiert – aber es wurde offensichtlich, dass alle Regierungen den Handlungsbedarf sehen. Was man nun genau tun muss, dabei gehen die Meinungen erwartungsgemäß weit auseinander. Dabei verlaufen die Fronten nicht nur klassisch zwischen Dritte Welt und Industrieländern. Manche Industrieländer sind z.B. durchaus bereit, patentfreie Forschungsprojekte zu unterstützen.

Starke Einschränkung öffentlicher Beteiligung

Stark kritisiert wurde, dass zu den Verhandlungen nur Regierungsdelegierte zugelassen waren. Zahlreiche Nichtregierungsorganisationen hatten sich für die einwöchige Sitzung in Genf akkreditiert. Sie wurden dann aber vor Ort von den Diskussionen ausgeschlossen, da die Aussprachen komplett vom offenen Plenum in geschlossene „drafting groups“ verlegt wurde. Diese Vorgehensweise wurde von unabhängigen Organisationen scharf kritisiert. Darunter befinden sich Health Action International, Ärzte ohne Grenzen (MSF), OXFAM und Knowledge Ecology International (KEI), die im IGWG-Prozess als Bündnis „Innovation

plus Access (i+a)“ gemeinsam aktiv sind. Aber auch die so genannten externen Experten, die im Vorfeld von Regierungen für die Sitzungen benannt worden waren, hatten praktisch keine Möglichkeiten, sich in den „drafting groups“ einzubringen, weil ihr Rederecht stark beschränkt wurde.

Bei der nächsten Weltgesundheitsversammlung im Mai 2008 soll der Aktionsplan verabschiedet werden. Für viele Punkte muss bis dahin aber noch ein Konsens gefunden werden. Das gilt auch für die „Erfolgsindikatoren“, mit deren Hilfe die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen regelmäßig überprüft werden soll. Ein gesicherter Zugang der Menschen zu medizinischer Behandlung muss dabei die oberste Maßlatte sein. Denn die besten neuen Medikamente nützen nur dann etwas, wenn sie den PatientInnen auch tatsächlich zur Verfügung stehen. (CW)

- 1 Sog. CIPIH Report www.who.int/entity/intellectualproperty/documents/thereport/en/index.html
- 2 International Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property (IGWG)



Sprühende Gedanken zur besseren Forschungsförderung gab es in Genf

Foto: Lisa Bendrien

Arzneimittelforschung durchzuführen. Ebenso soll Technologietransfer die Herstellung von Medikamenten in armen Ländern erleichtern. Es gibt aber noch keine Verpflichtungen der Regierungen zu bestimmten Maßnahmen. Außerdem ist die Finanzierung des Aktionsplans noch offen.

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, Hedwig Diekwisch, Christiane Fischer
Design: com,ma, Bielefeld
Druck: AJZ Druck und Verlag GmbH, Bielefeld
© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 17 €, Institutionen- oder Auslandsabo 32 €. Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

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.

Dieser Pharma-Brief wurde mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Für seinen Inhalt ist allein Gesundheit und Dritte Welt e.V. verantwortlich; er gibt nicht den Standpunkt der Europäischen Union wieder.



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften.



Tod in Afrika

Er lebt in Südafrika, ist weiß und hat AIDS: Edwin Cameron berichtet unter dem Titel *Tod in Afrika* über sein Leben mit der Krankheit. Eine spannende Geschichte, die deutlich macht, wie wichtig Offenheit im Umgang mit AIDS ist.

Cameron ist heute ein hoher Richter in Südafrika, seine Karriere begann er als Menschenrechtsanwalt gegen die Apartheid. Er macht keinen Hehl daraus, dass er sich im Vergleich zu den meisten SüdafrikanerInnen, die HIV-positiv sind, in einer privilegierten Position befindet. Noch immer ist die Mehrheit der AIDS-Kranken medizinisch unversorgt, weil die notwendigen Medikamente lange zu teuer waren, aber auch weil die südafrikanische Regierung lange einen Zickzackkurs in Sachen AIDS gefahren ist.

Das Buch von Cameron ist ein wichtiges Zeugnis, weil er der erste prominente Südafrikaner ist, der sich öffentlich zu seiner Erkrankung bekannt hat und sich massiv gegen Diskriminierung und für das Recht auf Behandlung einsetzt. In Camerons persönlicher Geschichte spiegeln sich zahlreiche Facetten der AIDS-Politik in Südafrika wider. Nelson Mandela hat ein Vorwort beigezeichnet und Nathan Geffen von der Treatment Action Campaign (TAC) hat bei den Kapiteln zur Rolle der Pharmaindustrie in Südafrika mitgeschrieben.

