

# PHARMA- BRIEF



Nr. 2/2003

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

März/April 2003

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

## Ziviler Ungehorsam in Südafrika

### TAC protestiert gegen Untätigkeit in Sachen AIDS

**Die Treatment Action Campaign (TAC), ein breiter Zusammenschluss von kritischen Gruppen, Betroffenen, Gewerkschaften und ExpertInnen, ist mit ihrer Geduld am Ende: Die Regierung hat sich zwar offiziell die Bekämpfung der AIDS-Seuche auf die Fahnen geschrieben, aber die Gesundheitsministerin und auch Präsident Mbeki bremsen die Umsetzung des Programms. Das widersprüchliche Verhalten der Regierung analysiert der südafrikanische Wissenschaftler Andy Gray in seinem Beitrag *AIDS und Ernährung in Südafrika – Konfusion in der Politik* auf Seite 2. Mit einer Kampagne des zivilen Ungehorsams will TAC den Staat nun zum Handeln zwingen.**

Seit 1998 setzt sich TAC für die Behandlung der AIDS-Kranken in Südafrika ein. Zu Beginn schien eine Zusammenarbeit mit der Regierung möglich, erste Ansätze waren hoffnungsvoll: Als multinationale Pharmakonzerne Südafrika verklagten, weil sie ihre Patentrechte bedroht sahen, führte eine von TAC initiierte internationale Kampagne dazu, dass die Firmen ihre Klage fallen ließen.<sup>1</sup> Der Weg für kostengünstige AIDS-Medikamente schien geebnet. Doch dann geschah lange Zeit kaum etwas. Präsident Mbeki bezweifelte weiter den Zusammenhang von HIV und AIDS. Im April 2002 erklärte die Regierung endlich nach langen Protesten von TAC, dass die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten angestrebt werde. Es folgten intensive Verhandlungen zwischen TAC, Wirtschaft, Gewerkschaften und Regierung unter der Bezeichnung NEDLAC, die zu einem nationalen Aktions- und Behandlungsplan führten. Doch die Regierung lässt wenig Bereitschaft erkennen, diesen Plan umzusetzen.



**Noch vor wenigen Tagen marschierte Kebareng Moeketsi in die Polizeiwache von Sharpville, jetzt starb sie wegen fehlender Behandlung** Foto: TAC

Angesichts der steigenden Zahl von Menschen, die an AIDS sterben – es

### Editorial

Liebe LeserInnen, schlechte Nachrichten gibt es dieser Tage viele. So auch aus Südafrika, wo die Regierung die Behandlung der AIDS-Kranken immer weiter hinausschiebt. Weil jeder Tag neue Tote bedeutet, sieht sich TAC jetzt zu entschiedenen Aktionen genötigt. Dazu unser Leitartikel und ein Hintergrundbericht von Andy Gray (S. 2).

Nicht immer nützen Medikamente, die Hormonersatztherapie ist dafür ein trauriges Beispiel (S. 4).

Dass die BUKO Pharma-Kampagne gegen den Krieg im Irak und anderswo ist, ist so selbstverständlich, dass es eigentlich keiner besonderen Erwähnung bedarf. Nichts auf der Welt ist gesundheitsschädlicher!

Friedvolle Grüße  
Ihr

Jörg Schaaber

- **Südafrika:**  
Knoblauch gegen AIDS? ..... 2
- **Prävention:**  
Hormone schaden ..... 4
- **Werbung:**  
Protest in Neuseeland ..... 6
- **Positivliste:**  
Kippen oder verwässern? ..... 7

wird geschätzt, dass durch HIV inzwischen täglich 600 Tote zu beklagen sind – will TAC die Regierung jetzt zum Handeln zwingen. Die Aktionen des zivilen Ungehorsams knüpfen an gewaltfreie Traditionen des Kampfes gegen die Apartheid an. Hunderte von AIDS-AktivistInnen versammelten sich unangemeldet am 21. März und marschierten in Polizeiwachen, um zwei MinisterInnen der fahrlässigen Tötung zu beschuldigen. Der Gesundheitsministerin Manto Tshabalala-Msimang wird vorgeworfen, dass sie sich weigert, antiretrovirale Medikamente in öffentlichen Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Der Handelsminister Alec Erwin wird beschuldigt, die Produktion von preiswerten AIDS-Medikamenten zu blockieren. Die Polizeioffiziere in Sharpsville waren sprachlos, als 200 Menschen in roten T-Shirts in ihre Wache marschierten. Diese Wache hat eine besondere symbolische Bedeutung, weil die Polizei dort 1960 69 Menschen erschoss, die friedlich gegen die Apartheid protestierten.<sup>2</sup>

TAC kündigte an, im weiteren Verlauf der Kampagne auch Ministerien zu besetzen. Der südafrikanische ÄrztInnenverband, Kirchenführer, Gewerkschaften und Homosexuellengruppen unterstützen die Proteste. Weltweit protestierten kritische Gruppen bei südafrikanischen Botschaften. (JS)

1 Industrie in der Defensive, *Pharma-Brief* 2-3/2001, S. 1-3; Niederlage mit Symbolwert, *Pharma-Brief* 4/2001, S. 1-4

2 Aids protests in South Africa, *The Guardian* 22.3.2003

#### 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, 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 Bezugs-  
preis 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.

# AIDS und Ernährung in Südafrika

## Konfusion in der Politik

**Die jüngsten Medienberichte über die AIDS-Politik in Südafrika waren vor allem für LeserInnen aus dem Ausland ziemlich verwirrend. Der Gipfel war, dass Südafrikas umstrittene Gesundheitsministerin Manto Tshabalala-Msimang den Eindruck erweckte, gegen AIDS würden Nahrungsmittel und Kräuter helfen, statt sich für den Einsatz antiretroviraler Medikamente einzusetzen.**

Die meisten internationalen Zeitschriften berichteten über einen Vorfall, der sich bei einer Anhörung des Parlamentskomitees für Gesundheit ereignete. Der Ministerin wurde vorgeworfen, sie habe „Zitronensaft, Knoblauch, Zwiebeln, Afrikanische Kartoffel und kaltgepresstes Olivenöl“ als wirksame Ernährungsstrategie für HIV-positive PatientInnen empfohlen. AIDS-Leugner Dr. Roberto Giraldo – Regierungs-Berater für Ernährung und HIV – wurde von der Ministerin als Quelle dieses Lügengewebes erwähnt.

