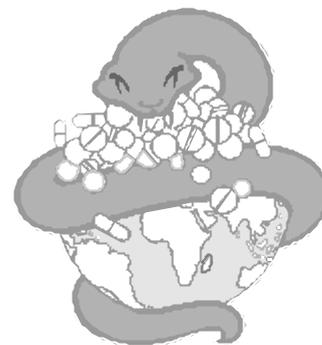


PHARMA- BRIEF



Nr. 1

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

Januar/Februar 2002

Health Action International (D)

ISSN 1618-0933

Lockerung des Werbeverbots für Medikamente in der EU?

Nach dem Willen der Europäischen Kommission soll das Werbeverbot für rezeptpflichtige Medikamente gelockert werden. Bei einem Symposium von PatientInnengruppen und GesundheitspolitikerInnen in Brüssel wurde bessere Information über Arzneimittel gefordert, mehr Werbung jedoch klar abgelehnt. Aber wer will dann eigentlich eine Gesetzesänderung?

Auf Einladung von *Health Action International* (HAI) und der *European Public Health Alliance* (EPHA) waren über 100 Fachleute aus Europa und Nordamerika zusammengekommen. Geklärt werden sollte die Frage, welche Rolle Pharmawerbung bei der Versorgung von PatientInnen mit Informationen spielt. Nach bisherigem Recht ist es der Industrie verboten, für rezeptpflichtige Arzneimittel direkt bei den PatientInnen zu werben. Die geplante Änderung der EU-Direktive¹ sieht vor, dass die Industrie die PatientInnen mit Informationen über Medikamente versorgen darf (siehe *Pharma-Brief* 10/2001). Die neue Regelung soll in einer 5-jährigen Testphase für die Krankheiten AIDS, Asthma und Diabetes gelten.

Schon bei bekannt werden der Änderungspläne wurde bezweifelt, ob es sich wirklich um ein „Informationsangebot“ handelt und nicht vielmehr um die Schaffung neuer Werbemöglichkeiten für die Industrie. So stellten sich zwei zentralen Fragen: Welche treibende Kraft steckt hinter der Gesetzesänderung – und was sind die Konsequenzen für PatientInnen und Gesundheitssystem?

Wer will die Gesetzesänderung?

Alle TeilnehmerInnen des Symposiums waren sich einig, dass die PatientInneninformation über Medikamente und Therapieverfahren verbessert werden muss. Dazu ist aber keine Lockerung des Werbeverbots nötig, gute Information ist schon jetzt erlaubt. Wer will also die Gesetzesänderung?

Die EU-Kommission begründet ihre Pläne mit den „Erwartungen, die von Patientengruppen geäußert wurden.“² Allerdings konnte keine einzige PatientInnengruppe genannt werden, die den Vorschlag unterstützt. Im Gegenteil: Alle anwesenden Gruppen gaben an, nicht gefragt worden zu sein. Die Pharmaindustrie, die wohl als einzige von der neuen Regelung profitieren würde, will auch nichts damit zu tun haben. Laut einem Vertreter des europäischen Verbandes der Pharmaindustrie (EFPIA) habe sie „keine Position“; die anwesenden Repräsentanten von Astra Zeneca, Novartis, Merck Sharp & Dome und Pfizer verweigerten aber eine Stellungnahme.

Vielleicht sind es die nationalen Gesundheitsbehörden, die das Werbeverbot kippen wollen? Das ist kaum anzu-

Editorial

Liebe LeserInnen,
finden Sie es manchmal auch schwierig, sich verlässliche Informationen über Arzneimittel zu verschaffen? Kein Wunder, wenn selbst Fachleute verschaukelt werden und die Behörden ihre Aufsichtspflicht vernachlässigen (S 3). Doch die Industrie möchte noch einen Schritt weiter gehen: Sie will uns alle mit Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel überziehen (Leitartikel).

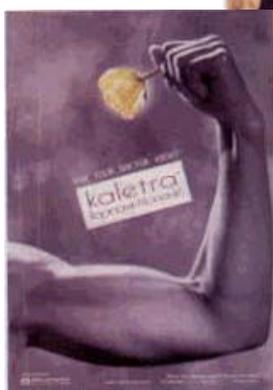
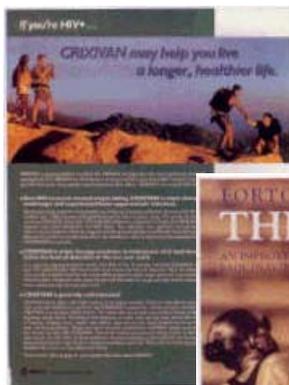
Auf einen Jahresbericht verzichten wir in dieser Ausgabe, da wir im *Pharma-Brief* Nr. 89/2001 in der Chronologie schon über die wichtigsten Ereignisse des vergangenen Jahres berichtet haben. In Ausgabe 10/2001 findet sich ein Artikel über das Symposium „20 Jahre Pharma-Kampagne“.

Ihr

- **Europa:**
Nutzlose Neuerungen 3
- **Gentechnik:**
Risiko Pharmapflanzen 4
- **Bluthochdruck:**
Manipulierte Werte 5
- **Konzerne:**
Strafen und Werbung 7

nehmen. Als Fürsprecher einer vorsorgenden Gesundheitspolitik sollten sie sich für eine Verschärfung der Werbebestimmungen einsetzen anstatt für eine Lockerung. So zumindest äußerte sich Leon Wever vom niederländischen Gesundheitsministerium, der sich klar gegen die Gesetzesänderung aussprach. Eine Ausweitung der Werbemöglichkeiten widerspräche zudem den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation.³

Bliebe da nur noch die so genannte G10, eine einflussreiche Gruppe aus GesundheitsministerInnen und Industrievertretern, die eine Wettbewerbsstärkung der europäischen Pharmaindustrie auf dem Weltmarkt erreichen will. Drei anwesende Mitglieder dieser Gruppe gaben aber an, die G10 sei nicht an der Ausformulierung des Gesetzesentwurfs beteiligt gewesen.



Bergsteigen, Speere werfen und die Muskeln spielen lassen. Unrealistische Erwartungen an die AIDS-Therapie

Niemand konnte genau sagen, wer eigentlich die geplanten Lockerungen des Werbeverbots vorangetrieben hat. So wurde von Patienten- und Verbrauchergruppen heftige Kritik an der Europäischen Kommission geübt: der Entstehungsprozess des Änderungsvorschlags sei völlig undurchsichtig und unter Ausschluss wichtiger Gruppen verlaufen.

