

PHARMA- BRIEF



Nr. 2/2005

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

März 2005

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

Merck reagiert auf Studie

Verzicht auf einige Medikamente in Dritter Welt

In der aktuellen Arzneimittelstudie der BUKO Pharma-Kampagne, die das Medikamentensortiment deutscher Unternehmen in der Dritten Welt bewertet, kommt die Firma Merck nicht besonders gut weg. Die Geschäftsführung reagierte auf die Kritik mit drei Schreiben, in denen sie den Rückzug einiger risikoreicher Präparate zusagt. An umsatzträchtigen, aber medizinisch zweifelhaften Vitaminpräparaten will die Merck KgaA aber weiterhin festhalten.

Die BUKO Pharma-Kampagne hatte in ihrer Publikation *Sprudelnde Geschäfte* 48 % der Merck-Produkte in Afrika, Asien und Lateinamerika als irrational abgewertet. Die Broschüre kritisierte besonders die Vermarktung von Erkältungspräparaten mit unsinniger Zusammensetzung und risikoreichen Wirkstoffen. Merck schrieb uns dazu: „Wir müssen konzedieren, dass diese Produkte nur bedingt dem aktuellen Stand der Pharmakologie entsprechen.“¹ Auf Nachfrage bestätigte die Firma: „die genannten Erkältungsprodukte in Südafrika [werden] in absehbarer Zeit nicht mehr von uns vertrieben.“² Diesen überfälligen Schritt begrüßen wir.

Eine weitere gefährliche Medikamentengruppe hatten wir in unseren Publikationen zur Studie hervorgehoben: Metamizolhaltige Schmerzmittelkombinationen. Dazu schrieb Merck an die Pharma-Kampagne: „Sie wissen, dass Ihre Bewertung der Nutzen-Risiko Relation von Metamizol nicht von allen Fachleuten und Zulassungsbehörden geteilt wird.“ Wir hatten jedoch besonders die Vermarktung von Metamizol-Kombinationspräparaten kriti-

siert, die in Deutschland seit 1986 verboten sind. Nach einer Zulassungsbehörde mit gutem Standard, die solche Kombinationen noch erlaubt, wird man lange suchen müssen. Aber auch die Risiken von Metamizol-Monopräparaten halten wir für unverträglich. Etliche Zulassungsbehörden mit hohen Standards sind da unserer Auffassung und haben die Substanz verboten. Dass es keine einheitliche europäische Entscheidung zu Metamizol gibt, zeugt unseres Erachtens von den Schwächen der europäischen Risikoüberwachung für Arzneimittel, die – trotz gravierender Gefahren für PatientInnen – vielfach untätig bleibt.

Merck hatte zum Untersuchungszeitpunkt (Frühjahr/Sommer 2003) das Metamizol-Kombinationspräparat Dolo-Neurobion in Pakistan im Angebot. Die Firma schrieb uns: „Im Falle von Dolo-Neurobion in Pakistan hatten wir das zusätzliche Problem, dass die lokalen Behörden einer Marktrücknahme nicht zustimmten. Erst im letzten Jahr [2004] erhielten wir die Genehmigung, das Produkt aus dem Handel zu nehmen. Es wird seitdem nicht mehr verkauft.“¹

Editorial

Liebe LeserInnen,
Arzneimittelsicherheit ist eine globale Herausforderung. Mit unserer Studie „Sprudelnde Geschäfte“ versuchen wir einen Beitrag zum Verschwinden von unsinnigen und risikoreichen Produkten von den Märkten der Dritten Welt zu leisten. Nicht ohne Erfolg, wie nebenstehender Artikel zeigt. Die Diskussion um die gegen Rheuma eingesetzten COX-2 Hemmer in Industrieländern zeigt, dass es auch hierzulande gravierende Probleme gibt. Geradezu zynisch mutet jetzt an, dass ein Hersteller, der sein Mittel wegen Risiken vom Markt genommen hat, es wieder verkaufen will, weil die anderen Medikamente der Gruppe ähnliche Risiken hätten.

Zu einer patientenorientierten Entwicklung von Medikamenten ist noch ein weiter Weg. Auch dazu finden Sie Vorschläge in dieser Ausgabe.

Ihr

Jörg Schaaber

- **Forschung:**
Patentpool für AIDS-Mittel ... 3
- **COX-2-Hemmer:**
Beeinflusste Bewertung 5
- **Deutschland:**
Gesundheitskosten
werden überschätzt..... 6

Die Erklärung Mercks, „dass die lokalen Behörden einer Marktrücknahme nicht zustimmten.“, halten wir für eine Schutzbehauptung. Keine Behörde der Welt kann einen Hersteller dazu zwingen, ein Medikament mit unvermeidbaren Risiken zu vermarkten. Selbst wenn die Zulassung für ein Mittel nicht sofort gelöscht wird, gibt es keinen zwingenden Grund, das Produkt weiter zu vertreiben. Möglicherweise hat die Firma versucht, das Mittel umzuformulieren und dabei den Markennamen beizubehalten. Sollte dies der Grund für den verzögerten Rückzug gewesen sein, halten wir das angesichts der Risiken von Metamizol für unvermeidbar.

Merck KGaA: Anteil irrationaler Medikamente

1984	85%
1988	78%
1992	71%
1998	50%
2003	48%

Die Merck KGaA teilte uns am 14.1.2005 mit, sie habe „eher aus formalen Gründen [...] vor geraumer Zeit beschlossen, Metamizol-Kombinationen weltweit vom Markt zu nehmen.“¹ Da war die Firma schon einmal weiter: 1993 schrieb uns Merck, dass sie den Wirkstoff Metamizol in denselben Kombinationen aus medizinischen Gründen entfernen wolle.³ Zwölf Jahre sind ein ziemlich langer Zeitraum für eine schon damals überfällige Maßnahme zur Arzneimittelsicherheit.

Wunderpille für Kinder?

Merck schrieb uns am 24. Februar, dass ihr Uralt-Präparat Encephabol im Februar 2005 jetzt eine Zulassung in Deutschland erhalten habe.⁴ Die jetzt genehmigten Indikationsbereiche (zur symptomatischen Behandlung von hirnräumlichen Leistungsstörungen bei Demenz und zur unterstützenden Behandlung nach schweren Kopfverletzungen) halten wir für fragwürdig. Entscheidender ist jedoch, dass Merck in Pakistan weit über die jetzt erfolgte deutsche Zulassung hinausgehende Anwendungsbereiche beanspruchte. So nennt das pakistanische Medikamen-

tenverzeichnis *Pharma Guide 2002-2003* unter Encephabol folgende Indikationen „Geistige Erschöpfung, Konzentrationschwierigkeiten, verzögerte geistige Entwicklung bei Kindern“.⁵ Diese Indikationen sind vage und medizinisch nicht gedeckt. Auch wenn Merck Kinderindikationen nicht mehr aktiv bewirbt, finden sie sich doch im Indikationsbereich wieder. Die Firma hat in den vergangenen Jahrzehnten massiv für die Anwendung von Encephabol bei Kindern geworben. Leider wirken solche fragwürdigen Werbebotschaften über viele Jahre fort. Eine Minimalmaßnahme wäre die konsequente Streichung der unsinnigen Kinderindikationen und eine Rücknahme aller Kinderdosierungen.