Die ganze Geschichte ist, wie immer, viel komplizierter. Im Kern steckt dahinter ein dauerhaftes Problem, das die AIDS-Politik nicht nur in Südafrika, sondern in allen armen Ländern betrifft: In rascher Reihenfolge wurde eine ganze Serie von falschen Gegensätzen publiziert. Einer davon war, dass man sich auf die Prävention konzentrieren müsse, bevor man anfangen könne, Kranke zu behandeln. Dies wurde als „entweder – oder“ Entscheidung dargestellt. Ein anderes Argument lautete, man müsse erst die Gesundheitsinfrastruktur entwickeln, bevor man antiretrovirale Medikamente einsetzen könne, wieder „entweder – oder“. Die neueste Kontroverse kann man genau so bewerten: Als Entscheidung zwischen antiretroviraler Therapie oder besserer Ernährung und zwischen moderner westlicher und traditioneller Medizin. In Wirklichkeit sind dies falsche Gegensätze – jede vernünftige Politik muss gleichzeitig alle geeigneten Möglichkeiten nutzen, und nicht als sich gegenseitig ausschließende Alternativen betrachten.

Was ist also der Hintergrund der Ereignisse in Südafrika? Entgegen allen Dementis ist es eine Tatsache, dass die Ministerin Dr. Giraldo ein offenes Ohr leiht und glaubt, dass Ernährung eine

Schlüsselrolle bei der Behandlung von AIDS hat. Jüngste Berichte machen aber deutlich, dass er nicht die Quelle für die neuesten Spinnereien ist. Stattdessen steckt dahinter wohl die in Südafrika geborene AIDS-Beraterin Tine van der Maas, die eine „Zauberdiät“ entwickelte, nachdem sie durch AIDS einen Freund in Holland verlor. Entscheidend ist aber, dass sie eine bestimmte Ernährung begleitend zu einer antiretroviralen Therapie empfiehlt: „Ich bin nicht gegen antiretrovirale Medikamente. Wenn ich vergewaltigt würde, nähme ich Nevirapine – aber ich würde auch vier Möhren essen.“<sup>3</sup>

Diese Ernährungsvorschläge machen ein weiteres Problem deutlich: Die Notwendigkeit, jede geplante Intervention durch seriöse Studien zu untermauern. Über die van der Maas Diät wurde kürzlich berichtet, sie hätte positive Wirkungen bei „19 von 20“ AIDS-PatientInnen in Lesotho gezeigt. Dabei wurde eine Mischung aus Knoblauch, Zwiebeln, Extrakt aus Afrikanischer Kartoffel, Zitronensaft und „Pro-Nutro“ (einem getreidebasierten Frühstück) verabreicht. Doch dieser „Feldversuch“ war unkontrolliert und man konnte die Wirkung keinem der Nahrungsmittel zuschreiben. Die Afrikanische Kartoffel (*Hypoxis rooperi*) ist eine traditionelle Heilpflanze, die angeblich das Immunsystem stärkt. Allerdings ist sie sehr umstritten: Eine Studie wurde vor zehn Jahren abgebrochen, weil die Afrikanischen Kartoffel, so Professor Patrick Bouic von der Universität Stellenbosch, das Knochenmark schädige. Bouic wies auch darauf hin, dass nur wenige Inhaltsstoffe bekannt seien, was eine Bewertung der Wirkung schwierig mache.<sup>4</sup>

Traditionelle Medikamente werden in Südafrika zunehmend untersucht.

Das *Medical Research Council* (MRC) soll fünf südafrikanische Pflanzen identifiziert haben, die traditionell als Medikamente eingesetzt werden und potentiell auch bei AIDS helfen könnten. Dr. Anthony Mbewu, Geschäftsführer des MRC, sagt jedoch: „Es muss betont werden, dass diese Mittel keine Alternative zu antiretroviralen Medikamenten darstellen, sie sollen die Immunabwehr nur verstärken. Aber wer weiß – es könnte sich herausstellen, dass sie genauso gut sind, wie antiretrovirale Medikamente, nur wissen wir es noch nicht. Jahrelange Studien liegen noch vor uns.“ Es ist übrigens interessant, dass „die Namen der medizinischen Pflanzen nicht bekannt gegeben werden können, bis alle Tests abgeschlossen sind. Denn das Council hat mit den Personen, die auf die Medizin aufmerksam gemacht haben, eine Geheimhaltungsvereinbarung getroffen, damit ihre geistigen Eigentumsrechte geschützt werden.“<sup>5</sup>

Eine weitere Quelle für die Bedeutung der Ernährung bei der Bekämpfung von AIDS kann in einem euphorischen gemeinsamen Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Welternährungsorganisation (FAO) gesehen werden. Er endet mit dem Statement: „Gute Ernährung ist die einfachste Maßnahme, die Menschen mit HIV/Aids hilft und sogar helfen mag, die Entwicklung des tödlichen Virus zu verzögern.“<sup>6</sup> Dieser Bericht wurde als „Rechtfertigung“ für die Haltung der südafrikanischen Regierung gesehen. Schon ein kurzer Blick auf den Bericht zeigt jedoch, dass er viel Rhetorik, aber wenige wissenschaftliche Fakten enthält. Vieles liest sich wie eine Werbeanzeige eines Ladens für gesunde Ernährung.

Wie sollen Aktivisten und andere Leute aus aller Welt, die sich um die Situation Südafrikas sorgen, die Lage in dem Land mit den wahrscheinlich meisten HIV-positiven Menschen weltweit bewerten? Während die offiziellen Verlautbarungen des Gesundheitsministeriums HIV als Ursache von AIDS ansehen und im Prinzip die Notwendigkeit einer Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten akzeptieren, bieten andere Aktivitäten Grund zur Sorge. So sagte die Ministerin zwar kürzlich: „Wir glauben, dass gute Er-

nährung wichtig bei der Behandlung der meisten Infektions- und chronischen Krankheiten ist. Sie dient als Fundament, aber nicht als Ersatz für medizinische Interventionen, einschließlich der antiretroviralen Therapie.“<sup>7</sup> Aber dieselbe Ministerin sagte im Zusammenhang mit der landesweiten Einführung des Nevirapine-Programms gegen Mutter-Kind Übertragung von HIV: „Ich will, dass erst die Infrastruktur fertig ist, bevor ich es freizügig verteile. Jedoch scheint mich das Verfassungsgericht dazu zu zwingen. Mit meinem Herzen glaube ich, dass es nicht richtig ist, sie meinen Leuten zu geben.“<sup>7</sup>