Welche Folgen eine Ausweitung der Pharmawerbung hätte, ist dafür um so deutlicher: Es ist mit einer enormen Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu rechnen, die allen aktuellen Einsparversuchen zuwiderläuft. Weiterhin würde die unangemessene und unnötige Anwendung von Arzneimitteln gefördert. Die Erfahrungen aus den USA und Neuseeland zeigen, dass sich Patientenwerbung für rezeptpflichtige Medikamente negativ auf das öffentliche Wohl auswirkt:

♥ **Enorme finanzielle Belastung des Gesundheitswesens.** Die Industrie investiert nur in Werbung, wenn hinterher die Einnahmen stimmen. Es werden also hauptsächlich teure Arzneimittel beworben: Lifestyle-Medikamente, für die gar kein dringender Bedarf besteht sowie teure Scheininnovationen, für die es meist viel billigere und bewährte Alternativen gibt. Patientengerichtete Werbekampagnen werden gerne mit intensiver (und teurer!) Ärzterwerbung vorbereitet. Diese Kombination zeigt Wirkung: in den USA gibt ein Drittel der Patienten an, mit klaren Medikamentenwünschen zum Arzt gegangen zu sein. Davon hat fast die Hälfte auch das gewünschte Rezept erhalten.⁴

♥ **Mehr irreführende und unnütze „Informationen“.** Der Informationsgehalt von Pharmawerbung ist sehr gering. Sie soll ja auch nicht informieren, sondern auf ein Produkt aufmerksam machen und Interesse wecken. Deshalb ist Werbung unausgewogen und manipulativ. Welche Ausmaße diese Desinformation annehmen kann, zeigen öffentliche Werbekampagnen für AIDS-Medikamente aus den USA (siehe links). Mit jungen sportlichen Menschen wird der Eindruck vermittelt, AIDS sei problemlos behandelbar und vielleicht sogar heilbar. Diese Botschaften sind falsch und verleiten zu mangelnder Vorsicht. So wird in San Francisco bereits beobachtet, dass die Pharmawerbung vor allem bei jungen Menschen die Präventionsbemühungen der letzten Jahre zunichte macht.⁵

♥ **Mehr unangemessener und unnötiger Medikamentengebrauch.** Werbung soll den Umsatz steigern, das ist

ihre Aufgabe. Sie fördert die Medikalisierung unserer Gesellschaft: Es wird suggeriert, für jedes Unwohlsein gäbe es die passende Pille; das Nachdenken über Ursachen und Zusammenhänge tritt immer mehr in den Hintergrund. Diese Tendenz wird schon durch die derzeit erlaubte Pharmawerbung gefördert. Sollte die Werbung auf rezeptpflichtige Medikamente ausgedehnt werden, widerspräche das ganz klar dem Prinzip der Gesundheitsvorsorge.

Was tun?

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird im Februar erstmals im Europäischen Parlament diskutiert. Die von HAI und EPHA vertretenen Gruppen und viele weitere PatientInnen- und VerbraucherInnenverbände fordern:

- ♥ keine Zulassung von Direktwerbung für rezeptpflichtige Medikamente
- ♥ konsequente Umsetzung der bestehenden Werbeverbote und härteres Vorgehen bei Verstößen
- ♥ Aufbau eines ausgewogenen PatientInnen-Informationssystem unter Beteiligung *aller* betroffenen Gruppen

Die Pharma-Kampagne setzt sich in enger Zusammenarbeit mit anderen Gruppen für die Umsetzung dieser Forderungen ein. PatientInnen haben ein Anrecht auf *umfassende* und *ausgewogene* Information über Medikamente und Therapieverfahren, und dazu braucht es keine Werbung. (CW)

Unterstützen Sie unsere Öffentlichkeitsarbeit und geben Sie die Informationen an Gruppen und Organisationen weiter, die sich ebenfalls für das Werbeverbot einsetzen möchten. Ein ausführliches Info-Paket kann bei der Pharma-Kampagne angefordert werden (Tel. 0521 – 60550, e-mail bukopharma@compuserve.com).

1 Commission proposal Document 501PC0404(02). Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use

2 Art. 88.2: "in order to respond to the expectations expressed by the patients' groups" siehe 1

3 Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion, WHO 2001

4 Understanding the Effects of Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising. The Henry J. Kaiser Family Foundation, November 2001

5 Are HIV drug advertisements contributing to increases in risk behaviour among men in San Francisco? J. Klausner, San Francisco Department of Public Health 2001

Steigende Kosten – sinkende Qualität

Wohin sich Europas Arzneimittelmarkt entwickelt

Die Medikalisierung des Alltags hat viele Facetten. Eine davon ist die Überschwemmung des Marktes mit neuen Mitteln ohne Nutzen. PatientInnen wird suggeriert, die neuen Wunderpillen würden ihr Krankheitsrisiko verringern. Dabei wirken sie meist nicht besser als bewährte Medikamente, können dafür aber unbekannte Risiken bergen. Über Hintergründe berichtete der klinische Pharmakologe Prof. Peter Schönhöfer auf unserem Symposium *Kein Leben ohne Pillen*. Hier eine für den *Pharma-Brief* überarbeitete Fassung seines Vortrags.

Der Fall Lipobay ist sicher allen noch in Erinnerung (wir berichteten im *Pharma-Brief* 6/2001, S. 1f). Der Blutfettsenker Cerivastatin (Lipobay®) wurde im europäischen Verfahren der „Gegenseitigen Anerkennung“ als Kopie (me too) einer bekannten Wirkstoffgruppe sehr schnell zugelassen. Als Basis dienten kleine und kurz angelegte Studien mit Surrogatkriterien, also Laborwerten. Ob sich die Lebenserwartung der PatientInnen verlängert, wurde nicht untersucht. Bayer nahm das Mittel am 8.8.2001 vom Markt, nachdem Fachleute vor einer erhöhten Zahl von Todesfällen gewarnt hatten. Bei gleicher Kenntnislage hatte gut einen Monat früher die englische Medicines Control Agency und der wissenschaftliche Ausschuss der europäischen Arzneimittelbehörde EMA sich bei einer Sitzung über Cerivastatin zum Nichtstun entschieden. Dieser Fall zeigt, wie weit der Industrielobby schon die Erosion der Arzneimittelkontrolle gelungen ist. Gefährdet werden dadurch die PatientInnen. Auch die EMA scheint sich zum „Diener der Industrie“ gewandelt zu haben, wie dies Richard Horton, Herausgeber des *Lancet*, kürzlich der US-Behörde FDA vorwarf.