Ausreden

Ein Argument, das Merck immer wieder vorbringt, ist der Umstand, dass in den Ländern des Südens auch andere Firmen fragwürdige Produkte vertreiben. Die „Fokussierung auf deutsche Pharmaunternehmen“ sei deshalb „wenig zielführend“. Eine Beschränkung auf das Angebot deutscher Firmen in der Dritten Welt ist aber aus mehreren Gründen sinnvoll und notwendig. Deutsche Firmen spielen eine bedeutende Rolle auf den Arzneimittelmärkten vieler armer Länder. Wo, wenn nicht in Deutschland, soll man auf die leider immer noch zahlreichen fragwürdigen Produkte deutscher Firmen aufmerksam machen? Hierzulande werden die Entscheidungen über die Angebotspolitik getroffen.

Durch die Mitarbeit in dem Netzwerk *Health Action International* (HAI) steht die Pharma-Kampagne mit Gruppen in vielen Ländern der Welt in Verbindung, die sich für eine vernünftige Gestaltung des Arzneimittelangebots einsetzen. Diese Gruppen verstehen unsere kritische Auseinandersetzung mit deutschen Firmen als wichtige Ergänzung ihrer lokalen Aktivitäten. Dies gilt besonders, weil die Einflussmöglichkeiten auf örtliche Niederlassungen ausländischer Firmen eher gering ist. Außerdem werden wir immer wieder auf die Vorbildfunktion von Herstellern aus Industrieländern aufmerksam gemacht, die medizinische Standards in den Ländern vielfach stark prägen. Wenn sich Hersteller aus

Deutschland – oft nach langem Zögern – von medizinisch überholten Produkten trennen, dann ist es nicht verwunderlich, wenn lokale Firmen erst mit Verzögerung handeln, bzw. zunächst in „Marktlücken“ stoßen. Die Arbeit von Gruppen vor Ort gegen solche überholten Medikamente wird aber durch eine bessere Sortimentspolitik der Firmen aus Industrieländern erheblich erleichtert. Natürlich werden wir die in der Auseinandersetzung mit Merck erreichten Versprechen in die betroffenen Länder kommunizieren und damit eine Grundlage für weitere Schritte liefern.

Merck schreibt, dass „eine Optimierung der Arzneimittelversorgung [...] nur über Regelungen erfolgen kann, die alle Marktteilnehmer treffen.“ Natürlich sind Verbote und Anwendungsbeschränkungen durch Kontrollbehörden ein sinnvoller und umfassender Schritt zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung. In der (weitgehenden) Abwesenheit von solchen regulatorischen Maßnahmen zur Marktrücknahme von irrationalen Medikamenten ist die Eigenverantwortung der Firmen allerdings besonders gefragt. Unethisches Verhalten kann niemals damit gerechtfertigt werden, dass andere Firmen sich ebenso verhalten.

Vitamin-Unfug

Kritisiert hatte die Pharmakampagne auch die Vermarktung von unsinnigen Vitaminpräparaten. Merck dazu: „Wir glauben nicht, mit Ihnen eine Übereinstimmung hinsichtlich Multivitaminkombinationen erzielen zu können.“

Diese Präparate sind auch in Industrieländern unsinnig und sollten vom Markt verschwinden. Die Merck-Argumentation mit der „kaufkräftigen Bevölkerungsschicht“ in Entwicklungsländern, der man solche Produkte nicht vorenthalten wolle, halten wir für irreführend und zynisch. Ein Mittel wird auch nicht sinnvoller, wenn die betreffende Person es sich leisten kann. Schließlich sind Arzneimittel keine Güter, deren Daseinsberechtigung von Kaufkraft und Nachfrage abhängen sollte, sondern von ihrem medizinischen Nutzen.

Vor allem aber kaufen keineswegs nur Wohlhabende solche Mittel. Durch

massive Werbung ist der Einsatz von Multivitamin-Präparaten in vielen Ländern weit verbreitet. Untersuchungen haben gezeigt, dass dies vor allem für arme PatientInnen negative Folgen haben kann. Wird z.B. ein notwendiges Antibiotikum und zusätzlich ein Multivitaminpräparat verschrieben, verzichten mittellose Menschen eher auf das relativ teurere Antibiotikum als auf das Vitaminpräparat.

Merck versucht gar nicht, die Sinnhaftigkeit von Multivitaminkombinationen zu belegen. Auf unsere Argumente erhielten wir folgende Mitteilung der Firma: „Wir nehmen Ihre Meinung zur Kenntnis, dass Vitaminkombinationen auch in Industrieländern unsinnig seien und behalten uns vor, hierzu eine andere Auffassung zu vertreten.“²

Wie viel Verantwortung?

Merck schreibt in einem dritten Brief: „Zunächst möchten wir nochmals betonen, dass wir Ihre grundsätzlichen Bemühungen, die Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt zu verbessern, sehr wohl teilen.“² Dabei wird auch auf die Unterstützung der Verbreitung eines Kleinlabors (Minilab) zur Entdeckung von Arzneimittelfälschungen in der Dritten Welt durch Merck verwiesen.⁶ So wichtig das sein mag, in erster Linie ist ein Hersteller für sein eigenes Sortiment verantwortlich. Trotz einiger erfreulicher Schritte bleiben die Zusagen von Merck dennoch insgesamt vage. Beim Thema Multivitamine ist keine Annäherung zu erkennen. Von dem ältesten pharmazeutischen Unternehmen der Welt, das sich eine besondere Verantwortung für die Sicherheit seiner Produkte auf die Fahnen schreibt, dürfte man mehr erwarten.⁷ (JS)

1 Schreiben der Merck KGaA vom 14.1.2005

2 Schreiben der Merck KGaA vom 11.3.2005

3 Schreiben der Merck KGaA vom 14.10.1993

4 Schreiben der Merck KGaA vom 2.2.2005

5 Mental fatigue, lack of concentration, mental retardation in children

6 Das von der Pharmaindustrie geförderte Minilab testet nicht nur sinnvolle Arzneimittel, sondern auch das umstrittene Schmerzmittel Metamizol

7 „Lange bevor Begriffe wie Corporate Responsibility oder Corporate Citizenship in aller Munde waren, haben wir diese Werte gelebt und auch in unserem weltweit gültigen Leitbild verankert.“, schreibt Merck auf seiner Homepage. Im Leitbild heißt es auch: „Die Verantwortung für Sicherheit hat für Merck einen hohen Stellenwert.“

www.merck.de/servlet/PB/menu/1003328/index.html

Gibt es bald eine „Patent-Lösung“ für AIDS-Medikamente?