**Die Forderung nach Behandlung wird von Vielen unterstützt. Die Anglikanische Kirche auf der Demonstration in Kapstadt am 14.2.2003** Foto: TAC

Ihr Widerstand gegen das, was sie für „westliche Ideen“ hält, ist deutlich: „Das ist alles, worüber ihr nörgelt. ARVs sind nicht das einzige Problem, wir sollten über afrikanische Lösungen nachdenken und uns nicht von Ideen aus dem Ausland blenden lassen.“ Auch Interviews mit lokalen ExpertInnen sind erhellend. Dr. Clive Evian von der *Johannesburg consulting group Aids Management and Support* meint, die Position der Regierung zu HIV/AIDS in den letzten Jahren: „habe es nicht an bizarren, irrationalen, schlecht informierten und pathetischen Meinungen fehlen lassen.“<sup>8</sup> Cati Vawda, Direktorin des *Children's Rights Centre* sagt: „Was wir brauchen sind starke, mutige Stimmen, die standhaft sind und die Führung übernehmen.“<sup>8</sup> Jerry Coovadia, Professor für AIDS Politik und Behandlung an der Universität von Natal, stellt fest, dass die Meinungen von Mbeki und Ministerin Tshabalala-Msimang nicht die allgemeinen Ansichten der Regierung oder die tatsächlichen Fortschritte der HIV/AIDS Poli-

tik wiedergeben. Aber sie haben deutlichen Einfluss, wie Evian betont. Das Zögern der Regierung, antiretrovirale Medikamente zur Verfügung zu stellen, sei an sich verständlich, weil die Kosten für gute Behandlung ein echtes Problem darstellen. „Aber sie nutzen jeden Blödsinn, um sich mit der Frage nicht auseinander setzen zu müssen. Sie machen sich selbst gegenseitig fertig, verheddern sich in Widersprüchen und entwickeln einen irrationalen Ärger gegen das Volk. Wenn es unbezahlbar ist, sollten sie es einfach so sagen und das Beste tun was sie können.“<sup>8</sup> Es muss festgehalten werden, dass, wenn Kosten das Haupthindernis sind, die Regierung herzlich wenig getan hat, um dem Problem abzuhefen. Sie hat es zum Beispiel versäumt, auch nur eine Zwangslizenz an lokale Firmen zu vergeben, damit diese antiretrovirale Medikamente preiswert herstellen können.

Deshalb ist fortgesetzter Druck auf die südafrikanische Regierung notwendig, damit sie ihre Verpflichtungen einhält: Angemessene Behandlung und Unterstützung für HIV-positive Menschen. Dies steht in verschiedenen Regierungspapieren sowie in der Stellungnahme des Kabinetts vom April 2002. Sie legte fest, dass alle Programme auf der Erkenntnis basieren, dass HIV AIDS verursacht und versprach den Beginn eines nationalen Behandlungsprogramms.

Andy Gray MSc(Pharm) FPS, Senior Lecturer, Dept of Experimental and Clinical Pharmacology, Nelson R Mandela School of Medicine, University of Natal, graya1@nu.ac.za

- 3 Michael Schmidt, Diet makes a difference - but Aids drugs are still important, *Sunday Times* 30. 3. 2003 [www.sundaytimes.co.za/2003/03/30/news/news34.asp](http://www.sundaytimes.co.za/2003/03/30/news/news34.asp)
  - 4 Gill Moodie and Karen Van Rooyen, HIV concoction slammed as toxic, *Sunday Times* 30. 3. 2003, [www.sundaytimes.co.za/2003/03/30/news/news27.asp](http://www.sundaytimes.co.za/2003/03/30/news/news27.asp)
  - 5 Nashira Davids, Traditional cures hold seeds of hope, *Sunday Times* 30. 3. 2003, [www.sundaytimes.co.za/2003/03/30/news/news35.asp](http://www.sundaytimes.co.za/2003/03/30/news/news35.asp)
  - 6 WHO/FAO, Living Well with HIV/AIDS [www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM](http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM)
  - 7 Mandy Rossouw, Manto boosts herbal remedies - *News 24 com* 18. 3. 2003 [www.news24.com/News24/South\\_Africa/Aids\\_Focus/0.6119.2-7-659\\_1334623.00.html](http://www.news24.com/News24/South_Africa/Aids_Focus/0.6119.2-7-659_1334623.00.html)
  - 8 Nawaal Deane, Aids: We need strong, courageous leadership, *Mail and Guardian*, Johannesburg 15. 3. 2003 [www.mg.co.za/Content/13.asp?ao=12086](http://www.mg.co.za/Content/13.asp?ao=12086)
- Weiterer Artikel zum Thema: Mawande Jubasi, Back from the brink of death The clinic that is giving new hope to Aids victims *Sunday Times* 16. 2. 200 [www.suntimes.co.za/2003/02/16/news/durban/ndbn08.asp](http://www.suntimes.co.za/2003/02/16/news/durban/ndbn08.asp)

# Hormone helfen nicht immer

## Ersatztherapie nach Wechseljahren meist schädlich

**Noch vor wenigen Jahren galt die Hormonersatztherapie für Frauen nach den Wechseljahren quasi als Allheilmittel. Jetzt belegt eine neue Studie, dass die Risiken überwiegen.**

Ein Treffen des örtlichen Qualitätszirkels der Frauenärzte in einer norddeutschen Kleinstadt im Jahre 2001: Der vorsitzende Gynäkologe schwärmt von den Segnungen der Hormonersatztherapie und endet mit dem Aufruf, jede Frau solle ab der Menopause, besser schon vorher, Hormone bekommen bis an ihr Lebensende: Der Nutzen sei unschätzbar groß, man würde die Zahl der Schlaganfälle und Herzinfarkte bei Frauen auf die Hälfte reduzieren, Schenkelhalsbrüche würden effektiv verhindert, Alzheimer aufgehalten, ganz zu schweigen davon, dass jüngere Frauen von schönerer Haut profitieren würden. Das Sexualleben sei ausgeglichener, Depressionen und Stimmungsschwankungen würden verhindert ...