Die Medikamentenforschung hat sich in den letzten Jahren verändert. Immer mehr werden bekannte Wirkprinzipien einfach kopiert. Immer weniger wird für Grundlagenforschung ausgegeben und deshalb werden immer weniger neue therapeutische Ansätze entdeckt. Jedes Jahr gibt es noch ein oder zwei wirklich interessante neue Medikamente für schwere Erkrankun-

gen. PatientInnen von AllgemeinärztInnen profitieren im Schnitt etwa alle zwei Jahre von einem therapeutischen Durchbruch. Dennoch genehmigen die Behörden zwischen 150-300 neuen Wirkstoffen oder Zubereitungen pro Jahr: für den therapeutischen Fortschritt sind sie irrelevant.

Diese Pseudoinnovationen setzen sich auf dem Markt nicht wegen ihrer therapeutischen Qualitäten, sondern mittels vollmundigem oder desinformativem Marketing durch. Mit übertriebenen Behauptungen, dem Sponsoring medizinischer Meinungsführer, irreführenden Behauptungen über Therapiestandards und sogar mit glatten Datenfälschungen wird solchen Produkten zum Durchbruch verholfen. Besonders die Meinungsführer, die durch finanzielle Interessen mit der Industrie verbunden sind, sind zu einer echten Bedrohung für die Qualität der medizinischen Versorgung geworden. Sie publizieren falsche „Expertenstatements“, beeinflussen Fachtagungen und Therapierichtlinien im Hintergrund, publizieren in den Zeitschriften und üben ihren Einfluss in Fachgesellschaften aus.

Pseudoinnovationen sind teuer, weil ihr Hauptzweck die Erhöhung des „shareholder value“ des Unternehmens ist. Gewöhnlich verteuern sie die Behandlung um den Faktor 10 – und das ohne zusätzlichen Nutzen für die PatientInnen. Sie bedrohen damit die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch solche Medikamente stiegen die Ausgaben der Kassen im Jahr 2000 um über 10%, das bedeutet zusätzliche Kosten in Höhe

von 2,5 Milliarden € Alle Versuche, diese Kostenexplosion durch unabhängige Information zu verhindern, scheiterten an der Werbemacht der Firmen.

Pseudoinnovationen gefährden die therapeutische Qualität: Besinnung auf bewährte Basissubstanzen ist kein Zeichen von Fortschrittsfeindlichkeit, sondern von therapeutischer Sorgfalt. Werden bewährte – und in der Regel patentfreie und daher preiswerte – Präparate Marketing-bedingt von „Neuheiten“ verdrängt, trennt man sich automatisch von Produkten mit umfangreichem Erfahrungshintergrund. Ein Beispiel dafür sind die Mittel gegen Zuckerkrankheit (Diabetes).

Der klinische Nutzen von Basis-Antidiabetika wie Glibenclamid und Insulin war gerade erst durch eine groß angelegte Studie belegt,⁶ da propagieren Firmen im großen Maßstab die Umstellung auf so genannte Innovationen. Heute ist das erst seit fünf Jahren erhältliche Glimperid Marktführer mit mehr als 2 Millionen verordneten Packungen im Wert von knapp 200 Mio. DM. Grotteske Werbebehauptungen wie „Physiologisch. Harmonisch.“⁷ bahnten den Weg auf den Rezeptblock. Für das erst Ende 1998 eingeführte Repaglinid (Novonorm®) wird heute mehr Geld ausgegeben als für Euglucon®, das immer noch das meistverordnete und teuerste Glibenclamid-Produkt ist. Der Beleg des langfristigen Nutzens von Glibenclamid wird erfolgreich durch vom Marketing profilierte marginale Vorteile von Repaglinid wie flexiblere Mahlzeiten ausgespielt.

Noch dicker kommt es bei den Glitazonen, die mit irreführender Werbung auf den Markt gedrückt werden – z.B. „von Anfang an“ Pioglitazon (Actos®). Dabei darf das Glitazon – wie Rosiglitazon (Avandia®) – wegen unzureichender Wirksamkeit ausschließlich als Zusatztherapeutikum verwendet werden.⁸ Schutz vor diabetischen Folgeschäden und kardiovaskulären Erkrankungen ist bei Markteinführung überhaupt nicht geprüft. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen sind die als „neue Dimension“⁹ in der Diabetes-Therapie beworbenen Glitazone als bedenklich einzustufen. Therapeutisch inakzeptabel sind vor allem zunehmendes Körpergewicht sowie Herz und Gefäße schädigende Effekte.^{10,11}

Der neueste Schachzug der industrienahe Diabetes-Experten ist die Abfassung einer Leitlinie, die von Sachsen her die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur der neuen Bundesländer, sondern auch in alten Bundesländern überrollen soll. Diese Leitlinie propagiert distanzlos Pseudoinnovationen wie Glimpirid, Repaglinid, Glitazone und Kunstinsuline und dient ausschließlich der Verteuerung, nicht der Verbesserung der Patientenversorgung. Niedergelassene Ärzte, die in der Therapie dieser sächsischen Leitlinie folgen, riskieren eine Regress wegen Unwirtschaftlichkeit des therapeutischen Vorgehens, weil die Leitlinie nicht auf wissenschaftlicher Evidenz basiert.

Manipulation von Daten

Wie weit Firmen bereit sind zu gehen, zeigt das Beispiel der sogenannten COX-2-Hemmer. Diese neue Gruppe von Antirheumatika sollte angeblich besser verträglich sein. Die Medikamente Celecoxib (Celebrex®) und Rofecoxib (Vioxx®) gehörten zu den erfolgreichsten Neueinführungen überhaupt: Sie erzielten in den ersten zwei Jahren einen Umsatz von über elf Milliarden US\$. Erst kürzlich flog auf, dass die Ergebnisse der beiden Studien CLASS und VIGOR für die Veröffentlichung in renommierten Fachzeitschriften¹² gezielt verfälscht wurden.¹³

In der CLASS Studie wurde die etwas geringere Häufigkeit von Blutungen unter Celecoxib innerhalb der ersten sechs Behandlungsmonate hervorgehoben (1,5 statt 0,8%). Nach 12 Monaten gab es aber gar keine Unterschiede mehr gegenüber etablierten Medikamenten. Dieses Ergebnis wurde in der Veröffentlichung einfach verschwiegen und statt dessen die vorteilhaften Daten nach sechs Monaten auf ein Jahr hochgerechnet – ein krasser Fall von gezielter Datenfälschung.