Noch immer scheitert die Medikamentenversorgung armer Länder oft am Patentschutz. Wäre ein weltweiter Patentpool die Lösung? Ein Blick in die Geschichte zeigt: Patentpools haben in der Luftfahrtindustrie funktioniert und auch bei der Nähmaschine. Heute gäbe es ohne Patentpool keine DVD und keine Videokamera. Wann kommt der Patentpool für Medikamente?

Was ein Patentpool ist, führte bereits 1917 die US-Regierung vor. Anlass war der erste Weltkrieg, in den die USA gerade eingetreten waren. Es wurde eine große Anzahl von Kriegsflugzeugen benötigt. Die waren aber Mangelware, von einer funktionierenden Luftfahrtindustrie konnte nicht die Rede sein. Schuld war der Patentschutz. Die Gebrüder Wright hatten ihren legendären „Flugapparat“ 1906 mit dem US Patent No. 821393 schützen lassen, ein anderer Flugpionier, Glenn Curtiss, hatte dann technische Verbesserungen eingeführt und ebenfalls patentieren lassen. Schnell kam es zu kostspieligen Rechtsstreitereien, Henry Ford mischte sich ebenfalls ein. Man trat sich gegenseitig auf die Füße und machte sich mit Patenten das Leben schwer. Dem wollte die US-Regierung ein Ende setzen: Sie wollte schnell zu guten und günstigen Flugzeugen kommen. Die Regierung beschlagnahmte die Patente und schuf den „Airplane Patent Pool“. Er enthielt alle für die Flugzeugentwicklung relevanten Erfindungen. Jede beteiligte Firma durfte sich bedienen. Wer ein Patent nutzte, musste an den Patentinhaber eine Gebühr zahlen, und Patente für neue Erfindungen mussten ebenfalls in den Pool eingespeist werden. Das System funktionierte wunderbar: Die Regierung bekam ihre Flugzeuge und die beteiligten Firmen waren ebenfalls zufrieden, obwohl sie zuvor nicht gefragt worden waren – der Patentpool war eine Zwangsmaßnahme des Staates mit Hilfe von Zwangslizenzen.

Essential Inventions neues Konzept

Lässt sich dieses Modell auf die Versorgung mit AIDS-Medikamenten übertragen? Ja, sagen Vertreter von *Essential Inventions*.⁸ Die gemeinnützige US-Organisation hat im Januar 2005 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNAIDS ihr Konzept für

einen Patentpool vorgelegt, der armen Ländern zu günstigen AIDS-Medikamenten verhelfen und dabei die gesamte Problematik um Patentschutz, Zwangslizenzen und TRIPS-Abkommen lösen soll.⁹ *Essential Inventions* schlägt vor, den AIDS-Patentpool in Form einer gemeinnützigen Vereinigung zu gründen. Diese würde in Zusammenarbeit mit dem Global Fund und UNAIDS festlegen, welche Medikamente (bzw. welche dazugehörigen Patente) unverzichtbar für ein globales Handlungskonzept sind. Die Patentinhaber werden dann aufgefordert, ihre Patente in den Pool einzuspeisen. Falls sie das nicht innerhalb von 90 Tagen freiwillig tun, werden geeignete Länder gebeten, Zwangslizenzen zu verhängen, die dann ebenfalls in den Pool eingespeist werden.

Ziel ist dabei die Schaffung eines Pools mit allen wichtigen Patenten zur Herstellung von AIDS-Medikamenten. Zugang zum Pool haben alle armen Länder, die nach Klassifizierung der Weltbank nicht zu den „Ländern mit hohem Einkommen“ gehören, sowie Hersteller, die für diese Länder AIDS-Medikamente herstellen wollen. Beim Pool würde es sich um so genannte „offene Lizenzen“ handeln. Es gäbe also keine Einschränkungen, wer die Lizenzen nutzen darf - egal, ob es sich um einen Hersteller aus Indien, Brasilien oder einen deutschen Generikaproduzenten handelt. Es gelten nur zwei Grundbedingungen: Die Hersteller müssen das Qualitätssicherungsverfahren der WHO durchlaufen und wer die Lizenzen des Patentpools nutzt, muss eine zuvor festgelegte finanzielle Entschädigung an die Patentinhaber zahlen.

Wenn nun beispielsweise Uganda für sein HIV-Programm Medikamente braucht, schließt die Regierung einen

Vertrag mit dem Patentpool. Zuerst muss geklärt werden, welche ugandischen Patente einer Versorgung mit Generika im Wege stehen. Dann treten die MitarbeiterInnen des Patentpools in Aktion und kümmern sich um die Lizenzvereinbarungen mit den Patentinhabern. Haben alle beteiligten Parteien unterschrieben, ist der Weg frei: die Regierung kann sich die Medikamente entweder bei einem Generikahersteller einkaufen oder in eigenen Fabriken herstellen lassen.

Wer verzichtet freiwillig auf Patente?

Die Vorteile dieses Konzepts liegen auf der Hand: Durch den Patentpool

und die einfache Lizenzvergabe würde ein neuer, qualitätsgesicherter Generikamarkt für AIDS-Medikamente entstehen, der den Zugang zu Medikamenten nachhaltig verbessert. Die Produkte wären preiswert und die Flexibilität des Systems ermöglichte die beschleunigte Entwicklung neuer Präparate, für die dringender Bedarf besteht: Fixkombinationen,¹⁰ Formulierungen für Kinder, wärmestabile Produkte – solchen realen Anforderungen und Bedürfnissen wird die Forschung bisher kaum gerecht.

