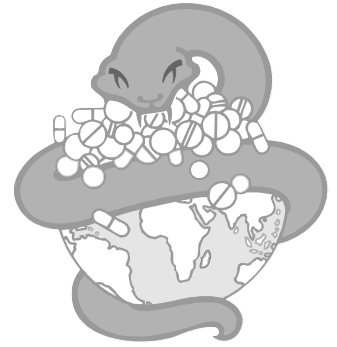


PHARMA- BRIEF



Nr. 3-4/2003

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

Mai 2003

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

Keine Medikamente für die Armen?

Reiche Länder dürfen Zugang nicht blockieren

Lebensrettende Arzneimittel sind oft so teuer, dass viele Menschen in ärmeren Ländern sie sich nicht leisten können. Grund dafür sind Patente, die die hohen Preise abgesichern. Eigentlich sind im Falle von nationalen Notständen Schutzklauseln vorgesehen, damit die benötigten Medikamente billiger beschafft werden können. Die USA blockieren aber eine solche Lösung für die ärmsten Länder ohne eigene Pharmaindustrie. Die Europäische Union macht einen Kompromissvorschlag, doch auch der ist zweifelhaft, weil er die Souveränität der betroffenen Länder einschränkt. Die BUKO Pharma-Kampagne startet eine Postkartenaktion und fordert Bundesregierung auf, Hindernisse für den Zugang zu Arzneimitteln auszuräumen.

Durch das TRIPS-Abkommen der Welthandelsorganisation (WTO) werden alle Mitgliedsstaaten gezwungen Arzneimittelpatente anzuerkennen. Die Anwendung der in TRIPS verankerten Schutzklauseln zum Schutz der öffentlichen Gesundheit wurde in der Vergangenheit vielfach blockiert: In Südafrika klagten 39 internationale Pharmakonzerne gegen ein Gesetz, das billige Arzneimittelproduktion im Lande ermöglicht hätte. Auf Brasilien und Thailand wurde handelspolitischer Druck ausgeübt, als sie AIDS-Medikamente billiger selbst produzieren wollten. Weltweite Proteste haben dazu beigetragen, dass diese Länder ihr Recht auf billige Produktion wichtiger Medikamente wahrnehmen können. Sie dürfen dafür so genannte Zwangslizenzen erteilen.

Doch viele Staaten ohne eigene Fabriken sind auf Importe angewiesen. Für sie ist die Lage immer noch ungeklärt. Gerade den Menschen in den ärmsten Ländern der Welt wird so z.B. der

Zugang zu AIDS-Medikamenten verwehrt. Die WTO hatte fest zugesagt, bis Ende 2002 eine Lösung für diese Staaten zu finden. Das ist bislang am Widerstand der USA gescheitert. Die USA wollen, dass die Länder nur Medikamente für einige wenige Krankheiten unter Zwangslizenz importieren dürfen. Die Europäische Union schlägt als Kompromiss eine längere „halboffene Liste“ von Krankheiten vor. Bei allen Krankheiten, die nicht auf der Liste stehen, soll die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre Meinung mitteilen, ob es gerechtfertigt wäre, Medikamente per Zwangslizenz billiger zu machen.

Doch auch das ist ein unzumutbares Hindernis. Die BUKO Pharma-Kampagne sprach kürzlich gemeinsam mit Ärzte ohne Grenzen mit der EU-Kommission, doch eine gangbare Lösung steht noch aus. Die EU sieht sich in einer Rolle als Vermittler, um die Blockade der USA zu durchbrechen. Die entwicklungspolitischen Organisa-

Editorial

Liebe LeserInnen, man könnte meinen, es kann heute nicht mehr so schwierig sein, armen Menschen Medikamente preiswert zur Verfügung zu stellen. Das Ausmaß der AIDS-Epidemie ist gigantisch, die notwendigen Mittel lassen sich preiswert herstellen und an den Kranken ist nichts zu verdienen. Dennoch blockieren die USA den Zugang zu billigen Medikamenten ausgerechnet für die ärmsten Länder. Die EU versucht jetzt einen Kompromiss zu erzielen. Wir meinen jedoch, dass dies nicht auf Kosten der armen Länder geschehen darf. Deshalb fordern wir die Bundesregierung auf, sich für eine Lösung einzusetzen, die die Souveränität anderer Länder nicht beschädigt. Wir setzen dabei auch auf Ihre Unterstützung.

Ihr

Jörg Schaaber

- **Patente:**
Novartis in Korea 2
- **Forschung:**
Nichts für die Armen 3
- **WTO:**
GATS ohne Grenzen 5
- **Biopiraterie:**
Einigung über Kaktus 6
- **Deutschland:**
Verwässerte Transparenz 7

tionen machten deutlich, dass sie die Einbeziehung der WHO als „Schiedsrichter“ für einen unangemessenen Vorschlag halten. Denn auch der EU-Vorschlag greift in die Souveränität betroffener Länder ein.

Deshalb fordert die Kampagne jetzt die Bundesregierung auf, gegenüber der EU eine klare Position zu Gunsten der Armen zu vertreten: Jedes Land muss alleine entscheiden dürfen, welche Medikamente für die Versorgung seiner Bevölkerung wichtig sind und – wie im TRIPS Vertrag vorgesehen – Zwangslizenzen für Medikamente erteilen können. (JS)

Protestbrief:

Den Armen nicht die Medikamente verwehren

An Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Staatssekretär Dr. Axel Gerlach
Scharnhorststr. 34 – 37, 10115 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren, unterstützen Sie den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten für alle Menschen auf der Welt. Sorgen Sie dafür, dass die Welthandelsorganisation keine zusätzlichen Hürden für arme Länder aufbaut. Die von der EU vorgeschlagene halboffene Krankheitsliste stellt ein unnötiges Hindernis dar und greift in die Souveränität betroffener Länder ein. Jedes Land muss alleine entscheiden dürfen, welche Medikamente für die Versorgung seiner Bevölkerung wichtig sind und – wie im TRIPS Vertrag vorgesehen – Zwangslizenzen für Medikamente erteilen können.