Der Hinweis der ebenfalls anwesenden Beratungsjournalistin einer Krankenkasse, dass sich ihr auf Grund der Datenlage der Nutzen nicht so eindeutig offenbare, und schließlich individuelle Nutzenabwägungen zu treffen seien, beispielsweise bei Frauen mit einem familiär bedingten Brustkrebsrisiko, wird als „grün-alternatives Gewäsch“ abgetan. Es traue sich ja nur niemand, die Hormonersatztherapie für alle Frauen ab der Menopause zu fordern, weil dann das (damals noch geltende) Medikamentenbudget nicht eingehalten werden könne. Die Politik nehme billigend in Kauf, dass Tausende von Frauen unnötige Herzinfarkte erlitten.

### Plötzliche Kehrtwende

Knapp zwei Jahre später titelt die FAZ in ihrer Sonntagsausgabe vom 16.03.2003 „Ärzte lassen Hormone fallen – Vom Regen in die Traufe: Rasches Umdenken bei der Ersatztherapie.“ Der Grund für die plötzliche Kehrtwende in der Östrogen- und Progesterontherapie in den Wechseljahren war eine groß angelegte Studie der Women's Health Initiative (WHI) in den USA. Mitte letz-

ten Jahres wurde ein Arm der großen randomisierten, placebokontrollierten Studie abgebrochen. Er zielte darauf ab, das Nutzen-Schaden-Verhältnis einer Hormonersatztherapie (HRT<sup>9</sup>) zu untersuchen.<sup>10</sup>

### HRT: Mehr Nachteile als Vorteile

Die WHI hat die Zweifel an einer breit gestreuten Hormongabe verstärkt. Inzwischen lässt sich eindeutig belegen, was sich schon Jahre vor Abbruch der Studie abzeichnete: Brustkrebs, Herzinfarkte und Thromboembolien kommen unter der Östrogen-Gestagen-Therapie häufiger vor als unter Placebo. Dem gegenüber steht eine Verringerung des Risikos, an Darmkrebs zu erkranken oder eine Oberschenkelfraktur zu erleiden. „Die Ergebnisse zeigen sowohl Schäden als auch Vorteile durch die Therapie. Entscheidend ist aber, dass die Nachteile die Vorteile an Häufigkeit übertreffen“, begründet Jacques Rossouw vom *National Heart, Lung and Blood Institute* den Abbruch des Studienarms nach fünf statt nach den geplanten neun Jahren.<sup>11</sup>

### Das Ende einer Propaganda-Ära

Die Propaganda von Hormonersatztherapien hat Geschichte. Schon in den 60er Jahren schrieb der Arzt Robert Wilson seinen Bestseller *Feminine Forever*, in dem er den Nutzen des weiblichen Geschlechtshormons Östrogen propagierte: Es würde die Frauen in der Postmenopause jung halten, leistungsfähiger und attraktiver machen. Nach und nach sollten andere Vorteile „entdeckt“ werden: eine angeblich vorbeugende Wirkung gegen Osteoporose, Dickdarmkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Alzheimer.<sup>12</sup>

So wurden in den USA schließlich 38% der Frauen in der Postmenopause mit Hormonen behandelt, in Deutschland etwa 20%, in der Altersgruppe von 50 – 60 Jahren sogar jede zweite Frau.<sup>13,14</sup> Die Geschichte der Hormon-

ersatztherapie ist einmal mehr eine Erfolgsgeschichte der Pharmaindustrie, der es wie so oft gelang, Ärzte zu überzeugen, eine Therapie auch ohne ausreichende Evaluation massenhaft anzuwenden und mit missionarischem Eifer zu verteidigen.

### Gibt es einen medizinischen Nutzen?

Nach der letzten spontanen Monatsblutung der Frau (Menopause) fällt die Sekretion von Östrogen durch die Ovarien stark ab. Der rasche Abfall der im Blut zirkulierenden Östrogene führt bei vielen, allerdings nicht allen Frauen, zu den typischen klimakterischen Beschwerden wie Hitzewallungen, Schwitzen und Stimmungsschwankungen, Depressionen. In dieser Phase kann bei Frauen mit ausgeprägten Symptomen und bei fehlenden Kontraindikationen (Gegenanzeigen) eine Gabe von Hormonen über wenige Jahre sinnvoll sein. Bei Frauen, die keine Hormone einnehmen, verschwinden die genannten Symptome nach einigen Jahren spontan. Frauen, die Hormone einnehmen und später absetzen, können dies ähnlich empfinden wie ein zweites Klimakterium „oder wie das erste überhaupt, da heute vielen Frauen schon Östrogene verordnet werden, bevor sie die Menopause erreichen und bevor sie die Beschwerden derselben kennen gelernt haben“.<sup>15</sup>

Gibt es gesicherte Indikationen für eine HRT in der späten Menopause, fragt der unabhängige „Arzneimittelbrief“ im März 2001, ein Jahr vor Abbruch der WHI. Der Übersichtsartikel fasste Ergebnisse bis dato veröffentlichter Studien zusammen:<sup>15</sup>

Die Reduktion von Herz-Kreislauf-Komplikationen wurde vor allem aus Ergebnissen der *Nurses Health Study* entnommen, einer Langzeit-Kohorten-Studie an über 85.000 Frauen. Aber auch hier gab es schon kritische Anmerkungen, dass der günstige Effekt durch Koinzidenzen mit anderen Faktoren vorgetäuscht sein könnte, wie geringerer Nikotinkonsum und fettärmere Ernährung. Eine damals in der renommierten medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet* veröffentlichte erste Trendmeldung nach zwei Jahren Laufzeit der WHI zeigte einen (allerdings nicht signifikanten) Anstieg von koro-

naren Nebenwirkungen in der Gruppe, die HRT erhielt.

Die Wirksamkeit der Hormonsubstitution bei Frauen mit einer koronaren Herzkrankheit wurde in HERS (Heart and Estrogen/ Progestin Replacement Study) untersucht. Nach über vier Jahren fanden sich in der mit HRT behandelten Gruppe mehr Thromboembolien, aber keine Reduktion von Herzinfarkten oder Schlaganfällen.

### Östrogene für Gesunde?

Was war bekannt über den Einsatz von Hormonen als Osteoporoseprophylaxe bei gesunden Frauen? In der frühen Menopause kommt es durch den Abfall der Östrogen-Konzentration zu einem Verlust an Knochenmasse. Die Hormonsubstitution kann dies verhindern. Nach Absetzen der Therapie wird der Verlust an Knochenmasse jedoch teilweise oder vollständig „nachgeholt“. Eine Aussage zur Senkung der Frakturhäufigkeit im hohen Alter konnte also nicht gemacht werden.