Aber was könnte die Pharmakonzerne dazu bewegen, ihre gewinnträchtigen Patente freiwillig in einen Pool zu

geben? Ein Instrument, das erklärmaßen die Preise senken und den Generikamarkt anheizen soll? Der Patentpool kann aus zwei ganz unterschiedlichen Gründen für Unternehmen interessant sein. Zum einen hat die Beteiligung am Patentpool eine Innenwirkung, sie kann der eigenen Forschung dienen. Denn wer Patente in den Pool gibt, darf sich auch bei den Patenten der anderen bedienen. Hier fließen ebenfalls festgelegte Lizenzgebühren. Und wer aus einem Patent der Konkurrenz etwas Neues entwickelt hat, muss dieses Patent ebenfalls wieder in den Pool einbringen. Dieses Vorgehen erleichtert die eigene Forschung. Nicht minder wichtig ist die Außenwirkung: Patente für die Dritte Welt zur Verfügung zu stellen, ist gut für das Image. Und man muss es nicht mal umsonst tun. Wer sich am Pool beteiligt, erhält für den Fall der Nutzung eines Patents Lizenzzahlungen. Und diese Sicherheit sollen im Endeffekt alle beteiligten Parteien haben. Der Patentpool übernimmt einen Großteil der Formalitäten, vermittelt zwischen Ländern, Patentinhabern, Herstellern und Exporteuren und kümmert sich um die Einhaltung rechtsgültiger Vereinbarungen.

Die Idee eines Patentpools für AIDS-Medikamente ist nicht so ungewöhnlich, wie sie vielleicht scheint. Immer mehr ForscherInnen im biomedizinischen Bereich beklagen sich über die lähmende Wirkung des Patendickichts. Innerhalb der Weltgesundheitsorganisation wird z.B. über einen Patentpool zur Entwicklung eines SARS-Impfstoffs diskutiert.¹¹

Klar ist, dass ein Patentpool nicht grundsätzlich am Dogma des Patentschutzes rüttelt. Dennoch muss dieses Modell weiter diskutiert werden. Es könnte ein relativ schnell umsetzbarer erster Schritt zu einer deutlichen Kostensenkung sein. (CW)

Offener Brief an die Weltgesundheitsorganisation:

Pharmaforschung braucht einen Richtungswechsel

Ein grundsätzlicher Strukturwandel in der Forschung ist nötig, damit die Entwicklung neuer Arzneimittel im Interesse der Allgemeinheit geschieht. In einem offenen Brief an die WHO¹² legte die BUKO Pharma-Kampagne zusammen mit anderen Erstunterzeichnern einen Entwurf zur Neustrukturierung der Pharmaforschung vor. Das Papier soll eine Diskussion bei der Weltgesundheitsorganisation anstoßen.

Das bestehende weltweite System der Arzneimittelentwicklung weist etliche grundlegende Mängel auf. Eine stetig wachsende Zahl von multilateralen, bilateralen und regionalen Abkommen setzt fast ausschließlich auf geistige Eigentumsrechte als Triebfeder für die Forschung. Ebenso wird in vielen Ländern versucht, mit dem Argument der Forschungsförderung Preiskontrollen auf dem Arzneimittelmarkt abzuschaffen oder stark einzuschränken. All diese Maßnahmen haben das gleiche Ziel: sie sollen die Arzneimittelpreise erhöhen, damit Pharmaunternehmen mehr Geld in die Entwicklung neuer Medikamente investieren.

Teure Medikamente und ein starker Patentschutz haben aber einen hohen Preis für die Gesellschaft:

- ◆ Der Zugang zu Medikamenten wird behindert
- ◆ Profitorientierte Investitionen in Produkte ohne therapeutischen Mehrwert
- ◆ Teure und irreführende Vermarktung von Arzneimitteln
- ◆ Folgeforschung wird durch Patente erschwert
- ◆ Kaum Investitionen in Forschung zu Krankheiten, die keinen großen Markt bieten

Vor diesem Hintergrund beteiligt sich die BUKO Pharma-Kampagne an der Entwicklung von Eckpunkten für ein Forschungssystem, das Wissenschaft im öffentlichen Interesse betreibt und eine breite Verfügbarkeit von Therapien zum Ziel hat. Koordiniert durch das US-amerikanische Consumer Project on Technology entwickelten verschiedene Gruppen in den vergangenen zwei Jahren den Entwurf für einen internationalen Rahmenvertrag,¹³ der am 24. Februar 2005 offiziell der WHO zur Diskussion und Stellungnahme übergeben wurde.

Der Entwurf sieht den Abschluss eines internationalen Abkommens zur Entwicklung neuer Arzneimittel vor. Alle unterzeichnenden Staaten verpflichten sich zur Beteiligung an einer Pharmaforschung, die Produkte im Interesse der Allgemeinheit entwickelt. In einem transparenten öffentlichen Prozess werden Forschungsprioritäten festgelegt, zu denen die Vertragspartner auf unterschiedliche Weise beitragen können (z.B. eigene Forschung, Finanzierung von Fremdprojekten, Durchführung klinischer Studien). Die Maßnahmen werden nach einem Punktesystem unterschiedlich bewertet. So kann das vertraglich vereinbarte Forschungsziel auf verschiedene Weise erreicht werden. Oberstes Ziel ist die Entwicklung von Medikamenten als öffentliches Gut. Deshalb werden solche Maßnahmen besonders hoch bewertet, die diesem Ziel am stärksten dienen, z.B. Entwicklung patentfreier Medikamente, Öffnung bislang nutzungsbeschränkter Datenbanken, Technologietransfer in Länder des Südens etc. Durch die Einbindung möglichst vieler Partner – ausdrücklich auch ärmerer Länder – wird die Forschungslast weltweit gerechter verteilt. Gleichzeitig wird eine nachhaltige Forschungsfinanzierung etabliert, die sich eindeutig nach dem tatsächlichen Bedarf richtet und nicht danach, ob ein Bereich hohe Gewinne abwirft. (CW)

8 Der Begriff ist schwer treffend zu übersetzen, etwa: Unentbehrliche Entdeckungen

9 www.essentialinventions.org

10 Die Mischung mehrerer Wirkstoffe in einer Tablette kann bei AIDS sinnvoll sein, weil eine große Zahl von PatientInnen einen identischen Cocktail mehrerer Wirkstoffe brauchen. PatientInnen, müssen so täglich wesentlich weniger Tabletten einnehmen.

11 www.who.int/entity/intellectualproperty/events/en/JamesSimon.pdf

12 www.cptech.org/workingdrafts/24feb05WHOen.pdf

13 www.cptech.org/workingdrafts/rndtreaty4.pdf

COX-2 Hemmer weiter in Kritik

Nach dem spektakulären Rückzug des Rheumamittels Rofecoxib (Vioxx®) sind weitere Medikamente aus der Gruppe der COX-2 Hemmer ins Gerede gekommen. Forderungen nach dem Rückzug aller Mittel dieser Substanzklasse werden laut, doch die Behörden handeln nur zögerlich.