Mit freundlichen Grüßen

Impressum

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

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

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

Druck: Druck & Medien im Umweltzentrum GmbH,
Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben
jährlich. Einzelabo 15 € Institutionen- oder Auslands-
abo 28 € Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Be-
zugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen
werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten
nicht weitergegeben.

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Konto für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



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

Kein Erbarmen mit KrebspatientInnen

Novartis hält an hohem Glivec-Preis in Korea fest

Ende Januar hob die südkoreanische Regierung den Preis für das patentgeschützte Leukämie-Präparat Glivec um 30% an. Die gesetzlich festgelegte Kostenbeteiligung liegt damit für koreanische Blutkrebs-PatientInnen bei rund 1000 US \$ monatlich. Für viele Leukämie-Kranke bedeutet dieser Preis das Todesurteil.

Viele KoreanerInnen machten ihrem Unmut durch Sitzblockaden und Demonstrationen Luft.¹ Das Novartis Produkt Glivec ist die einzig verfügbare Behandlungsmethode für Leukämie-PatientInnen, denen mit Knochenmarkstransplantation und Interferon-Therapie nicht geholfen werden konnte. Südkorea gehörte zu den ersten Ländern, die Glivec einführt und erteilte in Rekordzeit eine gesetzliche Zulassung für das Mittel. Ende 2001 legte die Regierung den Preis für das Medikament auf 15 US\$ fest. Doch Novartis lehnte ab und forderte eine Anhebung auf das Preisniveau in Industrieländern um mehr als 30%. Südkorea reagierte nach monatelangen Auseinandersetzungen und verteuerte das Arzneimittel jetzt auf gut 19 US\$.²



Am 6. Februar verlangten koreanische PatientInnen den Chef von Novartis in Seoul wegen der hohen Preise für Glivec® zu sprechen. Die Polizei drängte sie brutal zurück. Zwei PatientInnen mussten verletzt ins Krankenhaus gebracht werden. Foto: CPTECH

Hintergrund der drastischen Preiserhöhung ist ein bilaterales Abkommen zwischen den USA und Korea von 1999. Das Abkommen sichert den USA großen Einfluss auf die Arzneimittelpreise in Korea. Die koreanische Regierung verpflichtet sich darin, den Preis für neue, innovative Medikamente jeweils auf den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis in den G7-Ländern (USA, Großbritannien, Deutschland, Frankreich, Italien, Schweiz, Japan) festzulegen.³ Um die staatlichen Gesundheitsausgaben zu senken, plant die koreanische Regierung seit längerem Änderungen im Preissystem, erhielt aber bereits den Hinweis der USA, dass hierfür die Zustimmung der US-Regierung nötig sei.

Südkoreanische Nichtregierungsorganisationen fordern eine Zwangslizenz auf Glivec und wollen den Preis durch indische Generika auf weniger als ein Drittel senken. Novartis verlangt derzeit einen Arzneimittelpreis, der dreißig mal so hoch sei wie die Produktionskosten.⁴ Schuld am hohen Preis seien die immensen Forschungs- und Entwicklungskosten des Produkts, kontert die Firma. Doch die dürfte Novartis schon wieder eingefahren haben: Das Medikament, erst seit Mitte 2001 auf dem Markt, fährt satte Gewinne ein und gehört zu den Verkaufsschlägern des Unternehmens. 2002 wurde Glivec weltweit im Wert von 768 Mio. US \$ verkauft. (CJ)

- 1 <http://base21.org/base21hot/gleevec.html> sowie www.cptech.org/ip/health/gleevec/korea-arrest.html
- 2 Heeseob on: South Korea Government raised the Glivec Price, *IP-health* 30.1.2003
- 3 www.ustr.gov/reports/nfe/2002/korea.PDF
- 4 www.cptech.org/ip/health/gleevec/vitalissues05182002.html

Vernachlässigte Krankheiten

Medikamente für die Armen fehlen

Medikamente können die Dauer von Erkrankungen verkürzen, die Lebenserwartung verlängern, Symptome lindern oder sogar heilen. Dennoch können viele Krankheiten mit Arzneimitteln nicht ursächlich bekämpft werden, für etliche gibt es nicht einmal eine befriedigende symptomatische Behandlung. Oftmals sind Arzneimittel schlecht verträglich oder wirken bei vielen PatientInnen nicht. Es gibt also noch viel Forschungsbedarf. Die Wahrscheinlichkeit, ob ein Medikament gegen eine Krankheit entwickelt wird, ist jedoch abhängig von der Kaufkraft der Betroffenen. Zur Vernachlässigung von bestimmten Krankheiten liegt jetzt eine umfassende Studie vor.⁶

Die Chance, dass ein Medikament gegen eine Krankheit entwickelt wird, von der hauptsächlich große Teile der armen Weltbevölkerung betroffen sind, ist relativ gering. Mit den Worten von Sir William Castell, Chef der britischen Pharmafirma Amersham, klingt das so: „Als ich in das Bio-Business einstieg, waren zwei Drittel unserer Forschung auf Tropenkrankheiten ausgerichtet. So tugendhaft das auch war, konnte ich doch nicht erkennen wie das zu den Einnahmen der Firma beitragen sollte. Ich war ziemlich rigoros dabei, diese Forschung zurechtzustutzen.“⁵