Da in vielen Bereichen des menschlichen Gehirns Östrogenrezeptoren sind, wurde der Einfluss von Hormonen auf Demenzerkrankungen in mehreren kleinen Beobachtungsstudien untersucht. Die Ergebnisse waren widersprüchlich. Eine prospektive placebokontrollierte Studie an 120 Frauen mit leichtem bis mittelschwerem Alzheimer konnte keinen Effekt auf das Fortschreiten der Krankheit zeigen. *Der Arzneimittelbrief* schlussfolgerte: Gesunden Frauen in der Menopause aus dieser Indikation eine Langzeiteinnahme von Östrogenen zu empfehlen, ist bei der gegenwärtigen Datenlage nicht zu verantworten.

### Risiken zeichneten sich ab

Bereits ein Jahr vor Abbruch der WHI Studie zeichneten sich die Risiken einer Langzeittherapie mit Östrogenen ab. Aus HERS und anderen Studien ist gesichert, dass das Risiko für venöse Thromboembolien unter der Einnahme von Östrogenen besonders im ersten Einnahmejahr stark ansteigt. Auch die Zunahme des Risikos für Mammakarzinome (Brustkrebs) war so gut wie gesichert. Frauen mit einer frühen Menarche und einer späten Menopause sowie Frauen mit Überge-

wicht und ohne Schwangerschaften haben ein erhöhtes Risiko für Mammakarzinome. Die genannten Faktoren sind häufig verknüpft mit einer Erhöhung des Östrogenspiegels. Der Einfluss von hohen Östrogenspiegeln auf die Entstehung eines Mammakarzinoms ließ die Vermutung zu, dass eine HRT das Risiko ebenfalls erhöht. Die Ergebnisse einer großen Metaanalyse (Collaborative Study) ergaben für Frauen, die länger als 5 Jahre Hormone eingenommen hatten, ein um 35% erhöhtes Risiko, an einem Mammakarzinom zu erkranken.<sup>16</sup>

Diese Ergebnisse werden nun durch die WHI untermauert. Etwa 16.000 gesunde postmenopausale Frauen mit Gebärmutter im Alter von 50 bis 79 Jahren wurden mit einer in den USA gebräuchlichen Östrogen-Gestagen-Kombination (0,625 mg konjugierte Östrogene plus 2,5 mg Medroxyprogesteronacetat MPA) oder Placebo behandelt. Bei Studienabbruch wegen des ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnisses betrug die durchschnittliche Gesamt-Beobachtungszeit 5,2 Jahre.<sup>10</sup>

Bezogen auf 10.000 Frauenjahre eigneten sich in der Gruppe die Hormone erhielt, im Vergleich zur Placebogruppe zusätzlich sieben Komplikationen einer koronaren Herzkrankheit (KHK), vor allem Herzinfarkte, acht Schlaganfälle, 18 Thromboembolien (darunter acht Lungenembolien) und acht invasive Mammakarzinome.

### Gefährdet HRT deutsche Frauen?

Was bedeuten die Ergebnisse der WHI für Deutschland? Das Durchschnittsalter der Frauen lag mit 63,3 Jahren relativ hoch. Es wurde jedoch kein Einfluss des Alters auf die erhöhten Risiken beschrieben. Zudem gehörten ca. 5.500 Frauen in der WHI-Studie zur Altersklasse 50 bis 59 Jahre, in der

### Verordnungen von Sexualhormonen zur oralen postmenopausalen Hormonsubstitution

Handelsname	Bestandteile	Verordnungen in Tsd.	Umsatz Mio. €
Presomen comp.®	Konjugierte Östrogene, Medrogeston	1522,0	36,7
Kliogest N®	Estradiol, Norethisteronacetat	946,0	29,5
Presomen®	Konjugierte Östrogene	757,3	16,4
Climopax®	Konjugierte Östrogene, Medroxyprogesteronacetat	642,1	16,7
Activelle®	Estradiol, Norethisteronacetat	506,9	14,5
Merigest®	Estradiolvalerat, Norethisteron	436,4	12,8

Quelle: Schwabe/ Paffrath (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2002

fast jede zweite Frau in Deutschland mit Hormonen behandelt wird.

Zwar wird die in der WHI-Studie gegebene Kombination in Deutschland wesentlich seltener angewendet als andere (siehe Kasten). Für die verschiedenen Hormonersatzvarianten liegen aber keine Studien von vergleichbarer Aussagekraft vor, die geringere Risiken bzw. ein günstigeres Nutzen-Schaden-Verhältnis belegen. Solange solchen Daten nicht verfügbar sind (und es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Studien analog zur WHI initiiert werden), ist der Verdacht nicht von der Hand zu weisen, dass auch andere Östrogen-Gestagen-Kombinationen mit einem Risiko von Brustkrebs, venösen Thromboembolien, Herzinfarkt und Schlaganfall einhergehen, das den Nutzen übersteigt. Darauf weist auch das BfArM in einer Arzneimittel-Schnellinformation hin.<sup>17</sup> Zur Zeit nehmen in Deutschland gut drei bis fünf Millionen Frauen Arzneimittel zur HRT ein.<sup>13,14</sup> Die Zusatzrisiken der Hormonersatztherapie bedeuten daher, dass nach den Daten der Women's Health Initiative in Deutschland jedes Jahr zusätzlich 2300 bis 3500 koronare Ereignisse, 2600 bis 4000 Schlaganfälle, 2600 bis 4000 Lungenembolien und 2600 bis 4000 Mammakarzinome auftreten können.

## Aus für Hormon-Behandlung?

In der gesetzlichen Krankenversicherung wurden 2001 Östrogene und Östrogen-Kombinationen für rund 200 Millionen € verordnet.<sup>13</sup> Hochgerechnet auf den Gesamtumsatz in Deutschland dürften knapp 250 Millionen € pro Jahr für HRT umgesetzt worden sein. Ein lukrativer Markt also für die Pharmabranche, von dem sich die Firmen ungern trennen wollen. Schon weisen die Hormonanbieter Schering, Jenapharm, Organon und NovoNordisk in Marketing-Kampagnen darauf hin, dass die Daten der WHI letztlich nur für die dort eingesetzte Hormonkombination gelten. Aber auch die deutschen Fachgesellschaften sind noch uneinig über die Bewertung der Ergebnisse der Studie. So hat ein Patientinnen-Informationsblatt vom Vorsitzenden des Arbeitskreises „Steroide in Kontrazeption und Substitution“ (SIKUS) des Berufsverbandes der Frauenärzte (BvF) auch innerhalb des BvF für Diskussionen gesorgt. Prof. Dr. med. Alexander Teichmann schreibt darin, die US-Studie verändere „in keiner Weise die zurzeit gültige Bewertung der Hormonersatztherapie“ und weiter „was waren die wesentlichsten Ergebnisse dieser Studie?“ Mit keinem Wort werden der Abbruch der Studie und die Begründung, dass der Schaden den Nutzen überwog, erwähnt. Der Kardiologe Prof. Dr. med. Clemens von Schacky hält dieses Papier für unlauter: Das wichtigste Ergebnis der Studie sei, so von Schacky, dass sie wegen zu hoher Risiken abgebrochen worden sei. „Das muss man den Frauen ehrlich sagen.“<sup>18</sup>