Ende September 2004 wurde Rofecoxib wegen häufiger Herz-Kreislaufschäden vom Hersteller vom Markt genommen. Vermutlich waren bis dahin allein in den USA über 100.000 PatientInnen geschädigt worden.¹⁴ Wenige Wochen nach dem Rückzug von Rofecoxib warnte die US-Arzneimittelbehörde FDA im Dezember 2004 vor Risiken für das Herz-Kreislaufsystem bei Valdecoxib.¹⁵ Anfang Februar 2005 veröffentlichte die Behörde eine Bewertung zu Parecoxib vom Dezember 2000, die schon damals zum Schluss kam, den Wirkstoff wegen schlecht belegter Wirksamkeit und seiner Risiken in den USA nicht zuzulassen.¹⁶

Angeblich sollen die COX-2 Hemmer besser magenverträglich sein als ältere Rheumamedikamente. Dies wäre der einzige Vorteil der sogenannten Coxibe, denn wirksamer als die etablierten Mittel sind sie nicht. Aber mit der besseren Verträglichkeit ist es nicht weit her. Die scheinbar vorteilhaften Daten für Celecoxib beruhten auf einer Datenfälschung. Bei der Veröffentlichung in der angesehenen Medizinzeitschrift JAMA waren einfach die Studiendaten des ersten Halbjahres auf das ganze Jahr hochgerechnet worden, obwohl die Ergebnisse des ganzen Jahres bereits vorlagen. Die Daten, die der Hersteller an die FDA gegeben hatte, ließen den Schwindel dann auffliegen. Nach einem Jahr gab es gar keine bessere Magenverträglichkeit von Celecoxib mehr.¹⁷ Auch für Etoricoxib sieht es nicht viel besser aus: Die FDA beurteilte die Verträglichkeitsvorteile der in den US nicht zugelassenen Substanz als „marginal“.¹⁸

Die europäische Arzneimittelzulassungsbehörde EMEA beurteilte im Juni 2004 die Vorteile in der Magenverträglichkeit aller COX-2 Hemmer als vernachlässigbar: „Die verfügbaren Daten haben gezeigt, dass im Vergleich zu konventionellen NSAR¹⁹ kein wesentlicher und konsistenter Vorteil von COX-2-Hemmern nachgewiesen werden konnte.“²⁰

Eine besondere Note enthält die Bewertung von Etoricoxib (Arcoxia®) durch die FDA. Die Substanz stammt vom Vioxx®-Hersteller MSD. Nach dem Rückzug von Vioxx® bewarb MSD Arcoxia® mit dem Slogan, das Mittel habe ein „Vorteilhaftes gastrointestinales und kardiovaskuläres Verträglichkeitsprofil“.¹⁸ Nach dem Urteil der FDA schneidet Etoricoxib aber schlechter ab „als alle Vergleichsmittel“.^{18,21}

Mit Spannung war eine Anhörung zu den COX-2-Hemmern der US-Zulassungsbehörde FDA Mitte Februar 2005 erwartet worden. Wenig überraschend wurde dort bestätigt, dass alle drei in den USA zugelassene COX-2-Hemmer ein erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bergen. Dabei gab es allerdings unterschiedliche Meinungen über die einzelnen Mittel: Die Abstimmung über das gegenwärtig vom Hersteller zurückgezogene Rofecoxib fiel mit 17 zu 15 äußerst knapp zugunsten des Mittels aus. Nicht viel besser schnitt Valdecoxib (Bextra®) mit 17 zu 13 ab. Einzig bei Celecoxib war die Abstimmung mit 31 zu 1 eindeutig. Für alle Mittel wurde eine starke Einschränkung ihrer Anwendung empfohlen. Die FDA wird erst im April ihre Entscheidung treffen, aber meist folgt sie den Ergebnissen der Anhörung. Ein ernstes Problem deckte aber die New York Times auf: Zehn der beteiligten 32 Experten hatten finanzielle Verbindungen zu den betroffenen Herstellern. Hätten sie nicht mit abgestimmt, wäre die Entscheidung für zwei von drei Substanzen negativ ausgefallen (für Rofecoxib 8 gegen 14, für Valdecoxib 8 gegen 12). Auffällig ist das Abstimmungsverhalten der Experten mit Interessenkonflikten allemal: Insgesamt gaben sie für die drei betroffenen Substanzen 30 Stimmen ab, davon waren 28 für die Weitervermarktung. Bei den anderen 22 Experten sah das deutlich anders aus, von ihren 66 abgegebenen Stimmen waren nur 37 gegen ein Verbot. Auch von diesen 22 Experten

hatten 17 Verbindungen zu (anderen) Pharmafirmen.²²

Die europäische Arzneimittelbehörde EMEA verfügte am 17. Februar vorläufige Anwendungseinschränkungen für COX-2-Hemmer. Sie sollen nicht mehr bei PatientInnen angewandt werden, die eine koronare Herzkrankheit haben oder einen Schlaganfall erlitten haben. PatientInnen mit erheblichen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollen die Mittel nur noch nach sorgfältiger Nutzen-Risikoabwägung erhalten. Das betrifft Menschen mit hohem Blutdruck, hohen Blutfettwerten, Diabetes und RaucherInnen. Außerdem soll die Anwendung nur noch möglichst kurz und in möglichst niedriger Dosierung stattfinden. Die EMEA will eine endgültige Bewertung vornehmen, wenn (voraussichtlich im April) weitere Studien vorliegen.²³

Ob diese Maßnahmen beherzigt werden und ob sie ausreichen, die Risiken dieser Substanzgruppe einzudämmen, ist zweifelhaft. Die US-Verbrauchergruppe *Public Citizen* forderte die FDA auf, alle noch auf dem US-Markt verbliebenen Cox-2 Hemmer²⁴ vom Markt zu nehmen.²⁵ Das *arznei-telegramm* fordert auch hierzulande den Rückzug aller COX-2 Hemmer. Für eine Substanzgruppe, die nach derzeitigem Kenntnisstand keine echten Vorteile, aber gravierende Risiken birgt, eine richtige Forderung. (JS)

14 Nach Risiken fragen Sie besser nicht. *Pharma-Brief* 9-10/2004, S. 1-2

15 FDA Talk Paper T04-56. 9 December 2004 www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01331.html

16 Parecoxib Sodium NDA 21-294 Medical Officer Review. Review Date 1 December 2000 www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4090B1_01_CC-FDA-Tab-Q.htm