Nicht besser sieht es mit der VIGOR-Studie aus: Zwar gab es weniger Magengeschwüre, Magendurchbrüche oder -blutungen (1,4% statt 3,0%), aber dafür insgesamt mehr – teilweise tödliche – Komplikationen. Doch diese Tatsache wurde in der Veröffentlichung arglistig verschwiegen. So erfuhr niemand, dass unter Rofecoxib doppelt so viel Herzprobleme auftraten und sogar vier mal so viele My-

okardinfarkte. Betrachtet man *alle* schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen, ist Rofecoxib (bei 9,5% aller PatientInnen) sogar schlechter verträglich als das Standardmedikament Naproxen (7,8 %).

Falsche Forschung – kaum Kontrolle

Die Antidiabetika und die COX-2-Hemmer sind nur zwei Beispiele für therapeutisch nutzlose Neuschöpfungen.¹⁴ Sie sind Ausdruck einer auf schnelle Gewinnerzielung ausgerichteten Forschung. Möglich wird diese kostentreibende und gesundheitsschädliche Entwicklung aber erst durch die verfehlte Zulassungspolitik in Europa. Die europäischen Behörden geben sich mit Surrogatkriterien statt dem Beweis wirklicher Lebensverlängerung oder -verbesserung zufrieden. Die akzeptierten Kurzzeitstudien erlauben keine überzeugenden Aussagen über einen wirklichen therapeutischen Nutzen – und was mindestens ebenso schwer wiegt: Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist völlig unklar, ob die neuen Medikamente sicher sind. Dass es kein funktionierendes System der Erfassung von unerwünschten Wirkungen nach der Zulassung gibt (Nach-Markt-Kontrolle) wirkt angesichts dieser Zustände geradezu makaber.

Kontrolle gesundheitsfördernd

Zu fordern ist, dass die Arzneimittelzulassung ohne kommerziell motivierte Hast durchgeführt wird. Wissenschaftliche Basis müssen glaubwürdige Langzeitstudien bilden, die zweifelsfrei eine deutliche Verbesserung der Lebenserwartung und -qualität belegen.

Informationen über den therapeutischen Stellenwert von Medikamenten müssen auf allen Ebenen von der Ausbildung bis hin zur VerbraucherInneninformation frei von Industrieinfluss werden. Alle Verbindungen von ExpertInnen zu Firmen, seien sie persönlicher oder finanzieller Natur, müssen offengelegt werden. Das gilt für wissenschaftliche Kongresse ebenso wie für Veröffentlichung in Fachzeitschriften und in der Laienpresse.

Wegen der großen Gesundheitsgefahren, die manipulierte Studien bedeuten, müssen solche Fälschungen gerichtlich verfolgt und empfindlich bestraft werden.

Krimi lesen und der Pharma-Kampagne nützen



Der ewige Gärtner von John Le Carré handelt von den Machenschaften der Pharmaindustrie in Afrika. Insoweit ist er nicht nur eine spannende, sondern auch eine nützliche Lektüre. Vieles was im Buch vorkommt, ist nicht weit von der Realität. Die kleine Organisation *Hippo* im 16. Kapitel gibt es wirklich: Es handelt sich um die BUKO Pharma-Kampagne.

Aber das Beste ist, wenn Sie das Buch *bei uns* bestellen. Denn damit unterstützen Sie die Kampagne. Also nichts wie los:

Ich bestelle Exemplar(e) von **Der ewige Gärtner** zum Preis von 22,96 € inklusive Versandkosten:

Name:

Ort:

Straße:

Datum:

Unterschrift:

- 6 Diabetes-Studie UKPDS* Ergebnisse und Folgen für die Praxis, *arznei-telegramm* 1998; Nr. 10, S. 88-90
- 7 Hoechst: AMARYL-Werbung, *Ärzte Zeitung* vom 25. November 1996
- 8 „Von Anfang an“? Antidiabetikum Pioglitazon (Actos) *arznei-telegramm*, 12/2000, S. 103
- 9 SK Beecham: Werbung für AVANDIA, *Ärzte Zeitung* vom 20. Juli 2000
- 10 Vorsicht: bedenkliche Neuerung –Antidiabetikum Rosiglitazon (Avandia), *arznei-telegramm* 8/2000, S. 66f
- 11 Glitazon-Antidiabetika schädlich bei diabetischer Gefäßerkrankung? *arznei-telegramm* 6/2001, S. 64
- 12 CLASS (Celecoxib) *JAMA* 2000; 284:p.1247-55; VIGOR (Rofecoxib) *NEJM* 2000; 343, p. 1520-8
- 13 Datenmanipulationen zu Gunsten der COX-2-Hemmer in VIGOR und CLASS, at 9/2001, S. 87f
- 14 Weitere Beispiele: Negativliste für Pseudoinnovationen: sichert Qualität und spart Kosten, *arznei-telegramm* 8/2001, S. 77-79

Gentechnisch manipulierte Pharmapflanzen

Schon jetzt wird eine beträchtliche Zahl an Arzneistoffen mit Hilfe gentechnisch manipulierter Organismen hergestellt. Insulin, Interferon oder Impfstoffe gegen Gelbsucht werden von veränderten Bakterien oder Zellkulturen tierischen Ursprungs produziert. Umstritten ist der Einsatz transgener Pflanzen zur Synthese von Medikamenten oder „essbaren Impfstoffen“.