Troullier et al haben die umfassendste Untersuchung zu den Forschungsprioritäten der vergangenen 25 Jahre vorgelegt.⁶ Sie kommen zu dem Schluss, dass Arzneimittelforschung sich weitgehend an wirtschaftlichen Interessen orientiert und es gravierende Forschungsdefizite im Bereich der Krankheiten der Armen gibt. Am deutlichsten ist der Mangel bei den Tropenkrankheiten wie Leishmaniasis, Schistosomiasis oder Lepra. In diesem Bereich sind die Forschungsanstrengungen Mitte des vergangenen Jahrhunderts mehr oder weniger versiegt: „Die Entdeckung und Entwicklung der meisten heute bei Tropenkrankheiten eingesetzten Medikamente war von den kolonialen Interessen zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt. Als die Interessen des Westens sich von diesen Regionen entfernten, wurden Tropenkrankheiten zunehmend vernachlässigt, hauptsächlich weil sie keine ausreichenden Gewinnaussichten für die Pharmaindustrie bieten, [die es lohnend erscheinen lassen] sich mit Forschung und Entwicklung zu befassen. Tuberkulose – eine andere armutsbedingte Krankheit – wird, was Forschung und

Entwicklung angeht, ebenfalls vernachlässigt. Trotz des stets wachsenden Bedarfs an sicheren, wirksamen und bezahlbaren Medikamenten zur Behandlung dieser Krankheiten, hat die Entwicklung solcher Medikamente praktisch aufgehört.⁷

Für Tropenkrankheiten wurden innerhalb von 25 Jahren (1975-1999) nur 13 neue Medikamente entwickelt, weitere drei gegen Tuberkulose. Das sind ein Prozent der insgesamt 1393 neuen Wirkstoffe, die in diesem Zeitraum auf den Markt kamen. Gleichzeitig verursachen diese Krankheiten 11,4% der weltweiten Krankheitslast.⁶ Von den 13 Medikamenten wirken allein vier gegen eine einzige Krankheit, die Malaria. Für einige Krankheiten wurde innerhalb des letzten Vierteljahrhunderts kein einziges neues Medikament entwickelt.

Als Maß für die Forschungsintensität bildeten Troullier et al ein Verhältnis zwischen der Krankheitslast und der Zahl der von 1975-1999 entwickelten Medikamente gegen die Krankheit. Daraus ergibt sich ein deutlicheres Abbild der Realität als durch die bloße Auflistung der pro Krankheit entwickelten Medikamente. Für alle Krankheiten wurde in den letzten 25 Jahren pro Million verlorener gesunder Lebensjahre (DALY) im Schnitt ein (1,01) neues Medikament auf den Markt gebracht. Für die verbreitetsten Erkrankungen in Industrieländern waren es sogar zwi-

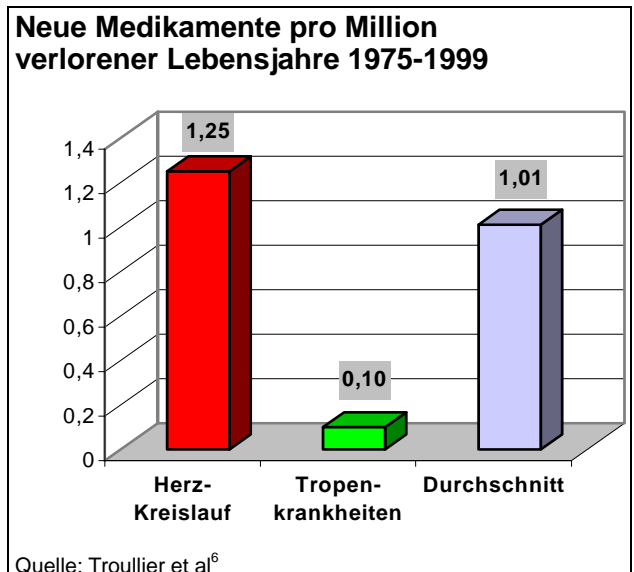
schen 1,25 und 1,44 Medikamenten pro Million DALY (Tabelle 1, S. 4).

Für die Tropenkrankheiten waren es nur 0,10 Medikamente pro Million verlorener gesunder Lebensjahre, bei Tuberkulose 0,11 Medikamente. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass es 13 mal so wahrscheinlich ist, dass ein Medikament gegen psychische Störungen oder Krebs auf den Markt kommt, als eins gegen eine Tropenkrankheit.

Wenig Geld für Wichtiges

Noch krasser ist der Unterschied in Geldwert: Während für nichtinfektiöse Atemwegserkrankungen pro Million verlorener gesunder Lebensjahre Medikamente im Wert von 307 Millionen US\$ abgesetzt werden, sind es für Tropenkrankheiten nur drei Millionen. Dies spiegelt den geringen „Marktwert“ der Kranken in armen Ländern wider. Etwas besser sieht es im Bereich der Forschung für AIDS-Medikamente aus, dort wurden immerhin 0,37 Medikamente pro Million verlorener Lebensjahre entwickelt. Dabei spielte staatliche Forschung eine wesentliche Rolle. Außerdem ist zu bedenken, dass AIDS nach seiner Entdeckung auch in Industrieländern als ernste Bedrohung angesehen wurde und es eine ausreichende Zahl von PatientInnen in reichen Ländern mit Krankenversicherung gibt. Kranke in armen Ländern profitieren nur selten von dem therapeutischen Fortschritt auf diesem Gebiet.

Zusätzlich besteht die Gefahr, dass



wirksame Medikamente, die wenig oder keinen Gewinn abwerfen, nicht mehr hergestellt werden. Dies geschah beispielsweise bei dem gegen die Schlafkrankheit hochwirksamen Eflornithin. Aventis stellte die Produktion als unrentabel ein. Das führte dazu, dass PatientInnen nur noch mit dem 70 Jahre alten, weniger wirksamen und sehr schlecht verträglichen Melarsoprol behandelt werden konnten.⁸ Erst massive Proteste von Nichtregierungsorganisationen führten zu einer Vereinbarung zwischen dem Hersteller und der WHO, dass er die Produktion zunächst weiterführt, das Patent an die WHO abgibt und gleichzeitig für den Technologietransfer sorgt, damit andere Firmen das Mittel produzieren können.⁹ Die Erforschung des Wirkstoffs gegen die Schlafkrankheit war übrigens wesentlich durch die WHO selbst finanziert und durchgeführt worden.