17 Datenmanipulationen zu Gunsten der Cox-2-Hemmer in VIGOR und CLASS. *arznei-telegramm* 9/2001, S. 87-88

18 FDA: Cox-2-Hemmer Etoricoxib (ARCOXIA) besonders schlecht verträglich. *arznei-telegramm* 2/2005, S. 22

19 NSAR= Nichtsteroidale Antirheumatika

20 www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/celecoxib/DE%20Celecoxib.pdf

21 www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4090B1_31_AA-FDA-Tab-T.pdf

22 CSPI. Conflicts of Interest on COX-2 Panel. 25 February 2005 www.cspinet.org/new/200502251.html

23 EMEA. European Medicines Agency announces regulatory action on COX-2 inhibitors. Public statement 17 February 2005

24 In den USA sind nur Valdecoxib und Celecoxib erhältlich.

25 www.citizen.org/publications/release.cfm?ID=7358&secID=1678&catID=126

Demenzmittel schadet

Im Dezember berichteten wir im *Pharma-Brief* über fragwürdige Medikamente gegen Alzheimer-Demenz (Donepezil u.a.).²⁶ Sie bieten bestenfalls einen marginalen Nutzen, bergen aber erhebliche Risiken. Das *arznei-telegramm* berichtet jetzt über Warnungen aus Kanada zu Risiken des Alzheimer-Mittels Galantamin.²⁷ In einer zweijährigen Studie zur Behandlung von geringen Gedächtnisstörungen starben unter Galantamin dreimal so viele PatientInnen wie unter Plazebo.²⁸ Das *arznei-telegramm* sieht Parallelen zu dem häufig verschriebenen Donepezil, da beide Mittel auch auf das Herz-Kreislaufsystem wirken. Weil es keine überzeugenden Studien zum Langzeitnutzen und der Sicherheit der Medikamente gibt, rät die Zeitschrift derzeit von der Anwendung ab. (JS)

Resistenzen durch Grippemittel

Das Mittel Oseltamivir (Tamiflu[®]) hat einen bestenfalls bescheidenen Nutzen gegen Influenza, schwerwiegende Komplikationen oder Todesfälle lassen sich mit Oseltamivir nicht verhindern.²⁹ Jetzt wurde bekannt, dass sich unter der Behandlung mit dem Medikament vermehrt Resistenzen bilden. Eine japanische Arbeitsgruppe fand heraus, dass bei 18% der mit Oseltamivir behandelten Kinder Virusmutationen stattfanden. In fast allen Fällen führte das zur Resistenzbildung gegen den Wirkstoff. Die Virusmutationen treten häufiger bei jüngeren Kindern auf und führen zu einer längeren Ausscheidung ansteckender Sekrete. Wie ansteckend diese Viren sind, ist noch nicht bekannt.³⁰ (JS)

26 Alzheimer: Geschäfte mit dem Vergessen. *Pharma-Brief* 9-10/2004, S. 4-5

27 Übersterblichkeit unter Alzheimer-Mittel Galantamin (Reminyl) *arznei-telegramm* 2/2005, S. 24

28 Sterblichkeit: 15 von 1000 PatientInnen unter Galantamin und 5 von 1000 unter Plazebo

29 Prophylaxe und Therapie der Virusgrippe mit Oseltamivir (Tamiflu)? *arznei-telegramm* 10/2002, S. 98-100

30 Resistenzen gegen Oseltamivir (Tamiflu) häufiger als vermutet: *arznei-telegramm* 9/2004, S. 97



Deutschland

Gesundheitskosten überschätzt

In der Debatte über die wirtschaftliche Lage in Deutschland wird immer wieder auf die angeblich negativen Folgen der hohen Krankenversicherungskosten verwiesen. Die Zahlen sprechen eine andere Sprache.

Im Auftrag der Techniker-Krankenkasse untersuchten zwei angesehene Institute die Belastung der Arbeitgeber durch Krankheitskosten.³¹ Einschließlich Krankengeld liegen die gesundheitsbedingten Arbeitgeberbelastungen mit 3,2% der Produktionskosten gleichauf mit den USA. Im internationalen Vergleich lassen sich keine Zusammenhänge zwischen Krankheitskosten und wirtschaftlicher Entwicklung erkennen. Sowohl Länder mit höheren als auch mit niedrigeren Kosten sind wirtschaftlich erfolgreicher als Deutschland.

In der Endstufe der Gesundheitsreform 2007 werden die Arbeitgeber mit acht Mrd. € bereits erheblich entlastet, dennoch werden die Produktionskosten dann nur um zwei Promille sinken. Nach Branchen differenziert berechnet wird deutlich, wie gering der Einfluss von Einsparungen im Gesundheitswesen auf die Verbraucherpreise ist. So könnte ein VW Golf um 28,88 € billiger werden, eine 200 € teure Versicherungspolice um 37 Cent.

Diese Zahlen sprechen natürlich nicht dagegen, das Gesundheitssystem wirtschaftlicher zu machen. Doch sollte dies durch Verbesserung der Qualität geschehen und nicht durch Einsparungen auf dem Rücken der Kranken. Als Instrument der Wirtschaftsförderung taugen Kürzungen bei der Krankenversicherung jedenfalls nicht. (JS)

31 IGES und BAYSS. Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. 26.10.2004 www.iges.de/e1871/e1875/e2098/e2113/Versionpos_tfinal041025_ger.pdf

Gericht verbietet Pfizer Rabatte auf Sortis[®]

Pfizer will den Preis seines Cholesterinsenkers Atorvastatin (Sortis[®]) nicht auf den Festbetrag absenken. Dadurch kommen auf PatientInnen erhebliche Zuzahlungen zu. Als PR-Aktion wollte Pfizer PatientInnen die Mehrkosten erstatten, um damit den hohen Preis letztlich doch zu sichern. Dies, obwohl Atorvastatin keine Vorteile gegenüber den zum Festbetrag erhältlichen Mitteln bietet (wir berichteten³²).