Die derzeitige Anwendung bakterieller Produktionsverfahren ist mit einigen Nachteilen verbunden. Die Wirkstoffe müssen in aufwendigen Prozessen isoliert und gereinigt werden. Derart hergestellte Proteine führen durch Verunreinigungen bei Patienten oft zu Immunreaktionen oder bergen die Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern (z.B. Hepatitisviren).¹⁵ Nach Ansicht einiger Wissenschaftler könnten diese Probleme vermieden werden, wenn die Wirkstoffe von Pflanzen erzeugt werden. Pflanzen besitzen alle Komponenten, die für die Proteinsynthese von höher entwickelten Organismen benötigt werden.¹⁶ Als Zukunftsvision wird sogar die Erzeugung essbarer Impfstoffe genannt.¹⁷

Risiken für Umwelt und Gesundheit

Während die gängigen „Pharmabakterien“ relativ sicher in geschlossenen Produktionsanlagen gehandhabt werden, wachsen genmanipulierte Pharmapflanzen in der freien Natur. Von KritikerInnen werden deshalb Argumente gegen Pharmapflanzen angeführt, die für andere Gentech-Pflanzen bereits dokumentiert sind.¹⁸ Negative Auswirkungen auf Nicht-Zielorganismen (z.B. Insekten); Auswirkungen auf die Bodenökologie oder die Auskreuzung der veränderten Eigenschaften auf benachbarte Wildpflanzen. Inzwischen zeigt sich, dass Auskreuzungen noch wesentlich größere Ausmaße annehmen können als befürchtet. So wird aus Mexiko berichtet, dass sogar in sehr abgelegenen Regionen in traditionellen Maissorten gentechnisch verändertes Erbgut aus kommerziellen Sorten nachzuweisen ist.¹⁹ Ob die Einkreuzung auf Pollenflug über mehr als 60 km zurückzuführen ist oder auf illegale Aussaat, konnte bisher nicht geklärt werden.²⁰

Doch das ist zweitrangig: Letzten Endes zeigt sich, dass die künstlich eingebrachten Gene in ihrer Ausbreitung nicht zu kontrollieren sind. Das ist gerade bei „Pharmapflanzen“ mit besonderen Gefahren verbunden: die genmanipulierten Pflanzen enthalten hochwirksame Proteine. Diese sollen als Medikament angewendet werden und sind demnach nur für Menschen mit bestimmten Krankheitszuständen bestimmt. Andere Pflanzen produzieren industrielle oder sonstige Proteine, die nicht für den menschlichen Verzehr geeignet sind. Die Kontamination von Lebensmitteln mit diesen Stoffen wäre nicht sichtbar, könnte aber zahlreiche gesundheitliche Auswirkungen haben. Da bei derzeit laufenden Experimenten hauptsächlich Reis als „Pharmapflanze“ manipuliert wird, ist durchaus mit einem unbeabsichtigten Verzehr zu rechnen. Menschen können so beim Essen von Lebensmitteln ungewollt unbekannte Medikamente und andere Verbindungen schlucken.²¹

Von dieser Gefahr sind Tiere ebenfalls betroffen. Reisfelder sind ein wichtiges Biotop für Wasservögel, die zusammen mit vielen anderen Gliedern der Nahrungskette den Medikamenten des Pharma-Reises ausgesetzt werden.

Freilandversuche in den USA

In den USA werden bereits seit 10 Jahren Freilandversuche mit gentechnisch veränderten Pharmapflanzen durchgeführt, wobei es sich hauptsächlich um Reis, Gerste und Mais handelt.

Die Versuchsorte werden üblicherweise geheimgehalten, in öffentlich zugänglichen Datenbanken wird nur der Bundesstaat genannt.²² Dennoch gelang es Greenpeace im September 2001, ein Feld mit pharmazeutischem Reis ausfindig zu machen.²³ In Sutter County, im Herzen des kalifornischen

Reisanbaugebietes, pflanzte das Unternehmen Applied Phytologics Reis mit bis zu einem Dutzend pharmazeutisch wirksamer Stoffe. In den Reis wurden verschiedene menschliche Gene eingeführt, so dass die Pflanzen unter anderem die Proteine Lactoferrin und Lysozym produzieren. Diese Wirkstoffe sind üblicherweise in Muttermilch, Galle und Tränenflüssigkeit enthalten und besitzen eine antimikrobielle Wirkung. Lactoferrin fördert das Zellwachstum und wirkt auf das Immunsystem, Lysozym kann die Zellwände von Bakterien aufspalten.

Greenpeace kritisiert die unzureichende Genehmigungs- und Überwachungspraxis der Freisetzungsversuche. Das US Department of Agriculture (USDA) muss derzeit Feldversuche mit Pharmapflanzen genehmigen. Für Pflanzen, die industrielle Enzyme produzieren, existiert nur eine Meldepflicht. Nicht beteiligt ist die Umweltbehörde EPA. Zusammen mit der Arzneimittelbehörde FDA erarbeitet die USDA derzeit unverbindliche „Richtlinien“ für die Freisetzung von Pharmapflanzen.

Nach jahrelanger Untätigkeit der Behörden versuchen nun auch die Bauern, etwas klarere Bedingungen zu schaffen. Die *Californian Rice Commission* und die *Farmers' Rice Cooperative* haben Grundsätze beschlossen, um gentechnisch veränderten Reis und natürlichen Reis zu trennen. Es ist jedoch stark zu bezweifeln, ob dieser Vorsatz in der Praxis Bestand hat. Erfahrungen mit genmanipuliertem Mais zeigen, dass immer mit einer Durchmischung zu rechnen ist. Von der Aussaat per Flugzeug, der Bestäubung über „Sicherheitskorridore“ hinweg bis hin zu fehlerhafter Ernte, Lagerung und Verarbeitung häufen sich weltweit Vorfälle von unerwünschter Ausbreitung der genmanipulierten Pflanzen.

Viele Träume der Gentechniker sind bisher noch Zukunftsmusik. Das Projekt der essbaren „Impfstoffpflanzen“ scheiterte bisher an einer zu niedrigen und ungleichmäßigen Wirkstoffproduktion der Pflanzen. Angesichts der hohen Risiken für Umwelt und Gesundheit wird von vielen KritikerInnen die Freisetzung von Gentech-Pharmapflanzen aber grundsätzlich abgelehnt. (CW)

Mit Hochdruck gegen PatientInnen

Zu hoher Blutdruck kann ernsthafte Krankheiten verursachen. Das ist unstrittig. Aber was ist zu hoch? In einem zweifelhaften Verfahren senkte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Wert, der als behandlungsbedürftig gilt. Jetzt ziehen auch deutsche Fachgesellschaften nach – zum Schaden älterer Menschen.

Die Grenzwerte des behandlungsbedürftigen Bluthochdruck wurden von der WHO für alle Altersgruppen 1999 und in Folge auch von der deutschen Hypertoniegesellschaft von 160/95 mm Hg²⁴ auf 140/90 mm Hg für alle Altersgruppen abgesenkt. Als optimal in allen Altersgruppen gelten seitdem Werte bis 120/80 mm Hg und als normal Werte bis 130/85 mm Hg. Bis 1999 gab für verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Grenzwerte.