Dr. Beate Jungmann-Klaar,  
Die Autorin arbeitet bei der Handelskrankenkasse,  
Versorgungsmanagement, Bremen

9 Hormone Replacement Therapy

10 Writing group for WHI Investigators. *JAMA* 2002; 288:321-333

11 *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 99, Ausgabe 30 vom 26.07.2002

12 *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, Nr. 28 vom 14.07.2002

13 U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungsreport 2002*, Springer-Verlag

14 *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 97, Ausgabe 33 vom 18.08.2000

15 *Der Arzneimittelbrief* Jg. 35, Ausgabe 3 März 2001

16 Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. *Lancet* 1997; 350:1047-1059

17 BfArM: Arzneimittel-Schnellinformation 2-04

18 *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 99, Ausgabe 31-32 vom 5.08.2002

# Werbung im Kreuzfeuer der Kritik

## Neuseeländische WissenschaftlerInnen fordern Stopp

**Eine Gruppe führender ÄrztInnen hat in Neuseeland das Verbot von Laienwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (DTCA) gefordert. DTCA ist bisher weltweit nur in den USA und Neuseeland erlaubt.**

Nachdem das europäische Parlament im Oktober 2002 einen Vorstoß zur Legalisierung von DTCA in Europa abgelehnt hat,<sup>19</sup> werden nun auch in Neuseeland die negativen Folgen von DTCA wieder verstärkt diskutiert. Eine Gruppe führender MedizinerInnen hat die bisherigen Erfahrungen mit Laienwerbung zusammengestellt.<sup>20</sup> Die Studie stellt deutlich heraus, dass DTCA nicht das Bedürfnis der PatientInnen nach Informationen von hoher Qualität befriedigt. Deshalb wird die Regierung Neuseelands aufgefordert, eine unabhängige Informationsagentur in Form eines Konsortiums aus Gesundheitsfachleuten und Verbrauchergruppen einzurichten.

Die Studie, an der über die Hälfte aller neuseeländischen AllgemeinärztInnen teilgenommen haben, bestätigt ähnliche Erfahrungen aus den USA. 79% der TeilnehmerInnen berichten, dass PatientInnen mit dem Wunsch nach konkreten Markenprodukten die Praxis aufsuchen. Die Werbebeeinflussung der PatientInnen wird allerdings nur von 13% der ÄrztInnen positiv beurteilt. 50% sehen einen negativen Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung. Am häufigsten wird beklagt, dass die Werbung unnötige Ängste bei den PatientInnen schürt. „Es kostet viel wertvolle Zeit, zu erklären, warum ein bestimmtes Medikament nicht geeignet oder unnötig teuer ist,“ erklärt der Herausgeber der Studie. „Ärzte schildern uns, dass vor allem ältere Menschen durch die Werbung Angst bekommen, sie bekämen nicht die richtige Behandlung.“<sup>21</sup>

Im Unterschied zu den USA, wo DTCA-Werbemaßnahmen von der Aufsichtsbehörde FDA kontrolliert werden, setzt Neuseeland auf die Selbstkontrolle durch die Pharmaindustrie. Weil dennoch permanent Ver-

stöße registriert werden, hat das Gesundheitsministerium schon vor drei Jahren eine deutliche Verschärfung der Regeln empfohlen – bisher allerdings ohne Erfolg. Mit dem enormen Anstieg von DTCA in den letzten Jahren gibt es auch eine wachsende Zahl von Verstößen. Die Studie von Toop et al. zeigt an vielen Beispielen, wie PatientInnen durch die Werbung desinformiert werden. Die Autoren gehen aber noch einen Schritt weiter und betonen, dass die Manipulation schon bei den ÄrztInnen beginnt. Sie sollen schließlich die von Laien-Werbung geweckten Arzneiwünsche mit dem passenden Rezept befriedigen. Die Vermarktungskonzepte gehen sogar soweit, dass neue Krankheiten erfunden werden. Damit wird der Verkauf von Medikamenten, die eigentlich nur für eng begrenzte Indikationen zugelassen sind, angekurbelt.

Das Ausmaß der Manipulation durch Ärzterwerbung macht eine spanische Studie deutlich: Am Beispiel der Fachwerbung für Lipidsenker und Antihypertonika wurde untersucht, wie glaubwürdig die medizinischen Referenzen sind, mit denen Hersteller werben.<sup>22</sup> Das Ergebnis ist erschreckend: 18% der Referenzen waren überhaupt nicht öffentlich zugänglich, bei weiteren 44% wurde die Werbeaussage nicht durch die Referenz gestützt. In den meisten Fällen bezog sich die Werbeaussage nicht auf die PatientInnengruppe, mit welcher die Studie durchgeführt wurde. (CW)

19 Siehe: Erfolg im Europaparlament :Bessere Kontrolle statt mehr Werbung, *Pharma-Brief* 7-8/2002

20 L.Toop, D. Richards et al., Direct to Consumer Advertising of Prescription Drugs in New Zealand: For Health or for Profit? Christchurch School of Medicine and Health Sciences, University of Otago (New Zealand), February 2003. [www.chmeds.ac.nz](http://www.chmeds.ac.nz)

21 Report calls for ban on advertising prescription drugs. Media release, Christchurch School of Medicine and Health Science, University of Otago, 16.2.2003

22 Pilar Villanueva et al., Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *The Lancet*, Vol.361, No. 9351, 4.1.2003



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



## Deutschland

### Positivliste: Wenn nicht kippen, dann verwässern

**Die Einführung einer Positivliste für verschreibungsfähige Arzneimittel ist eine ziemlich verfahrenere Kiste. Eine gut orchestrierte Lobby hat dieses wichtige Instrument für eine rationalere Therapie bisher erfolgreich verhindert.**