Auch wer meint, schon eine Menge über AIDS in Südafrika zu wissen, wird durch dieses Buch

mehr darüber erfahren, wie es ist, mit der Krankheit zu leben. Umgekehrt eignet sich das Buch auch wunderbar als Einstieg in die AIDS-Problematik. Es liest sich gut und Cameron bleibt nie bei seinen persönlichen Erfahrungen stehen, sondern stellt sie in den Kontext der Apartheidsgesellschaft und der politischen Entwicklung des demokratischen Südafrika. (JS)

Biomedizin und Biopolitik im Visier

Seit über zehn Jahren mischt sich der gemeinnützige Verein BIOSKOP in die Auseinandersetzung um Biomedizin und Biopolitik ein – mit Recherchen, kritischen Analysen, fundierten Redebeiträgen, Aktionen und Kampagnen. Erklärter Aufgabebereich der kleinen aber höchst umtriebigen Initiative ist die Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien. So gelang es BIOSKOP in der Vergangenheit mehrfach, rechtswidrige Genforschung mit nichteinwilligungsfähigen Menschen aufzudecken oder die Praktiken zur Verwertung menschlicher Körperteile wirksam publik zu machen. Auch die kontinuierliche Beobachtung und Analyse von Euthanasiebestrebungen oder die Einflussnahme von Pharmaunternehmen auf PatientInnenorganisationen sind Themen, denen sich BIOSKOP verschrieben hat.

Ehrenamtliche Mitglieder leisten den größten Teil der Vereinsarbeit, so die Gestaltung der Homepage, Recherchen zum Organhandel, oder auch die Bioskop-Kampagnen etwa zur Patientenverfügung oder zum Umgang mit

genetischen Daten. BIOSKOP finanziert sich maßgeblich über die Abonnements der vereinseigenen Fachzeitschrift *Bioskop* und über private Spenden. Industriegelder lehnt der Verein ab, um sachfremde Einflussnahmen von vorneherein auszuschließen.

Die kritische Zeitschrift *Bioskop* erscheint viermal im Jahr mit aktuellen Berichten, aufwendig recherchierten Hintergrundartikeln und Analysen. Kontinuierliche Themen wie Genetik, Reproduktionsmedizin, Transplantationswesen, Euthanasie und Bioethik, aber auch Bedingungen in Gesundheitswesen und Pflege werden journalistisch anspruchsvoll aufbereitet. Als eigenständige Publikation ergänzt der *newsletter Behindertenpolitik*, der in der Tradition der autonomen Behindertenbewegung steht, jedes *Bioskop* Heft.

Aktive Unterstützung ist bei BIOSKOP willkommen! Der Verein sucht Menschen, die ihre beruflichen Kompetenzen oder auch persönliche biografische Erfahrungen einbringen möchten, um die Verhältnisse in Biomedizin, Biowissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitik aktiv zu beeinflussen. Wer *Bioskop* näher kennenlernen möchte, kann kostenlose Informationsmaterialien anfordern (frankierten Rückumschlag bitte beilegen). (CJ)



Bioskop, Landstraße 144a, 45276 Essen, Tel. (0201) 5366706 (Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend) oder (040) 43188396 (Ansprechpartner ist BIOSKOP-Redakteur Klaus-Peter Görlitzer) info@bioskop-forum.de www.bioskop-forum.de



Erfolg:

Arzneikontrolle bleibt staatlich

Der Umbau der deutschen Arzneikontrollbehörde zu einer weitgehend privatisierten industriefinanzierten Dienstleistungsagentur findet nicht statt.

Am 25.10.2007 gab Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bekannt, dass die Pläne zur Gründung der Deutschen Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) aufgegeben werden. Damit hat ein langes Tauziehen um die Arzneimittelsicherheit in Deutschland doch noch ein gutes Ende genommen. Die von vielen Fachleuten, darunter auch von der BUKO Pharma-Kampagne, geäußerte Kritik wurde letztlich vor allem von der CDU/CSU-Fraktion ernst genommen. Kritische Stimmen gab es allerdings auch unter den SPD-GesundheitspolitikerInnen.

Geplant war eine noch schnellere Zulassung von Medikamenten, gepaart mit einer „leistungsorientierten“ Bezahlung der Führungskräfte der DAMA. Industriefreundliche schnelle Zulassungen sollten also durch Zuschläge belohnt werden. Arzneimittelkontrolle muss aber dem VerbraucherInnenenschutz dienen und darf nicht unter den Verdacht geraten, sich an wirtschaftlicher Effizienz – hier dem möglichst schnellen Marktzugang für Medikamente zur Mehrung des Umsatzes – zu orientieren.