Die Perspektiven für die Armen sehen heute nicht besser aus als bei der Betrachtung vergangener Forschungsanstrengungen: Die Arbeitsgruppe *Drugs for Neglected Diseases* (DND) hat gemeinsam mit der *Harvard School of Public Health* 2001 eine Umfrage unter den 20 größten Pharmafirmen der Welt zu ihrer aktuellen Forschung für

fünf vernachlässigte Krankheiten¹⁰ gemacht. Zwölf Unternehmen gaben brauchbare Antworten: Eines gab gar kein Geld für Forschung an den genannten Krankheiten aus, acht kein Geld für die drei am meisten vernachlässigten Krankheiten.¹¹ Lediglich zwei Firmen gaben an, jeweils ein Medikament für eine der drei Krankheiten in der klinischen Forschungsphase zu haben.

Etwas tun

Die im Oktober 1999 von *Médecins Sans Frontières* (MSF) gegründete Arbeitsgruppe *Drugs for Neglected Diseases* (DND) hat sich zum Ziel gesetzt, die Forschung für vernachlässigte Krankheiten anzukurbeln.¹² Sie besteht aus etwa 40 ExpertInnen der Bereiche Forschung, Tropenmedizin, Gesundheitsökonomie, Pharmakologie, Recht und Arzneimittelzulassung. Mit dabei sind NGO-VertreterInnen ebenso wie WissenschaftlerInnen, VertreterInnen internationaler Organisationen, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Pharmaindustrie. Die Gruppe versucht das vorhandene Wissen zu bündeln, wichtige Akteure in Kontakt zu bringen und öffentliches Interesse an dem Problem der fehlenden For-

schung zu erzeugen. DND hat sich vier Hauptziele gesetzt: (1) Forschung und Lobby für unentbehrliche Arzneimittel, (2) Wissens- und Technologietransfer, (3) Rechtliche Rahmenbedingungen, (4) Finanzierung und Verfügbarkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln.¹³ (The DND working group 2003).

Dies ist ein erster Ansatz, um kurzfristig wenigstens einige kleinere Verbesserungen zu erzielen. An den strukturellen Defiziten des derzeitigen Forschungsförderungssystems durch Patente ändert das aber nichts. (JS)

-
- 5 zitiert nach: Moran, M. Why are global drug prices so high ... and other questions. *Australian Prescriber* 26 (2) 2003 p 26-27
 - 6 Trouiller, P. et al., Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure, *The Lancet* 359, 2188-2194, 2002
 - 7 Trouiller et al 2002, p 2188
 - 8 Jenkes, Profit versus Menschenleben, *Pharma-Brief Spezial* 2/2000, 12-16
 - 9 Schaabber, J. Schlafkrankheit: Nun doch Behandlung. *Pharma-Brief* 4/2001, S. 5
 - 10 Schlafkrankheit, Leishmaniasis, Chagas-Krankheit, Malaria und Tuberkulose
 - 11 Schlafkrankheit, Leishmaniasis und Chagas-Krankheit
 - 12 Einführung zur DND working group : www.neglecteddiseases.org/thecrisis.shtml
 - 13 The DND working group (2003) The Drugs for Neglected Diseases Working Group Introduction and Overview www.neglecteddiseases.org/thedndwg_intro.pdf

Tabelle 1: Neue Medikamente für verschiedene Therapiegebiete 1975-1999

Therapiegebiet	Verlorene gesunde Lebensjahre in %			Neue Medikamente pro Mio. DALY	Umsatz in Mio. US\$ pro Mio. DALY
	Weltweit	Reiche Länder	Arme Länder		
Zentrales Nervensystem	11,5	23,5	10,5	1,32	193
Herz-Kreislauf Krankheiten	10,3	18,0	9,7	1,25	283
Zytostatika (Krebserkrankungen)	6,1	15,8	5,2	1,31	90
Nicht infektiöse Atemwegserkrankungen	4,5	7,4	4,2	1,44	307
Anti-Infektiva und Parasitenerkrankungen	29,6	4,2	31,8	0,55	52
<i>davon</i>					
<i>HIV/AIDS</i>	5,1	0,9	5,5	0,37	44
<i>Tuberkulose</i>	2,0	0,1	2,2	0,11	11
<i>Tropenkrankheiten</i>	9,4	0,3	10,2	0,10	3

GATS: Handel ohne Grenzen

Mercedes stellt in Stuttgart für sechs Monate ArbeiterInnen aus Thailand an, um die deutschen Tarifbestimmungen zu umgehen. Röntgenbilder aus Essen werden nach Hong-Kong gemailt, denn dort ist die Auswertung billiger. Eine amerikanische Kette übernimmt einen Großteil der deutschen Apotheken, Beratung geht weitgehend verloren. Ein Albtraum?

Wie wirklichkeitsnah solche Szenarien im Zeitalter der Dienstleistungliberalisierung sind, das diskutierten in Berlin die TeilnehmerInnen einer von Ver.di und der Hans-Böckler-Stiftung organisierten Tagung. *Demokratie, soziale Regeln und öffentliche Verantwortung* sollten unter den Vorzeichen von GATS bewertet werden.