WHO unter Industrieinfluss

Die von der WHO berufenen ExpertInnen standen zu einem Großteil der Pharmaindustrie sehr nahe und diese sponserte großzügig und im eigenen Interesse die Treffen, die zu einer für die Industrie gewinnträchtigen Absenkung der Richtwerte führten.²⁵ Bayer und Astra nahmen besonders großen Einfluss, Astra finanzierte sogar die Pressekonferenz am 4.2.1999 in London, auf der die ExpertInnenkommission ihre Empfehlung vorstellte. Die WHO distanzierte sich zwar am 4.2.1999 von den Empfehlungen der industrieabhängigen ExpertInnen, um dann aber genau einen Tag später zu erklären, dass sie die Empfehlungen umsetzen würde und nichts daran zu kritisieren hätte. Die Hypothesen von ExpertInnen, die zur Absenkung der Werte führten, wurden nie in der Wirklichkeit überprüft.²⁶ In unabhängigen Studien konnte kein Absinken der Sterblichkeit, des Herzinfarkt- oder des Schlaganfallrisikos belegt werden, obwohl gerade dies als Begründung für die neuen Richtlinien angeführt wird.²⁷

In Folge der neuen Grenzwerte leidet etwa die Hälfte der über 60-jährigen in Industrieländern unter hohem und damit behandlungsbedürftigem Bluthochdruck.²⁸ Der Gewinner dieser Änderung ist die Pharmaindustrie, denn

für sie entstand durch die Neudefinition ein mehr als lukrativer Markt.

Der Teufel und der Belzebug

Die Definition der WHO weist sogar Fehler auf, die älteren und dementen PatientInnen gesundheitlich nicht nutzen, sondern schaden können, werden sie auf Grund der neuen Richtlinien therapiert: Besonders die Optimalwerte von bis zu 120/80 mm Hg sind für Personen über 60 falsch. Ein systolischer Blutdruck²⁹ unter 130 mm Hg kann für diesen Personenkreis keine optimale geistige Leistungsfähigkeit garantieren, da es zu einer Minderdurchblutung des Gehirns kommen kann. Bei Personen über 75 Jahren birgt ein niedrigerer Blutdruck sogar das Risiko, dass diese Demenzen entwickeln. Demente Personen weisen bei einem niedrigeren Blutdruck eine um das 1,8-fach erhöhte Sterblichkeit auf, bei einem diastolischen Blutdruck³⁰ von unter 70 mm Hg ist die Sterblichkeit um das 2,1-fache erhöht.³¹ Diesen PatientInnen sackt beim Aufstehen meist der Blutdruck ab, was zu einer Verminderung der Hirndurchblutung im Stirnbereich führt.³² Doch nicht nur bei älteren dementen Personen birgt ein zu niedriger Blutdruck Gefahren, sondern auch bei gesunden Älteren wird durch einen niedrigen Blutdruck die geistige Leistungsfähigkeit gestört und hiervon sind immerhin 46% der über 60-jährigen betroffen.³³

Für ältere Personen muss die Definition des optimalen und des Bluthochdrucks geändert werden. Es ist völlig unverständlich, warum die WHO die frühere altersabhängige Definition des therapiebedürftigen Bluthochdrucks und altersabhängige Normal- und Optimalwerte aufgab. Zum Wohl der älteren PatientInnen jedenfalls nicht! (CF)

- 15 *Gentechnik Nachrichten* 28, Nov. 2001
- 16 Schillberg & Fischer: *Molecular Farming*, Enzyklopädie Naturwissenschaft und Technik, 6. Erg.-Lfg. 2/2001
- 17 Chargelegue et al. *Transgenic plants for vaccine production*. HMS Beagle, Issue 112, 12.10.2001
- 18 siehe z.B. A. de Kather: „Gene Farming“ Stand der Wissenschaft, mögliche Risiken und Management-Strategien; Umweltbundesamt Texte 15/2001
- 19 *Nature*, Vol. 414, 2001, 541-543
- 20 University of California - Berkeley, USA, Pressemitteilung 28.11.01, zitiert nach *Gentechnik Nachrichten* 29, Dez. 2001
- 21 Gentechnisch veränderter Pharma-Reis. Greenpeace 9/2001
- 22 Datenbank der Freilandversuche: www.nbiap.vt.edu/cfdocs/fieldtests1.cfm dort Suche unter *phenotype = pharmaceutical proteins produced*
- 23 *Outdoors „pharming“ of drugs risks contamination*. Internationale Greenpeace-Presseerklärung, 7.9.2001
- 24 Blutdruckwerte werden als oberer (systolischer) und unterer (diastolischer) Wert in mm Quecksilbersäule (Hg) angegeben. Die Schwankungen entstehen durch die Pumpfunktion des Herzens.
- 25 Gilles Bardely, *Open Letter to Dr. Brundtland*: *Prescrire International* Nr 44, 12/1999, 190
- 26 Die Hypothesen wurden nicht, wie dies guten wissenschaftlichen Standards entsprochen hätte, durch prospektive Studien erhärtet.
- 27 *Flawed WHO Recommendations on Hypertension*, WHO has damaged its reputation, *Prescrire International*, Nr. 42, 8/1999, 121-123
- 28 Burkhard Weiser, *MMW – Fortschritte in der Medizin*, Nr 38, 2001, S. 796-797
- 29 Oberer Blutdruckwert, siehe auch Fußnote 24
- 30 Unterer Blutdruckwert, siehe auch Fußnote 24
- 31 Z.C. Guo, M. Viitanen, L. Fratiglioni et al. *Low Blood Pressure and Early Death of Elderly People With Dementia*, *Lancet* 352, 1998, 9133, 1035-1036
- 32 U. Passant, S. Warkentin, L. Minthorn et al., *Orthostatic Hypotension in Organic Dementia. Relationship Between Blood Pressure, Cortical Blood Flow and Symptoms*. *Clin Auton. Res* 3 (1996), 29-36
- 33 L.C. Permuter, J.J. Greenberg, *Do You Mind Standing? Cognitive Changes in Orthostasis*, *Experimental Aging Research* 22 (1996), 325-341

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.bukopharma.de

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

Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Christian
Wagner, Gopal Dabade, Christiane Fischer

Druck: Off-Set, 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

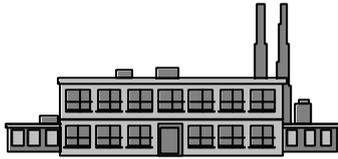
Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



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



Konzern-Nachrichten

Roche und BASF auf der Anklagebank

Die Europäische Kommission in Brüssel hat im November 2001 eine Rekordstrafe von 850 Millionen Euro gegen die Schweizer Roche, BASF und einige weitere Vitaminhersteller verhängt.³⁴ Die Firmen wurden beschuldigt, über 9 Jahre geheime Preisabsprachen für wichtige Vitamine getroffen zu haben. Die Strafen sind die höchsten, die je gegen Kartelle verhängt wurden. Die Entscheidung ist vor allem für die beiden Hauptbeschuldigten Roche und BASF ein schwerer Schlag: Sie waren Organisatoren und Hauptnutznießer der Vitaminkartelle. In regelmäßigen Treffen wurden Preise festgelegt und Märkte aufgeteilt. Für die Einhaltung der Absprachen wurde sogar ein eigenes Überwachungssystem geschaffen. Roche soll 1,4 Milliarden Dollar zurückgestellt haben, um die anfallenden Kosten zu decken.