Mehr Kontrolle wäre nötig

Nötig wären strengere gesetzliche Kriterien für die Arzneimittelkontrolle. Denn zahllose neue Mittel bieten zwar keinen zusätzlichen Nutzen, aber oftmals unerkannte Risiken. Sie dürften gar nicht erst zugelassen werden. Zweites Sorgenkind ist die Pharmakovigilanz, also die rechtzeitige Erkennung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Das Gesundheitsministerium täte gut daran, sich diesen für die PatientInnen wichtigen Fragen intensiv

zu widmen. Dabei sollte es die internationale Erkenntnislage (USA, Großbritannien, Niederlande u.a.)

Nur 350 Wörter

Was läuft falsch mit der Medizin?

Mit einem Wettbewerb sollen Ideen zu einer Neuorientierung der Rolle der Medizin für die Gesundheit gefunden werden. Die Herausforderung: Mit nicht mehr als 350 Wörtern die gegenwärtigen Probleme zu umreißen und damit einen Beitrag für die erste Konferenz zum Thema zu leisten. Ein Preisgeld von bis zu 5000 € lockt.

Ein paar kluge und kritische Köpfe¹ machen sich Sorgen um die Zukunft der Medizin: Sie fragen, ob Ivan Illichs These, dass „das medizinische Establishment zu einer bedeutenden Gefahr für die Gesundheit geworden ist“, neu diskutiert werden muss und haben dafür den Begriff des *Pharmageddon* geprägt. Sie bezweifeln, dass die gegenwärtig pharmazeutisch geprägte Medizin zwangsläufig zu besserer Gesundheit führt. Trotz unbestreitbarer Fortschritte in einigen Bereichen, gebe es einen Trend, sich auf die medikamentöse Lösung von Problemen zu konzentrieren, Erfolge von Therapien zu übertreiben und Risiken kleinzureden. Von Gewinninteressen getriebene Konzerne suchten ihr Heil in Life-Style Medikamenten und Übermedikalisierung. Eine krasse Verschwendung der Möglichkeiten der Medizin für die Weltgesundheit seien die Folge.

Pharmageddon definieren sie als „die Aussicht auf eine Welt, in der Medikamente mehr Krankheit als Gesundheit produzieren und der medizinische Fortschritt mehr Schaden anrichtet als er nutzt.“

berücksichtigen, wo wegen der innerbehördlichen Interessenskonflikte inzwischen eine institutionelle Trennung von Zulassung und Sicherheitsüberwachung (Polizeirecht) als zwingend erforderlich erachtet wird. (JS)

Ihre These: Die Übermedikalisierung der reichen Welt und die Not der Armen, die keinen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten haben, sind zwei Seiten derselben Medaille.

Bis zum Ende diesen Jahres sind alle eingeladen, ein Abstract von maximal 350 Wörtern mit ihrer Problembeschreibung einzureichen. Die besten Beiträge werden zur Gestaltung der Konferenz beitragen, die kommendes Jahr gemeinsam von Social Audit und Health Action International (HAI) ausgerichtet wird.

Weitere Informationen zu *Pharmageddon* unter <http://www.socialaudit.org.uk/60700716.htm> - *Pharmageddon?* Beiträge können auch auf Deutsch eingereicht werden.

1 Graham Dukes (Professor of Pharmacotherapy, University of Oslo), David Healy (Professor of Psychological Medicine, University of Cardiff), Andrew Herxheimer (Klinischer Pharmakologe und Begründer des *Drug & Therapeutics Bulletin* Mitbegründer von DIPEX [online database of patient experience of illness and treatment]), Charles Medawar (Gründungsdirektor von Social Audit, London), Susan Powell (Research consultant, Drehbuchschreiberin und Autorin), Tim Reed (ehemals Research Fellow and Lecturer in the Department of Sociology, University of Sussex, Direktor of Health Action International, Amsterdam) und Donna Sharpe (Filmemacherin und Autorin)



Südafrika: AIDS Medikament zu teuer

Die Treatment Action Campaign (TAC) hat bei der südafrikanischen Wettbewerbskommission Beschwerde gegen MSD (Merck & Co) eingereicht. Ihr Vorwurf: Die US-Firma behindere die Behandlung von AIDS-Kranken.¹

Das Mittel Efavirenz von MSD ist Teil der Standardbehandlung für AIDS-Kranke in Südafrika. Obwohl Efavirenz nur eins der drei Mittel ist, die AIDS-PatientInnen schlucken müssen, verursacht es 64% der Kosten. Bevor TAC die Beschwerde einreichte, hatte die AIDS-Aktivistengruppe sechs Jahre mit MSD verhandelt, ohne wesentliche Fortschritte zu erzielen. Zwar erteilte MSD zwei freiwillige Lizenzen an Hersteller in Südafrika, doch bislang hat es keiner der beiden geschafft, das Mittel auf den Markt zu bringen. Dagegen verweigerte MSD zwei weiteren Generikafirmen, die bereits über eine gültige Zulassung für Efavirenz verfügen, eine Lizenz. Mit der Beschwerde vor der Wettbewerbskommission will TAC den Druck auf MSD erhöhen, endlich zu handeln. Bereits einmal hat TAC mit dieser Vorgehensweise Erfolg gehabt und die deutsche Firma Boehringer Ingelheim bei einem anderen AIDS-Medikament zum Einlenken bewegt. (JS)