Liberalisierungswelle rollt an

Das allgemeine Dienstleistungsabkommen (GATS) ist ein umfangreiches Vertragswerk der Welthandelsorganisation (WTO). Ziel des Abkommens ist die fortschreitende Liberalisierung aller Dienstleistungsbereiche. Alle Mitgliedsländer benennen derzeit Bereiche, die sie künftig liberalisieren wollen und stellen zugleich Liberalisierungs-Forderungen an andere WTO-Mitgliedsländer. Bis 2005 soll die nächste Liberalisierungswelle ausgehandelt sein. Zwar kann jedes Land theoretisch selbst bestimmen, welche Bereiche es liberalisiert und welche nicht. Doch eine Privatisierung von Dienstleistungsbereichen ist unter GATS de facto nicht mehr umkehrbar. Außerdem dürfte der Druck auf arme Länder groß sein, auch solche Bereiche zu liberalisieren, die sie eigentlich schützen möchten. Der Diskussionsprozess darüber ist intransparent - nicht nur für die Zivilgesellschaft, auch für die nationalen Parlamente. So stellte die EU ihren Forderungskatalog nicht selbst ins Internet, sondern bekannte sich erst dazu, als eine kanadische NGO das erledigte.

Gesundheit und GATS

Die Europäische Union hat im Gesundheitsbereich keine Forderungen an andere Länder gestellt. Von der EU wird jedoch gefordert, den Bereich der Telemedizin komplett freizugeben, d.h. Röntgenbilder und andere Diagnostika

könnten zur Auswertung in andere Länder gemailt werden. Auch das Mehrbesitzverbot von Apotheken sowie die Einschränkung auf natürliche Personen sollen aufgegeben werden. Damit würden Apothekenketten und der Versandhandel im Internet legal. Die Beratung könnte sich dadurch drastisch verschlechtern, die Apothekenversorgung auf dem Land wäre gefährdet. Weiterhin wurde gefordert, Berufsabschlüsse in der Pflege und im ärztlichen Bereich allgemein anzuerkennen, die Beschränkung der Kassensitze für ÄrztInnen aufzugeben und die Diskriminierung von Nicht-EU-AusländerInnen zu beenden (sie erhalten bisher nur im Ausnahmefall eine Approbation).

EU im Schafspelz

Momentan betont die Europäische Kommission, dass die „staatliche Daseinsfürsorge“, also Bildung, Gesundheit und Wasserversorgung nicht liberalisiert würden. Zugleich verlangt sie aber eine Liberalisierung des Trinkwassers von einigen Entwicklungsländern. Staatssekretär Gerlach vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit begründet dies mit einer schlechten Trinkwasserversorgung in vielen armen Ländern. Wenn Länder dem Trinkwassermangel versuchsweise durch Privatisierung begegnen wollten, könnten sie das allerdings zu jedem Zeitpunkt auch ohne GATS. Unter dem GATS-Abkommen wäre dieser Prozess unumkehrbar, selbst wenn er eine drastische Verschlechterung der Trinkwasserversorgung und somit der Gesundheit der Armen zur Folge hätte. Die EU-Forderung ist demnach nur mit einem großen Interesse europäischer Wasserversorgungswerke an fremden Märkten zu erklären.

EU Kommissar Lamy bemühte sich, den kritischen Tönen positive Aspekte

von GATS gegenüberzustellen: Die Alternative zu einem in der WTO geregelten Welthandel sei das Gesetz des Dschungels, eines unkontrollierten kapitalistischen Marktes mit bilateralen Verträgen. Ob die WTO mit ihren bestehenden Verträgen das richtige Regelinstrument ist, bleibt jedoch fraglich.

Veto im Parlament

Auch dem deutschen Parlament verlief der Prozess – wie vielen NGOs - zu intransparent und zu schnell. Daher wurde am 15.3. ein parlamentarischer Vorbehalt beschlossen. Das Parlament behält sich damit eine Zustimmung zum Gesamtpaket vor, das die europäische Kommission aushandelt. Zugeständnisse im Bereich der öffentlichen Daseinsfürsorge werden abgelehnt, ebenso eine Öffnung des europäischen Arbeitsmarktes für Billigarbeitskräfte. Liberalisierungsangebote sollen rückgängig gemacht werden können.

Die Bedenken der TeilnehmerInnen, dass der Gesundheitssektor und andere Bereiche der Daseinsfürsorge letztendlich doch scheinbar liberalisiert werden, konnten bei der Konferenz nicht ausgeräumt werden - weder für Europa und erst recht nicht für Länder des Südens. Wer einem „Gesetz des Dschungels“ vorbeugen will, sollte also für mehr Transparenz, für eine intensive Beteiligung der Zivilgesellschaft am Diskussionsprozess und für eine Evaluation der bereits stattgefundenen Liberalisierungen Sorge tragen. (CF)



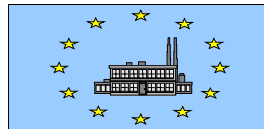
Biopiraten: Einigung über Kaktus

In einem der bekanntesten Fälle von Biopiraterie wurde eine Einigung erzielt. Der US-Konzern Pfizer darf aus dem südafrikanischen Hoodia-Kaktus ein Medikament gegen Fettleibigkeit entwickeln, dafür erhalten die südafrikanischen San eine finanzielle Entschädigung.¹⁴