Das Landgericht Karlsruhe untersagte auf Antrag der Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs dem Hersteller jedoch diese Erstattung als unzulässige Rabattaktion. Es bewertete das „Partner-Programm“ von Pfizer als produktspezifische Absatzwerbung, die das Heilmittelwerbegesetz verbietet. Die Maßnahmen richteten sich aber nicht nur an PatientInnen, sondern auch an ÄrztInnen und ApothekerInnen, sie kämen unmittelbar dem Umsatz von Sortis[®] zugute und stellten deshalb eine Wettbewerbsbeeinträchtigung dar.³³ (JS)

32 Pfizer verschenkt Geld. *Pharma-Brief* 1/2005 S. 7

33 Gericht verbietet Pfizer Rabatte auf Medikamente. *Financial Times Deutschland* 11.2.2005

Impressum

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

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

Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Claudia
Jenkes, Christian Wagner, Hedwig Diekwisch, Christiane
Fischer

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

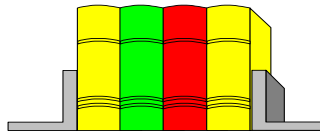
Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



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



Bücher

Deutsche Kolonialmedizin

Als Abenteuerer und selbstlos sich aufopfernde Urwald-Doktoren im Kampf gegen die Übermacht der tropischen Krankheitserreger – so stellt man sich noch heute das Wirken der Mediziner zu Zeiten der Kolonialgeschichte vor. Doch die Realität in den deutschen Kolonien sah zu Beginn des 20. Jahrhunderts oft ganz anders aus. Auf rund 600 Seiten schildert der Medizinhistoriker Wolfgang Eckart in seinem Buch *Medizin und Kolonialimperialismus Deutschland 1884-1945* sehr anschaulich die Situation in den Kolonialgebieten Afrikas und in den pazifischen Schutzgebieten. Dabei analysiert der Autor sehr differenziert die Rollen der unterschiedlichen Akteure: Welche Motivation hatten etwa die Kolonialvereine oder Militärärzte? Wie äußerte sich die zwiespältige Stellung der kirchlichen Mission zwischen Vaterlandstreue und Fürsorgepflicht für Eingeborene? Insgesamt ergibt sich ein sehr geteiltes Bild der deutschen Tropenmedizin. Sie sollte vor allem die Arbeitsfähigkeit der Menschen zum Wohl des deutschen Reiches erhalten. Das Verhalten der Mediziner und deren HelferInnen war dabei oft durch offenkundigen Rassismus geprägt. Selbst namhafte Wissenschaftler wie Robert Koch machten nicht halt vor zweifelhaften Menschenversuchen: So empfahl Koch „Konzentrationslager“ für PatientInnen mit Schlafkrankheit einzurichten, um dadurch die Ansteckungsgefahr zu verringern und um dort wenig wirksame, aber hoch toxische medikamentöse Behandlungen zu testen. Solchen unmenschlichen Projekten stehen die Aktivitäten von engagierten MedizinerInnen gegenüber, die viel für den Aufbau einer medizinischen Versorgung der Einheimischen geleistet haben.

In einem eigenen Kapitel untersucht Eckart, wie die Kolonialideologie auch nach dem Verlust der deutschen Kolonien 1918 die Forschungsaktivitäten

vieler patriotischer WissenschaftlerInnen geprägt hat. Seine Auseinandersetzung mit dem Kolonialrevisionismus und die Querbezüge zur Rassenideologie des Nationalsozialismus legen eindrucksvoll offen, wie stark Medizingeschichte von sozialen Konflikten und politischen Interessen geprägt ist. (CW)

📖 Wolfgang U. Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus Deutschland 1884-1945*. Schöningh, Paderborn 1997. 640 Seiten. 19,90 €. ISBN: 3-506-72181-X

ABC der Schlankmacher

Schlankmacher sind ein boomender Markt: Allerlei Wundermittelchen, Enzympräparate, „Fettblocker“, „Glyxdiät“ und „Herbalife“ wetteifern um die Gunst der KonsumentInnen, die gerne einige Kilo abspecken wollen. Doch was ist nur Werberummel, was taugt wirklich? Das „ABC der Schlankmacher“, herausgegeben von der Verbraucherzentrale NRW, liefert den notwendigen Durchblick: In übersichtlichen Steckbriefen werden nahezu 100 Mittel, Therapien und Diäten bewertet. Das Verbraucherlexikon deckt damit die aktuelle Angebotspalette ab und informiert detailliert über Wirkprinzipien, Kosten und gesundheitliche Risiken. Um Diätwilligen einen frustrierenden Jojo-Effekt zu ersparen, werden vor allem Nachhaltigkeit und Wirkungsdauer der einzelnen Therapien ausführlich beschrieben. Die LeserInnen erfahren aber auch, ob die Wirksamkeit der jeweiligen Therapie durch klinische Studien belegt ist.

Das „ABC der Schlankmacher“ ist ein hilfreiches Buch, das die Spreu vom Weizen trennt und dabei auch unbequeme Wahrheiten ausspricht: „Medikamente und Schlankheitsmittel können, falls überhaupt, immer nur eine untergeordnete Rolle bei einer Gewichtsabnahme spielen.“ Entscheidend sei dagegen das Erlernen eines gewichtsverträglicheren Essverhaltens, die Verbesserung des Bewegungsverhaltens und damit verbunden eine Änderung des persönlichen Lebensstils. (CW)

📖 *ABC der Schlankmacher*. Hrsg. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf 2004. 224 Seiten, Preis 9,80 €. ISBN 3-933705-91-6

Medikamente außer Kontrolle?

„Das Vertrauen in den Nutzen von Medikamenten basiert zum Teil auf einem mythischen Glauben, der durch Geheimniskrämerei und fehlende öffentliche Kontrolle aufrecht erhalten wird.“ Diese harten Worte stammen von den AutorInnen des Buchs *Medicines out of control?* Am Beispiel der Antidepressiva machen Charles Medawar und Anita Hardon deutlich, dass mit der Medikamentenkontrolle etliches im Argen liegt. Das Buch ist voll von bislang meist unbekanntem Fakten und Hintergründen und zeigt auf, wo Veränderungen ansetzen müssten. (JS)

📖 Charles Medawar & Anita Hardon *Medicines out of control?* Amsterdam 2004 Preis: 27,50 € ISBN 90-5260-134-8

Arzneipreise im Vergleich

Die Arzneimittelpreise in verschiedenen europäischen Ländern unterscheiden sich teilweise deutlich. Doch all zu häufig werden die Preise in Europa nicht untersucht. Solche Untersuchungen sind aufwendig und methodisch schwierig. Die Pharmaindustrie hat daran kein besonderes Interesse, ist es doch der Öffentlichkeit schwer zu vermitteln, warum identische Arzneimittel in Spanien oft deutlich weniger kosten als z.B. in Deutschland. Das *Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG)* hat vorhandene Preisvergleiche unter die Lupe genommen. Je nach Methodik können die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Werden z.B. bei einer Untersuchung im Warenkorb auch Generika berücksichtigt, kann ein Land mit einem relativ hohen Anteil solcher preiswerter Nachahmerpräparate relativ günstig abschneiden, obwohl die Markenmedikamente teurer sind als anderswo. Mögliche Einsparpotentiale können dabei übersehen werden. Nicht zuletzt deshalb fordern die Autorinnen der ÖBIG-Studie, dass Untersuchungsmethoden und Auftraggeber offengelegt werden müssen. Vor allem Letzteres ist oft nicht der Fall. (JS)

📖 Ingrid Rosian und Sabine Vogler. *Internationale Arzneimittelpreisvergleiche*. Hrsg.: ÖBIG, Wien 2004. 35 S. ISBN 3-85159-075-9 Preis: 25 € Bestellung: misar@oebig.at Tel.: +43-151561-154



Aus aller Welt

AIDS: Todesstatistik schockt Südafrika

Während die ersten Erfolgsmeldungen über die Behandlung von AIDS-Kranken eintreffen, macht die neue Todesursachen-Statistik Südafrikas die Notwendigkeit eines drastischen Umsterns deutlich. Frauen sind von AIDS besonders betroffen.