Kritische Stimmen monieren, die Kartell-Politik der Europäischen Kommission hinke den USA hinterher.³⁵ Dort können Manager für Preisabsprachen zu Gefängnisstrafen verurteilt werden. So erhielt zwei Jahre zuvor ein Verantwortlicher von Roche eine Haftstrafe von 4 Monaten. EU-Kommissar Mario Monti kündigte die Aufdeckung weiterer Kartelle sowie härtere Bestrafung an.

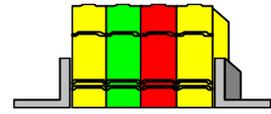
Das Geschäftsgebaren von Roche hat Geschichte. Bereits 1985 beschrieb Ex-Manager Stanley Adams in einem Buch,³⁶ mit welchen unsauberen Methoden Roche Wettbewerber eliminierte. Wenn eine kleine Firma so verwehrt sei, „die großen Hersteller herauszufordern, dann wird sie wirtschaftlich ruiniert, indem die Preise bis zum Bankrott [der Konkurrenten] gesenkt werden. Dann können die Preise wieder angehoben werden.“ Eine weitere illegale Methode war der Gewinntransfer, mit dem unbemerkt die Steuerlast enorm gesenkt werden konnte. (GD)

Werbung wird zu teuer

Die US-Firma Merck will den ÄrztInnen keine so teuren Geschenke mehr machen. Dies legte eine Pharmavertreterin jetzt in der New York Times offen.³⁷ Doch die Beeinflussung des medizinischen Personals wird weitergehen.

In den letzten 11 Monaten des vergangenen Jahres gaben Pharmafirmen in den USA fast zwei Milliarden US\$ für „Events“ mit ÄrztInnen aus. 1997 war es nur eine Milliarde US\$ für das ganze Jahr gewesen. Die Regeln für Werbung bei ÄrztInnen, die die Pharmaindustrie und die US-Ärztevereinigung AMA 1990 vereinbart hatten, werden offensichtlich oft nicht eingehalten und sind außerdem zu unscharf. So lud z.B. Eli Lilly am 8. Januar diesen Jahres zu einem Essen in das New Yorker Nobelrestaurant Maloney & Porcelli ein, stellte ein neues Medikament vor und zahlte den Anwesenden 500 US\$ für ihre „Beratung“. Nicht besser die Forest Laboratories, die am 11. Januar MedizinerInnen ins Plaza-Hotel nach Manhattan einlud (Standardzimmer 300 US\$), drei Mahlzeiten und ein Honorar von ebenfalls 500 US\$ spendierte. Die Firma präsentierte dort Marketingdaten und Studien über ihr Antidepressivum Celaxa. Forest Präsident Goodman behauptete, das Treffen habe nicht gedient, die Ärzte davon zu überzeugen, Celaxa zu verschreiben. Beide Firmen sind der Auffassung, dass sie sich an die AMA-Richtlinien gehalten haben.

Merck scheint jetzt den Vorreiter für eine Begrenzung der Werbeausgaben bei ÄrztInnen zu spielen und hoffen, dass andere Firmen folgen. Ganz uneigennützig ist dieser Schritt jedoch nicht: Beobachter glauben, dass den Firmen die Beeinflussung der Doktores zu teuer geworden sei und außerdem eine zunehmende Zahl auf die Beeinflussung durch Geschenke allergisch reagieren. Außerdem finanziert Merck gemeinsam mit anderen Firmen eine „Aufklärungskampagne“ bei ÄrztInnen über den freiwilligen AMA Verhaltenskodex, da macht sich allzu schlechtes Verhalten nicht so gut. (JS)



Neues Buch

Schwarzbuch Markenfirmen

Im Zeitalter der Globalisierung gerät der Einfluss transnationaler Konzerne immer mehr in die Kritik. Für LeserInnen des Pharma-Briefes ist das nichts neues – es gibt viele Missstände anzuprangern. Den Vorwürfen kritischer Kampagnen setzen die Unternehmen ausgefeilte Image-Kampagnen entgegen: BAYER wirbt mit „Kompetenz und Verantwortung“, der Bekleidungshersteller NIKE kümmert sich liebevoll um die „weltweite NIKE-Familie aus Sportlern, Konsumenten und jenen, die für uns arbeiten“. Das diese vollmundigen Bekenntnisse wenig mit der Wirklichkeit gemein haben, wird erschreckend anschaulich im *Schwarzbuch Markenfirmen* geschildert. Kaum ein Industriezweig kommt ungeschoren davon: Pharma, Elektronik, Lebensmittel, Spielzeug, Bekleidung, Finanzwirtschaft. Übersichtskapitel schildern anhand vieler Beispiele die Missstände in den einzelnen Sparten; 50 Firmenportraits konkretisieren die Vorwürfe und zeigen den LeserInnen, was sie selbst tun können. Das Buch zeigt bereits kurz nach seinem Erscheinen Erfolge: einige Konzerne mussten nach anfänglich heftigen Dementis die Vorwürfe eingestehen. Was an Taten folgt, muss sich allerdings noch zeigen.

Die klare Gliederung des ermöglicht es, den Charakter von Lesebuch und Nachschlagewerk geschickt zu verbinden. Wer sich bisher schon kritisch mit der Pharmaindustrie beschäftigte, kann mit diesem Buch weit über seinen Tellerrand hinausblicken. 350 sehr lesenswerte Seiten!