Hoodia wird traditionell von den San verwendet, da es Hunger- und Durstgefühl unterdrückt. Die San sind die ältesten Bewohner des südlichen Afrika, sie leben dort seit 40.000 Jahren. Der südafrikanische Council for Scientific and Industrial Research CSIR hatte 1996 aus Hoodia den Wirkstoff P57 isoliert und patentiert. 1997 wurde eine Lizenz an die britische Phytopharma vergeben, die sie wiederum für 21 Mio. US \$ an Pfizer weiterverkaufte. Im November 2001 erhob der South African San Council Klage gegen den Patentinhaber CSIR. Unterstützt durch weltweite Proteste beklagten die San, dass ihr traditionelles Wissen ohne jegliche Absprachen erforscht und patentiert wurde. Nach langen Verhandlungen wurde nun eine Einigung über ein so genanntes benefit sharing erzielt. Pfizer darf weiterhin ein Medikament auf der Grundlage des Hoodia-Kaktus entwickeln, dafür erhalten die San während der klinische Phase acht Prozent der Lizenzgebühren vom CSIR. Bisher wurden 32.000 US\$ gezahlt und es wird mit bis zu 1,4 Mio. US\$ gerechnet. Wenn es zu einer Vermarktung kommt, erhalten die San sechs Prozent Gewinnanteil. Da mit „Schlankheitspillen“ ein guter Umsatz zu erwarten ist, wird auf eine Gewinnbeteiligung von jährlich über sieben Mio. US\$ gehofft. Das Geld wird unter den San Councils von Südafrika, Namibia, Botswana, Sambia und Angola aufgeteilt und soll in eine Stiftung eingezahlt werden. Die San sind eine der ärmsten Bevölkerungsgruppen des südlichen Afrika, geprägt von hoher Arbeitslosigkeit und schlechter Gesundheitsversorgung. Deshalb soll das Geld der Stiftung für Schul- und Berufsausbildung sowie die Schaffung von Arbeitsplätzen verwendet werden.

Der Manager des CSIR, Dr. Horak, hat sich öffentlich für die jahrelange Missachtung der Rechte der San entschuldigt, und Vertreter der San begrüßen das ausgehandelte benefit sharing. Aber eine grundlegende Kritik bleibt bestehen: durch die getroffene Rege-

lung wird ein Paradigmenwechsel deutlich. Ein kulturelles Allgemeingut, an dem es keine Eigentumsrechte gab, ist von nun an Privateigentum. Eine Sprecherin der San betonte, dass die Zahlungen Hoffnung für die Menschen bringen: „Ich bin froh, dass unsere Pflanzen anderen nutzen. [...] Aber es wäre falsch, wenn dicke weiße Menschen in Übersee schlank werden, während unsere Kinder arm und ungebildet bleiben.“¹⁵ (CW)



Europa

Tauziehen um Arzneimittelgesetze

Die Debatte um die Reform der Europäischen Arzneimittelgesetze geht in die nächste Runde.

Obwohl das Europäische Parlament die Lockerung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel klar abgelehnt hat, beharrt die EU-Kommission in ihrem überarbeiteten Gesetzesentwurf darauf, die Tür für DTCA zu öffnen.¹⁶ Die zweite Säule im Gesetzgebungsverfahren, der Gesundheitsrat, hat sich inzwischen auch gegen die Einführung von DTCA ausgesprochen und die Änderung von Art. 88 abgelehnt.

Zusammen mit anderen Organisationen fordert die Pharma-Kampagne, dass vor allem drei Punkte in die neuen Gesetze einfließen müssen:

- ◆ Keine Lockerung des Werbeverbots
- ◆ Therapeutischer Fortschritt als Kriterium für die Zulassung neuer Medikamente
- ◆ Transparenz und Zugang zu Daten bei der Europäischen Zulassungsbehörde EMA. Der jetzige Zu-

stand ist sehr unbefriedigend. Fachleute fordern schon lange, dass die Dokumente zu klinischen Studien, Pharmakovigilanz usw. öffentlich zugänglich werden. Bisher verweigert die EMA eine Einsicht in die meisten relevanten Daten. (CW)

Deutschland

Pudding auf Rezept

Mit seiner Initiative Vitale Gesellschaft¹⁷ will der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) Umverteilung von unten nach oben betreiben. Dabei soll Verkaufsförderung auf Kosten der Versicherten betrieben werden.

Die Demontage der gesetzlichen Krankenversicherung scheint dem BDI ein Herzensanliegen. Eine Versicherungspflicht soll es schon geben, aber möglichst privat. Die Arbeitgeber sollen statt derzeit 14,3% nur noch zehn % des Bruttolohns zur Krankenversicherung zuschießen. Die Pharmaindustrie will Geld für alle neuen patentgeschützten Arzneimittel – egal ob sie besser sind oder nicht. Besonders interessant ist der Vorschlag des BDI-Vize Arend Oetker, Miteigentümer des gleichnamigen Lebensmittelmultis. Der Konsum „bedarfsgerechter und optimierter Lebensmittel mit hohem Genusswert“¹⁸ solle mit einem Bonus der Krankenversicherung belohnt werden. Um Sparen geht es den Herren aus der Industrie nicht, aber wohl darum, die Lasten für die Versicherten zu mehren und sie ihnen möglichst weitgehend aufzubürden. Die Frankfurter Rundschau titelte „Pharmalobby zeigt sich beim BDI sehr vital“.¹⁹ (JS)

14 The San and the CSIR announce a benefit-sharing agreement for potential anti-obesity drug. Media release Council for Scientific and Industrial Research, 24.3.2003

15 Bushmen to win royalties from slimming drug. Mail & Guardian, Johannesburg 27.3.2003. www.mg.co.za/Content/13.asp?ao=12517

16 Überarbeiteter Vorschlag der Europäischen Kommission vom 3.4.2003 COM2003/163/final http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2003/com2003_0163en01.pdf

17 BDI Pressemitteilung vom 13. Mai 2003 www.bdi-online.de/RedDot/1062.htm

18 Der Mensch als Auto, Junge Welt 14.5.2003

19 Frankfurter Rundschau 14.5.2003



Deutschland

Verwässerte Transparenz

Das von der Bundesregierung geplante Zentrum für Qualität in der Medizin soll nun doch dem Einfluss mächtiger Lobbygruppen geöffnet werden. Das ist schade, sollte doch erstmals in einem transparenten Prozess geprüft werden, welche Behandlungsformen am sinnvollsten sind.