Was in anderen Ländern längst verwirklicht ist, geht in Deutschland noch lange nicht. Nachdem bereits CSU-Gesundheitsminister Seehofer vor einigen Jahren mit der ersten Positivliste gescheitert war, bremste Ministerin Schmidt den von ihrer Vorgängerin Andrea Fischer gestarteten zweiten Versuch gemeinsam mit ihrem Staatssekretär erst einmal aus. Jetzt soll die Liste doch kommen und zwar ohne Beteiligung des Bundesrats. Doch massive Beeinflussungsversuche gibt es nicht nur von der Industrie selbst, sondern auch von sogenannten Patientenorganisationen, von Professoren und Fachgesellschaften. Interessanterweise hängt dieser scheinbar so vielstimmige Chor samt und sonders am Tropf der Pharmaindustrie (oder sollte man besser sagen sie folgt ihrem Dirigentenstab?). Auch der Chemiegewerkschaftsvorsitzende Schmoldt und Bundestagsabgeordnete, die in Chemiestädten ihren Wahlkreis haben, machen sich ohne die geringste Rücksicht auf das Gemeinwohl zu Fürsprechern der Industrie.<sup>23</sup>

Am liebsten würde die Industrie die Positivliste ganz kippen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) lehnt sie „kategorisch ab“.<sup>24</sup> Doch wenn man die Liste schon nicht ganz verhindern kann, versucht man therapeutisch nutzlose Umsatzrenner in die Liste zu heben. Krasses Beispiel ist der Wirkstoff Acarbose, bekannter unter dem Namen Glucobay®. Unabhängige Fachleute bewerten Acarbose negativ. Der ehemalige Direktor des WHO Collaborating Center for Diabe-

tes, Prof. Berger (Uni Düsseldorf): „[es] liegen keinerlei Nachweise für Wirksamkeit im Sinne der Endpunkte der Therapieziele bei Diabetes mellitus vor. Seine mittelfristige Wirkung auf den Glucosestoffwechsel ist minimal [...] und klinisch zu vernachlässigen. Hinsichtlich der Sicherheit des Medikamentes bleiben Zweifel.“<sup>25</sup> Daran ändert auch eine neuere Präventionsstudie mit Acarbose nichts. Deren Ergebnisse werden – wissenschaftlich völlig unseriös – auf einen angeblichen Nutzen bei der Therapie des Diabetes umgedeutet. Nebenbei war auch die vorbeugende Wirkung geringer als die einer Ernährungs- und Bewegungsumstellung von Diabetes-gefährdeten Personen. Schließlich bleiben Zweifel an der Unabhängigkeit der Studie. Die Autoren verschwiegen entgegen dem Verhaltenskodex für wissenschaftliche Unabhängigkeit des *Lancet* den LeserInnen ihre engen Beziehungen zum Glucobay® Hersteller Bayer.<sup>26</sup>

#### Webfehler in Liste

Die Pharmaindustrie macht sich eine Schwäche der Listenkonstruktion zu Nutze. Sie verfügt über Anhänge für Arzneimittel der sogenannten besonderen Therapierichtungen (Phytotherapie, Anthroposophie, Homöopathie). Für diese gelten die strengen Kriterien für vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit nicht. Daraus zieht die Industrie den Schluss, man dürfe über die chemische Medizin auch nicht so streng urteilen. Ein erstaunliches Konstrukt, legen die Hersteller doch sonst so großen Wert auf die wissenschaftlich belegte Wirksamkeit ihrer Produkte.

Auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft macht sich unfreiwillig zur Fußtruppe der Industrie, wenn sie jetzt die Anhänge der Positivliste geißelt.<sup>27</sup> Das hätte die AMK glaubwürdiger vor drei Jahren tun können, als die Expertenkommission zur Positivliste zusammengestellt wurde. Der *Pharma-Brief* warnte im Frühjahr 2000 vor einer faktischen Mehrheit der komplementären Therapierichtungen: „Dies wird [...] für die Bewertung Folgen haben [...]. Auch die VertreterInnen der Schulmedizin werden sich dann wohl keine besonders hohen Maßstäbe an den Nutzen und die Sicherheit ‚ihrer‘ Präparate anlegen lassen.“ Von der Arzneimittelkommissi-

sion und den sie unterstützenden Professoren war damals nichts zu hören.

Übrigens stimmen nicht alle in den Kanon der Kritik an der Positivliste ein. Der deutsche Sprecher des US-Pharmakonzerns Merck, Stefan Oschmann, fürchtet die „Nutzen-Prüfung im Prinzip überhaupt nicht. [...] Wer Qualität liefert, wird aufgewertet.“<sup>16</sup> (JS)

## Buch

### Die Lösung hinterfragen

**Warum sterben immer noch 13 Millionen Kinder an Krankheiten, die man leicht verhüten könnte? Stecken dahinter vor allem „technische“ Probleme oder geht es um Gerechtigkeit?**

„Die Lösung in Frage stellen“, so lautet der Titel des Buchs von David Werner und David Sanders. Auch wenn es nicht mehr ganz neu ist, sind seine Einsichten immer noch aktuell. Die Hauptfrage der Autoren lautet, wie erleben Menschen in armen und unterprivilegierten Ländern Gesundheitsprobleme und wie sind sie mit wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung verquickt? Sie argumentieren, dass selektive Programme nur begrenzte Erfolge vorweisen können, da sie strukturelle Probleme ausblenden. Diese Kritik trifft vor allem Programme der Entwicklungshilfe, die sich auf einzelne technische Interventionen wie die Einführung oraler Rehydrations-therapie bei Durchfall beschränken, ohne die Ursachen der Erkrankungen anzugehen. Dieser Vorwurf trifft auch die Politik des Weltkinderhilfswerks UNICEF. Das Buch bietet eine Fülle von Fakten zum Zusammenhang von wirtschaftlicher Gerechtigkeit, Partizipation und Gesundheit. (GD)

📖 Werner/Sanders, *Questioning the solution. The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto 1997