📖 Klaus Werner, Hans Weiss: *Schwarzbuch Markenfirmen. Die Machenschaften der Weltkonzerne*. Deuticke Wien/Frankfurt 2001, 19,90 €

34 EU verhängt Milliardenstrafen für Vitaminkartell, *Tagesspiegel* 22.11.2001

35 Brussels to set record fines for vitamin cartel, *Financial Times* 20.11.2001

36 S. Adams, Roche versus Adams, Glasgow 1985

37 Merck Is Said to Limit Perks in Marketing to Physicians, *New York Times* 18.1.2002



Aus aller Welt

Sildenafil nicht auf Liste

Dreimal versuchte Pfizer in Australien sein Medikament Sildenafil (Viagra®) auf die Erstattungsliste der staatlichen Gesundheitsversorgung zu bekommen. Nachdem das wissenschaftliche Komitee von der Regierung neu besetzt wurde, kam Pfizer einen Schritt weiter. Aber die neue Gesundheitsministerin blieb hart.

Kaum jemand mag an einen Zufall glauben. Das Pharmaceutical Benefits Advisory Board (PBAC), das der Regierung Arzneimittel zur Aufnahme in die Erstattungsliste empfiehlt, wurde von der konservativen Regierung letztes Jahr kräftig durchgewirbelt. Einige kritische Leute blieben auf der Strecke, dafür kam ein Mann aus der Pharmaindustrie in den Ausschuss (wir berichteten³⁸). Jetzt empfahl das PBAC die Aufnahme von Sildenafil in die Liste erstattungsfähiger Medikamente.³⁹

Der dritte Versuch war unter anderem deshalb erfolgreich, weil das Medikament nur für sehr wenige eng umschriebene Anwendungsbereiche zulässig sein soll. Diese Methode der Industrie, eine Erstattungsfähigkeit doch noch zu erreichen, hat sich schon früher als sehr teuer erwiesen. ÄrztInnen wurden anschließend durch massive Werbung dazu gebracht, jenseits der erlaubten Anwendung zu verschreiben, die Industrie bezeichnet das als „Leckage“.

Das ehemalige PBAC-Mitglied Martin Goddard meint, dass die Entscheidung für Sildenafil katastrophal ist: „Ich fürchte, die Botschaft an viele Leute in der Industrie, vor allem von der forschenden Sorte ist, dass solche aggressiven Taktiken funktionieren. Sie

haben schon früher geklappt und sie kosten [...] vielleicht Hunderte von Millionen Dollar pro Jahr.“

Die neue Gesundheitsministerin Kay Patterson lehnte aber die Empfehlung des PBAC für Sildenafil ab. Premierminister Howard akzeptierte jetzt die Entscheidung der Ministerin, das Medikament nicht zu erstatten.⁴⁰ (JS)

Aktivisten holen billige AIDS-Medikamente

Mitglieder der südafrikanischen *Treatment Action Campaign* (TAC) haben aus Brasilien billige AIDS-Medikamente geholt. Damit riskieren sie ein Verfahren wegen Bruch des Patentschutzes. Mit der Aktion soll eine Debatte über die Untätigkeit der südafrikanischen Regierung angestoßen werden.

Es war eine bewusste Provokation, denn TAC stellte seine Aktion in Johannesburg der Presse vor.⁴¹ *Ärzte ohne Grenzen* (MSF) hatte Reise und Medikamente finanziert. Die Mittel stammen von dem staatlichen brasilianischen Hersteller Farmanguinhos. Mit ihnen kostet die Behandlung eines AIDS-Kranken statt 3,19 US\$ nur 1,55 US\$ pro Tag. Die Mittel sind für ein MSF-Projekt im Township Khayelitsha bestimmt. Dort wird gezeigt, dass die Behandlung auch unter schwierigen Bedingungen möglich ist. TAC fordert von der südafrikanischen Regierung, endlich Zwangslizenzen für AIDS-Mittel zu erteilen, damit die Preise sinken und die Behandlung vieler AIDS-Kranker möglich wird. (JS)

Preistreiberei in Pakistan

Das pakistanische Gesundheitsministerium hat durch eine Bekanntmachung einen Preisschub bei Arzneimitteln ausgelöst.

Die kritische Gruppe *The Network* hat die Regierung aufgefordert, die Preiserhöhungen rückgängig zu machen, da Medikamente bereits vorher zu teuer waren.⁴² Eigentlich wollte das Ministerium nur eine Erhöhung um 3-4% zulassen. Aber als Maßstab konnte

der Preis des teuersten Produkts der therapeutischen Gruppe zu Grunde gelegt werden. Das führte zu Preisen, die bis zu 40% höher sind. (JS)

Global Fund

Der globale UN-Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose nimmt seine Arbeit auf. Es fehlt an Geld und die Konzepte sind umstritten.

Allein die Bekämpfung von AIDS soll 7-10 Milliarden US\$ pro Jahr kosten, aber bislang kamen gerade 1,9 Milliarden zusammen.⁴³ Umstritten ist die Zusammensetzung des Vorstands: Zwar wurde die Beteiligung von zwei NGO-VertreterInnen durchgesetzt, doch stehen denen zwei Industrievertreter gegenüber (Bill Gates Foundation und ein Vertreter des Minenkonzerns Anglo-American). Es ist aber völlig unklar, wie der Fonds die Verteilung der Mittel regeln wird und ob es eine Rechenschaftspflicht geben wird. In einem Leitartikel im *British Medical Journal* wird dann auch die Befürchtung geäußert, dass dies „Public-Private Partnership“ ebenso intransparent sein wird wie andere vorher.⁴⁴

38 Der Wolf im Hühnerstall, *Pharma-Brief* 1/2001, S. 8

39 ABC-TV 7:30 Report, 16.1.2002 (Transkript) www.abc.net.au/7.30/s460043.htm

40 PM backs veto on cheap Viagra. *The Australian*, 30.1.2002

41 TAC/MSF/OXFAM press release 29.1.2002 www.tac.org.za/

42 NGO seeks withdrawal of increase in drug prices, *Daily Dawn* 25.1.2002

43 Global Fund press release 29.1.2002

44 G. Yamey/W.W. Rankin, *AIDS and global justice*, *British Medical Journal* 26.1.2002, p. 181f

Zu guter Letzt

„Konkurrierende Interessen: Richard Skyes ist Vorsitzender von GlaxoSmithKline.“

„Konkurrierende Interessen: Zackie Achmat ist HIV positiv, aber er nimmt keine antiretrovirale Medikamente, bis sie im öffentlichen Gesundheitssektor von Südafrika erhältlich sind.“

Erklärung bei zwei Artikeln zum Thema Zugang zu AIDS-Medikamenten im *British Medical Journal* vom 26.1.2002 (S.217;218).