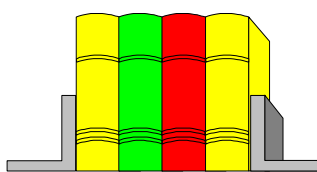
Im geplanten Zentrum für Qualität in der Medizin sollen jetzt auch KassenärztInnen und Krankenkassen mitreden dürfen, dafür sollen sie einen Teil der Kosten tragen. Ursprünglich sollte das Institut durch Steuermittel finanziert werden, um seine Unabhängigkeit zu gewährleisten. Auch soll es keine Fristen für die Umsetzung der Empfehlungen des Zentrums mehr geben.²⁰ Es ist kaum zu erwarten, dass eine Beteiligung der Kassen das Vertrauen der PatientInnen in die Ergebnisse des Qualitätsinstituts steigert, könnte doch leicht der Vorwurf entstehen, dass eher auf die Kosten als auf den Nutzen geachtet werde. Die Beteiligung der ÄrztInnen ist ebenfalls problematisch, auch wenn Ärztepräsident Hoppe reklamiert: „Leitlinien für die Behandlung kranker Patienten zu erarbeiten ist eine Angelegenheit von denjenigen, die dafür zuständig sind. Das sind wir Ärzte. Dafür werden wir wissenschaftlich ausgebildet, dafür forschen wir.“²¹ Zu eng sind die Verstrickungen vieler ÄrztInnen mit der Pharmaindustrie. Gerade die so genannten Anwendungsbeobachtungen, für die sich nicht wenige Praxen gut bezahlen lassen, dienen kaum der Forschung dafür aber um so mehr dem Marketing.²²

Mitreden in einem Zentrum für Qualität in der Medizin sollten nur unabhängige ExpertInnen und PatientenvertreterInnen. Zu den Fachleuten gehören dabei keineswegs nur ÄrztInnen, sondern vor allem auch klinische PharmakologInnen, ApothekerInnen, Gesundheits- und Sozialwissenschaft-

lerInnen. Denn schließlich geht es nicht nur um die Frage „Rosa oder blaue Pille?“, sondern um vernünftige und begründbare Behandlungskonzepte und bessere Prävention.

Zur Sicherung der Transparenz gehört dabei mindestens zweierlei: Erstens eine durchschaubare Begründung für Entscheidungen. Das heißt, auf Grund welcher Evidenz und mit welchen Argumenten werden bestimmte Behandlungsstrategien bevorzugt? Es sollte möglich sein, dass auch Außenstehende ihre Meinung einbringen können. Dafür muss bereits der Diskussionsprozess transparent sein. Dazu gehört auch, dass die verwendeten Studien öffentlich zugänglich gemacht werden.

Zweitens müssen alle Entscheidungsbeteiligten mögliche Interessenkonflikte offen legen. Wir haben schon zu viele Ver-Leitlinien, deren Ausrichtung von mächtigen Interessen in die ihnen genehme Richtung gebogen wurden.²³ (JS)



Neues Buch

GATS - Die letzte Grenze

Thomas Fritz gibt in der Broschüre eine ausgezeichnete Einführung in das schwierige Thema GATS. Die Geschichte des Dienstleistungsabkommens der Welthandelsorganisation (WTO) wird ebenso gekonnt beleuchtet wie seine nur schwer durchschaubaren Regeln. In einem zweiten Teil geht der Autor auf die einzelnen Bereiche des Abkommens ein, um sie dann abschließend zu bewerten und ihnen Gegenkräfte der Zivilgesellschaft gegenüber zu stellen. (CF)

☞ Thomas Fritz, Die letzte Grenze GATS: Die Dienstleistungsverhandlungen in der WTO, Sachstand, Problem, Alternativen 7,50 € Zu beziehen bei: WEED e.V. Torstr. 154, 10115 Berlin; weed@weed-online.org

Zuckersüß umworben

Pünktlich zu Weihnachten erhielten ÄrztInnen durch den United Parcel Service (UPS) ein kleines Päckchen der Firma Pfizer. Einziger Inhalt der hübsch mit Bergmotiv verzierten Schachtel: Ein Praline. Nach Meinung des Herstellers: „Ein kleiner Beitrag zu mehr Lebensfreude von Zoloft® Denn Depressionen sind überwindbare Berge.“ Deprimierend ist nicht nur, dass Pfizer meint, mit solch hohlen Phrasen ÄrztInnen zu überzeugen, sondern auch die Umweltbelastung durch Auslieferung einzelner Pralinen per LKW (und gegen Unterschrift des Empfängers).²⁴



Eine Praline per Post: Wenn der Paketbote klingelt, lohnt es nicht immer zu öffnen

Wenn Sie ähnlich tiefsinnige Werbebeispiele kennen, würden wir uns über einen Bericht (bzw. Muster) freuen. Wir planen eine kleine Ausstellung zum Thema. Sollte es weitere interessante Beispiele geben, werden wir das im *Pharma-Brief* aufgreifen.

²⁰ Auch für den richtigen Durchblick müssen die Patienten zahlen, *Frankfurter Rundschau* 14.5.2003

²¹ Es wird nicht mehr bezahlt werden, was Medizin kann, *Frankfurter Rundschau* 19.5.2003

²² Korruptierte ÄrztInnen, *Pharma-Brief* 2/2002,

²³ Ver-Leitlinien, *Pharma-Brief* 2/2002, S. 1-2

²⁴ Der Wirkstoff von dem SSRI-Antidepressivum Zoloft® ist Sertralin, siehe auch *Antidepressivum macht doch abhängig* S. 8



Aus aller Welt

Afrika: Armut wächst

Während die meisten Regionen der Erde im kommenden Jahrzehnt ein wirtschaftliches Wachstum zu erwarten haben, wird der afrikanische Kontinent weiter verarmen.

Laut neuem Weltbank-Bericht werden bis 1015 über 400 Millionen Menschen südlich der Sahara in extremer Armut leben.²⁵ Das bedeutet gegenüber 1990 nahezu eine Verdopplung der Armen, die mit weniger als einem US\$ täglich auskommen müssen (1990: 241 Millionen). Auch in Nordafrika und dem mittleren Osten wird die Armut wachsen. Dagegen haben vor allem Asien und Ost-Europa, aber auch Lateinamerika gute Aussichten, die Armut drastisch zu reduzieren – vorausgesetzt, dass reiche Länder bestehende Handelsbarrieren weiter abbauen und in Entwicklungshilfe investieren.