Die Zahl der behandelten AIDS-Kranken in Südafrika wächst schnell. Seit Juli 2004 hat sich die Zahl der Behandelten vervielfacht. Im Dezember 2004 wurden bereits 27.000 Menschen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung mit antiretroviralen Medikamenten versorgt. Allerdings ist der Zugang zu der lebensverlängernden Therapie noch sehr ungleich verteilt, über die Hälfte der Behandelten leben in zwei Provinzen des Landes.³⁴

In Südafrika wird immer schneller gestorben. Gab es 1997 noch 318.000 Todesfälle, waren es 2002 schon 499.000, das bedeutet eine Steigerung um 57%. Ein Großteil der Steigerung ist AIDS geschuldet.³⁵ Mit fünf Millionen HIV-Positiven hält das Land einen traurigen Weltrekord. Dabei dürfte die Dunkelziffer nicht nur wegen diagnostischer Mängel erheblich sein, viele Lebensversicherungen zahlen bei Tod durch AIDS nicht.³⁶

Besonders schlimm trifft es jüngere Frauen. 2004 waren unter den 15-19-jährigen 7,6% der Mädchen, aber nur 0,5% der Jungen HIV-positiv. Bei den 20-24-jährigen Frauen sind bereits 24,5% HIV-positiv, bei den Männern gleichen Alters sind es 9,5%.³⁷ Deutliche Hinweise für die größere Gefährdung durch AIDS gibt auch die Todesstatistik: Starben 1997 unter den 25-29-Jährigen noch die Hälfte mehr Männer als Frauen, hat sich das Verhältnis 2003

komplett umgekehrt: Jetzt kommen auf 77 Todesfälle unter Männern dieser Altersgruppe 100 Todesfälle von Frauen.³⁶

Am 16. Februar demonstrierten deshalb in Kapstadt vor dem Parlament 5000 Menschen für eine zügige Ausweitung des Behandlungsprogramms. Sie forderten, dass bis 2006 mindestens 200.000 Menschen Zugang zur AIDS-Behandlung bekommen müssen.³⁵ Gelänge es, die Hälfte aller Bedürftigen zu behandeln, könnte das 2010 bereits über 100.000 Todesfälle verhindern, eine flächendeckende Versorgung könnte doppelt so viele Menschen retten.³⁸ (JS)

AIDS: Rechnungshof rügt US-Regierung

Das Programm zur globalen AIDS-Bekämpfung von US-Präsident Bush (PEPFAR) bleibt in der Kritik. Kürzlich veröffentlichte der US Government Accountability Office (GAO) eine Studie zu den Kosten der Medikamentenauswahl bei PEPFAR.

Der US-Rechnungshof GAO nahm die Folgen der restriktiven Kriterien bei PEPFAR unter die Lupe.³⁹ Nur in den USA zugelassene Medikamente dürfen in dem Hilfsprogramm eingesetzt werden. Die Regelung wurde auf Druck der US-Pharmaindustrie eingeführt. Der GAO stellt fest, dass aufgrund dieser Bestimmungen einige wichtige von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegebene Medikamentenkombinationen zur AIDS-Behandlung bei PEPFAR nicht zur Verfügung stehen. Als mindestens ebenso gravierend werden von dem Rechnungshof die unnötigen Mehrausgaben bewertet. Je nach Therapieschema kostet die Behandlung eines AIDS-Kranken unter PEPFAR zwischen 40 und 368 US\$ mehr als mit preiswerten Generika. Der GAO errechnet daraus für die Standardtherapie Mehrkosten von 170 Millionen US\$ pro 100.000 PatientInnen für fünf Jahre. Da PEPFAR sich zum Ziel gesetzt hat, zwei Millionen AIDS-Kranke zu behandeln, entstehen so enorme Mehrkosten für den Staat. Profitieren wird die große Pharmaindustrie auf Kosten der US-SteuerzahlerInnen. (JS)

Ungarn: Referendum Teilerfolg

Die ungarische Regierung beabsichtigte alle öffentlichen Krankenhäuser zu privatisieren, die BürgerInnen lehnten das Ansinnen mehrheitlich ab.

Die Privatisierungswelle in Ungarn hatte über die Grenzen des Landes hinaus Proteste ausgelöst (wir berichteten⁴⁰). Kritische Gruppen hatten ein Referendum initiiert. Zwei Drittel der BürgerInnen sprachen sich bei der Abstimmung gegen eine Privatisierung der Gesundheitsdienste des Landes aus. Da das Quorum von 25% aller Stimmberechtigten knapp verfehlt wurde, hat das Referendum aber keine bindende Wirkung.⁴¹ (JS)

34 Brief von TAC vom 16.2.2005 mit den Behandlungsstatistiken der Provinzen.
35 TAC electronic newsletter 21 February 2005 www.tac.org.za/newsletter/2005/ns21_02_2005.htm
36 Die Bevölkerung wuchs im gleichen Zeitraum nur um 10%. Michael Wines. AIDS-Linked Death Data Stirs Political Storm in South Africa. New York Times 19 February 2005
37 Dorrington RE, Bradshaw D, Johnson L, Budlender D. The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa. National indicators for 2004. Cape Town: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa. 2004 p 9
38 aaO. p 5
39 Government Accountability Office. Global HIV/AIDS Epidemic. Selection of Antiretroviral Medications Provided under U.S. Emergency Plan Is Limited. Washington January 2005 www.gao.gov/new.items/d05133.pdf
40 Kampagne gegen Privatisierung. Pharma-Brief 8/2004 S. 3
41 Simó Endre. Hungarian referendum results PHA-Europe 8.12.2004

Das Letzte



Öffentlich-private Partnerschaft – gut geschmiert.

Aus dem Posteingang des Pharma-Briefs am 16.3.2005