Sonnenschein-Gesetz für Pharmagelder

Mit einem parteiübergreifenden Gesetzentwurf wollen US-Senatoren Licht in das Dunkel der zahlreichen Zahlungen von Pharmaunternehmen an ÄrztInnen bringen. Das *Physicians Payments Sunshine Act* (etwa: ÄrztInnen-Zuwendungs-Sonnenschein-Gesetz) soll „den dringend nötigen Strahl von Sonnenlicht auf eine Situation werfen, die zu den exorbitanten

Kosten der Gesundheitsversorgung [in den USA] beiträgt“, so Senator Charles Schumer, der den Entwurf mit eingebracht hat.² Alle Zahlungen der Pharmaindustrie an ÄrztInnen sollen in ein öffentliches Register eingetragen werden. Inzwischen haben fünf US-Bundesstaaten entsprechende Gesetze (wir berichteten³).

Mehr Transparenz dürfte einen Rückgang solcher Wohltaten der Industrie bewirken. Wie nötig das wäre, zeigen Daten über den Durchseuchungsgrad der US-Ärzterschaft, die kleinen oder größeren Gefälligkeiten nicht gerade abgeneigt ist. 83% aller US-ÄrztInnen haben schon auf Kosten der Pharmaindustrie gegessen, 78% haben Medikamentenmuster angenommen und über ein Drittel hat sich die Teilnahme an Kongressen oder Fortbildungen von der Industrie finanzieren lassen.

ÄrztInnen wären gut beraten, sich um unabhängige Fortbildung zu bemühen, so Eric Campbell von der Harvard University, „und sich daran zu erinnern, dass die Kosten für industriefinanzierte Dinner, Reisen und andere Belohnungen an ihre PatientInnen in Form von höheren Medikamentenpreisen weitergereicht werden.“¹ (JS)

US-Forschung – Ergebnisse werden öffentlich

Am 23. Oktober stimmte der US-Senat einem Gesetz zu, dass die kostenlose Veröffentlichung aller staatlich geförderten Gesundheitsforschung verpflichtend macht.⁴ Eine freiwillige Vereinbarung aus dem Jahre 2005 hatten lediglich 5% der ForscherInnen befolgt. Jetzt müssen alle von den National Institutes of Health (NIH) geförderten Forschungsergebnisse bereits im Manuskriptstadium beim NIH hinterlegt werden. Spätestens 12 Monate nach Veröffentlichung in

einer Fachzeitschrift werden die Artikel in der staatlichen Datenbank PubMed Central kostenlos öffentlich zugänglich gemacht. ForscherInnen begrüßten die geplante Regelung ausdrücklich. Es wird damit gerechnet, dass das Gesetz Ende des Jahres dem Präsidenten zur Unterschrift vorgelegt werden kann. (JS)

- 1 TAC News Service 7 November 2007 www.tac.org.za/nl/20071107.html
- 2 Eric G Campbell. Doctors and Drug Companies – Scrutinizing Influential Relationships. NEJM 1 November 2007 p 1796-7
- 3 USA: Register für Zahlungen von Industrie an ÄrztInnen verlangt. *Pharma-Brief* 6/2007
- 4 Alliance for Taxpayer Access: Mandate for Public Access to NIH-Funded Research Poised to Become Law. Press Release 24 October 2007 www.taxpayeraccess.org

Das Letzte

„Es ist nicht leicht, ein guter Mensch zu sein“

Motto einer Werbeanzeige der von Pfizer, Mc Kinsey und anderen Firmen betriebenen Aktion „startsocial“, die soziale Projekte unternehmerisch beraten will.



Aus: Frankfurter Rundschau 14.11.2007

„Für und mit Patienten – so setzt sich Pfizer in Deutschland intensiv für die Belange von kranken Menschen und ihren Angehörigen ein. Neben der Erforschung und Entwicklung innovativer Medikamente machen wir uns für einen besseren Zugang zu Gesundheitsinformationen stark. [...] Dabei arbeiten Mitarbeiter von Pfizer und Vertreter von Patientenorganisationen konstruktiv zusammen, denn nur so können wir die Informationen auf die Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen abstimmen.“

Text über Pfizer auf der Seite www.startsocial.de