Schlechte Aussichten auch für die Gesundheit im südlichen Afrika: Während reiche Länder im Jahr 2000 etwa 2.700 US\$ pro Kopf und Jahr für die Gesundheitsversorgung ausgaben, waren es in Afrika südlich der Sahara nur 29 US\$, in manchen Ländern sogar nur sechs Dollar pro Person. (CJ)

Südafrika: Erfolg mit Ungehorsam

Die Treatment Action Campaign (TAC) hat ihre im März 2003 begonnene Kampagne des zivilen Ungehorsams²⁶ nach einem Gespräch mit Vizepräsident Zuma ausgesetzt.

AIDS-AktivistInnen waren in Polizeiposten und Ministerien marschiert, hatten eine Rede der Gesundheitsministerin unterbrochen und vieles mehr. International war die Aktion durch

viele Gruppen unterstützt worden, die bei den südafrikanischen Botschaften gegen die Untätigkeit der Regierung in Sachen AIDS protestiert hatten. Nach dem Treffen mit Zuma kündigte TAC an, die Kampagne zu unterbrechen.²⁷ Zugesagt wurde eine ganztägige Diskussion mit TAC im AIDS-Rat über das weitere Vorgehen und eine zügige Umsetzung des nationalen Behandlungsprogramms. (JS)

Antidepressivum macht doch abhängig

Seroxat® (Paroxetin) ist ein viel verschriebenes Mittel gegen Depressionen. Der Hersteller GlaxoSmith-Kline (GSK) hatte im Beipackzettel immer behauptet, das Medikament mache nicht abhängig. Das kann die Firma nun nicht mehr behaupten.

Für kein Medikament hat es in Großbritannien so viele Nebenwirkungsmeldungen gegeben wie für Seroxat®, mit 1281 Berichten mehr als die übrigen zwanzig problematischsten Medikamente zusammen. Zu den Entzugserscheinungen gehören Schmerzen wie bei Elektroschocks.²⁸ Während PatientInnen jetzt etwas über die Risiken erfahren sollen, will GSK das Informationsblatt für VerschreiberInnen nicht verändern. Das wird vor allem von der Seroxat-Selbsthilfegruppe kritisiert, denn die ÄrztInnen hätten mitunter wenig Verständnis, dass es PatientInnen beim Absetzen des Medikaments schlecht geht.

Charles Medawar von Social Audit, der sich seit Jahren dafür einsetzt, dass vor Abhängigkeit von Antidepressiva gewarnt wird, kommentierte, die Reaktion der Firma hätte schon vor fünf Jahre erfolgen müssen. Jetzt sei es „viel zu wenig und viel zu spät“. Die Antidepressiva haben in den vergangenen Jahren die Benzodiazepine weitgehend verdrängt: Sie werden wegen ihres inzwischen allgemein bekannten Abhängigkeitspotentials weniger verschrieben. Wurden 1992 in Deutschland noch ein Drittel mehr Benzodiazepine als Antidepressiva verschrieben, kehrte sich das Verhältnis bis 2001 um, jetzt werden Antidepressiva mehr als doppelt so häufig verschrieben wie Benzodiazepine.²⁹ (JS)

Ibuprofen und das Herz

Schmerzmittel können lindernd wirken, doch mitunter schaden sie auch. So sollten Menschen, die bereits eine Herzerkrankung haben, den rezeptfrei erhältlichen Wirkstoff Ibuprofen eher meiden.

Die Gabe von Azetylsalicylsäure nach einem Herzinfarkt verringert die Wahrscheinlichkeit einen weiteren Infarkt zu bekommen. Wird aber zusätzlich Ibuprofen eingenommen, verdoppelt sich die Sterblichkeit gegenüber PatientInnen, die nur Azetylsalicylsäure erhalten. Offensichtlich macht Ibuprofen den Effekt von Azetylsalicylsäure zunichte. Andere Wirkstoffe (Diclofenac und andere NSAID) hatten keinen Einfluss auf die Todesrate.³⁰ (JS)

Verbotenes Werben

Kürzlich wurden litauische ÄrztInnen und PolitikerInnen wurden zu einer Werbetour für ein noch nicht zugelassenes Medikament ins Ausland eingeladen. Anschließend organisierten die TeilnehmerInnen Werbe-Konferenzen mit der Firma sogar im Parlament.³¹

25 World Bank, World Development Indicators 2003, Washington 2003

26 Ziviler Ungehorsam in Südafrika, *Pharma-Brief* 2/2003, S. 1-2

27 AFP, South African Activists suspend civil disobedience campaign, 29 April 2003; Aids activists give Mbeki last chance, *Guardian* 30.4.2003

28 Seroxat maker abandons 'no addiction' claim, *The Guardian* 3.5.2003

29 Schwabe, Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2002*, Berlin 2003, S. 643

30 T.M. MacDonald, L. Wei, Effect of ibuprofen on cardioprotective effect of aspirin, *The Lancet* Vol. 361 No 9357 15 February 2003

31 Drug promotion tours, *e-drug* 8.5.2003

Das Letzte

„Wer meint, das Natürliche sei stets auch das moralisch Richtige, der irrt. Will man zurück zur Säuglingssterblichkeit des Mittelalters? Sollen Frauen wieder Kinder in zweistelliger Zahl gebären? Die vielen Verbesserungen im Umfeld der Fortpflanzung, das ist schon auch ein Segen.“

Rechtfertigung der Biotechnik durch Ernst-Ludwig Winnacker, Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, *Süddeutsche Zeitung* vom 8.4.2003