23 Harald Schumann, Jäger der Patent-Milliarden, *Der Spiegel* 31.3.2003

24 BPI-Pressemitteilung vom 18.11.2002

25 Stellungnahme von Prof. Berger an Gesundheitsministerin Fischer am 23.3.1999

26 Die Stop-NIDDM-Studie: Verhindert Acarbose (GLUCOBAY) Typ-2 Diabetes?, *arznei-telegramm* 7/2002, S. 72-73

27 *AkdÄ Newsletter* 2003-014



## Aus aller Welt

### Uganda: Ohne Zuzahlung verbesserte Versorgung

**Gegen den Rat von Weltbank und Weltwährungsfond hat Uganda Benutzergebühren im Gesundheitssektor abgeschafft.**

Nach Abschaffung der unpopulären Gebühren nahm die Nutzung von Gesundheitsstationen um 40% zu. Viele Menschen, die sich vorher keine Behandlung leisten konnten, werden jetzt versorgt. Die Weltbank hatte Druck auf Uganda ausgeübt, die Zuzahlungen beizubehalten.<sup>28</sup> (JS)

### Zu viel Vitamin A schlecht für Knochen

**Vitamin A kann das Risiko von Knochenbrüchen erhöhen.**

Eine Langzeitstudie der Universität Uppsala zeigte, dass Männer mit einem hohen Pegel von Retinol im Blut ein zweieinhalb Mal so hohes Risiko einer Hüftfraktur hatten wie Männer mit einem durchschnittlichen Pegel. Bei der Gruppe mit den höchsten Werten war das Risiko sieben Mal so hoch. Die Autoren folgern, dass die Empfehlungen für zusätzliche Vitamin A-Gaben und für Vitamin A als Zusatzstoff in Nahrungsmitteln überarbeitet werden müssen.<sup>29</sup>

Eine Sprecherin der US-Lobbygruppe der Nahrungszusatzstoffindustrie versuchte zu beschwichtigen. Es gäbe keinen Grund zu sagen, dass Multivitaminpräparate mit „gewöhnlichen Mengen von Vitamin A schädlich“ seien. Für die Industrie steht aber auch einiges auf dem Spiel: Ein Drittel oder gar die Hälfte aller US-AmerikanerInnen nehmen künstliches Vitamin A zu sich.<sup>30</sup>

Notwenig ist das nicht: Der Bedarf an Vitamin A wird bei gesunder Ernährung leicht abgedeckt. Gesunde Menschen sollten kein künstliches Vitamin A zu sich nehmen. (JS)

### Australien: Kuhhandel um Medikamente

**Die USA wollen, dass Australien seine Medikamentenpreise erhöht, im Gegenzug sollen es australische Farmprodukte auf dem US-Markt leichter haben.**

Im Rahmen eines Freihandelsabkommens versucht der US-Handelsrepräsentant Ralph Ives Druck auf das australische Sozialversicherungssystem auszuüben. Ives macht keinen Hehl daraus, wer hinter seinem Ansinnen steckt: Der mächtige US-Pharmaverband PhRMA.<sup>31</sup> Die meisten AustralierInnen haben innerhalb des sogenannten Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) Anspruch auf sinnvolle Medikamente gegen eine oft geringe Pauschale. Dahinter steckt eine Expertenkommission des Staates, die nach einer Nutzenbewertung in Preisverhandlungen mit den Herstellern tritt. Das PBS senkt dadurch die Kosten für die Arzneibehandlung erheblich. Dies ist vor allem der US-Pharmaindustrie ein Dorn im Auge. Nachdem im vergangenen Jahr eine Lobbykampagne von Pfizer zur Aufnahme von Sildenafil (Viagra®) auf die Liste scheiterte,<sup>32</sup> versucht die Industrie jetzt, das fünfzig Jahre alte PBS als Ganzes zu kippen. Es sei ein Handelshemmnis, so flüsterete es PhRMA der US-Regierung ein.

Der australische Verbraucherverband sieht die Industrieaktion in einem größeren Kontext: Es gehe nicht nur um Australien, sondern um das PBS als ein international vorbildliches Modell, die Kosten für Arzneimittel zu beschränken.<sup>25</sup> (JS)

### Rückzahlung wegen Bestechung

Mit fast 100 Millionen US\$ hatte Hoechst (jetzt Aventis) in den USA den Generikahersteller Andrx bestochen, damit er keine preiswerte Kopie des Blutdrucksenkers Cardizem CD® ver-

kauft. Der Deal flog auf. Nach einem Vergleich mit den Generalanwälten von 29 US-Bundesstaaten müssen beide Firmen jetzt 80 Millionen US\$ Entschädigung zahlen. Erstmals werden auch VerbraucherInnen direkt entschädigt, sie bekommen 20% ihrer Ausgaben für das Medikament erstattet.<sup>33</sup> (JS)

## In eigener Sache

### Noch Termine frei! Straßentheater bietet galaktisches Vergnügen

Unser Straßentheater *Schluck & weg* ist vom 26.Mai bis 8. Juni unterwegs – noch werden einige Auftrittsorte gesucht. Ein Raumschiff-Wrack, die Mannschaft bereits stark dezimiert, schwebt fern der Erde durchs Universum. Die Besatzung leidet unter der Seuche SpAids und hat den Kampf um den Zugang zu Medikamenten aufgenommen. Mit ihrer Star-Wars-Variante bietet *Schluck & weg* nicht nur galaktisches Vergnügen. Das diesjährige Stück vermittelt die weltweite AIDS-Problematik, verdeutlicht den fehlenden Zugang zu Medikamenten für die Armen und stellt Patente auf lebensretende Medikamente in Frage. Vor allem für den Raum Hamburg/Rostock/Schwerin sowie Erfurt/Würzburg/Frankfurt sind noch Termine frei. Interessierte Gruppen melden sich bitte bei Claudia Jenkes Tel 0521-60550 oder per e-mail: cjenkes@bukopharma.de

28 Rick Rowden, Elimination of User Fees brings big increase in clinic utilization rates in Uganda, RESULTS Educational Fund Washington DC February 2003

29 K. Michaëlsson et al, Serum Retinol Levels and the Risk of Fracture, *JAMA* 23 January 2003, Vol. 348 p. 287-294

30 Vitamin A Supplements May Hurt Bones, *New York Times* 22 January 2003

31 US wants Australia to modify its cheap drugs scheme as part of trade deal, *British Medical Journal* 29 March 2003 p 680

32 Sildenafil nicht auf Liste *Pharma-Brief* 1/2002, S. 8

33 States Obtain Landmark Settlement in Generic Drug Case, *Corporate Crime Reporter*, 3 February 2003, p 9

## Zu guter Letzt

„Zu viele Medikamente werden hier zu Lande zugelassen“

Untertitel einer Meldung in der *Frankfurter Rundschau* vom 29.1.2003