

# PHARMA- BRIEF



Nr. 3/2005

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

April/Mai 2005

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

## Indien: Behandlung von AIDS-PatientInnen gefährdet

**Indien produziert weltweit die günstigsten AIDS-Medikamente. Nicht nur indische PatientInnen werden mit diesen unentbehrlichen Medikamenten versorgt, sondern auch HIV-Positive in vielen anderen Ländern des Südens. Der TRIPS-Vertrag der Welthandelsorganisation (WTO) zwingt das Land jetzt, seinen Patentschutz auf Arzneimittel massiv zu verschärfen. Das gefährdet die Versorgung der Kranken vor allem mit neueren Medikamenten.**

Nirgends auf der Welt waren Medikamente bislang so günstig wie in Indien. Die meisten Kranken können sich im Gegensatz zu ihren LeidensgenossInnen in anderen armen Ländern Tuberkulosepräparate, Asthmamittel usw. leisten.<sup>1</sup> Indien ist weltweit der wichtigste Lieferant für günstige unentbehrliche Arzneimittel wie z.B. AIDS-Medikamente.<sup>2</sup> Möglich wurde dies durch einen Verzicht auf Wirkstoffpatente auf Arzneimittel (siehe *Indiens Pharmaindustrie* auf S. 2).

Am 23. März 2005 hat Indien den letzten und schwerwiegendsten Schritt vollzogen<sup>3</sup>, sein Recht den Regeln der Welthandelsorganisation (WTO) anzupassen und damit TRIPS konform zu machen. Indien hat dabei Bestimmungen eingeführt, die über das in TRIPS geforderte Mindestmaß hinausgehen. Die vorgesehenen Schutzklauseln werden im indischen Gesetz nicht ausgeschöpft. So war der internationale Pharmaindustrieverband IFPMA auch weitgehend zufrieden.<sup>4</sup> Die transnationalen Konzerne versprechen sich durch das neue Gesetz Zugang zu den 200 Millionen InderInnen, die der Mittelklasse angehören und sich durch den Patentschutz verteuerte Medikamente

leisten können. Die 800 Millionen Armen werden die VerliererInnen der neuen Regelung sein. Durch dieses Gesetz droht langfristig die weltweit günstigste Quelle generischer Medikamente langsam auszutrocknen.<sup>5</sup>

Die US-Regierung hatte durch Streichung von Handelsvorteilen erheblichen Druck auf den indischen Gesetzgeber ausgeübt. Doch der US-Pharmaindustrie gehen die Änderungen im indischen Patentrecht immer noch nicht weit genug. Sie will, dass trotz der erheblichen Änderungen des Patentrechts die Handelssanktionen aufrecht erhalten werden. Am liebsten hätten die Hersteller eine Klage der USA gegen Indien vor dem WTO-Schiedsgericht, doch dafür stehen die Chancen derzeit nicht gut.<sup>6</sup>

### Erfolgreicher Widerstand

Erfolgreiche Lobbyarbeit von indischen und internationalen GesundheitsaktivistInnen konnte für bereits auf dem Markt befindliche Medikamente das Schlimmste verhindern. Sie werden voraussichtlich weiter als billige Generika zur Verfügung stehen. Doch bei neuen Präparaten, die ab 2005 auf den Markt kommen, werden

### Editorial

*Liebe LeserInnen,  
Welthandelsverträge dienen nicht unbedingt dem fairen Handel. Der Leitartikel zeigt am Beispiel Indiens die weitreichenden Folgen für die Versorgung von AIDS-Kranken.*

*Privatisierung und Kommerzialisierung wird in der Politik als Allheilmittel propagiert. Chile gilt als ein Versuchslabor für solche Bemühungen. Die Auswirkungen auf die Krankenversicherung in dem Andenstaat können jedoch als abschreckendes Beispiel dienen (S. 3)*

*Die Ökonomisierung der Arzneimittelkontrolle in Deutschland droht zum düsteren Kapitel für die PatientInnensicherheit zu werden. Künftig sollen die Zuständigen in der neuen industriefinanzierten Agentur nach Leistung bezahlt werden. Je mehr Zulassungen, desto höher das Gehalt? (S. 7) – Wirtschaft ist eben doch nicht alles.*

*Ihr*

*Jörg Schaaber*

- **Krankenversicherung:**  
*Privatisierung keine Lösung .. 3*
- **Pharmaindustrie :**  
*Nützt sie der Gesundheit? ..... 5*
- **Risiken:**  
*COX-2 und kein Ende..... 7*
- **Deutschland:**  
*Sicherheit zum Verkauf ..... 7*

**Tabelle 1: Preisvergleich AIDS-Medikamente<sup>10</sup>**

	<b>1. Generation</b> (3TC, d4T, NVP)	<b>2. Generation</b> (TDF, ddl, LPV/r)	<b>Faktor 2 / 1. Generation</b>
<b>Industrielländer</b>	8773 US\$ /Jahr	13151 US\$ /Jahr	1,5-facher Preis
<b>Arme Länder</b>	154 US\$ /Jahr	3950 US\$ /Jahr	26-facher Preis

preiswerte Kopien lange auf sich warten lassen.

Indische AktivistInnen hatten gemeinsam mit dem *People's Health Movement* (PHM) und vielen Gruppen aus aller Welt – wie dem deutschen *Bündnis gegen AIDS* und der BUKO Pharma-Kampagne – zu einem internationalen Aktionstag gegen die indische Gesetzesvorlage aufgerufen.<sup>7</sup> Auch die HIV/AIDS-Abteilung der WHO und die Vereinten Nationen teilten die Bedenken gegen die indische Gesetzesvorlage und baten das indische Parlament, diese zum Wohle der Armen noch einmal abzuändern.<sup>8</sup>

Mit Demonstrationen, Faxen und Briefen wurden die indische Regierung und die Botschaften weltweit zu einer Verbesserung des Gesetzes aufgefordert. Mit Erfolg: 12 Änderungen im Sinne der Betroffenen wurden in den ursprünglichen Text eingearbeitet.<sup>9</sup>

Das indische Gesetz sieht nach massiven Protesten nun vor, dass Medikamente, die unter einer Zwangslizenz produziert wurden, in andere arme Länder exportiert werden können, die das Medikament brauchen.

Auch erhalten Arzneimittel die bereits produziert werden, automatisch eine Zwangslizenz. Damit können preiswerte Generika weiter produziert werden und bleiben für die Betroffenen erhalten. Diese Regelung ist sehr wichtig, denn seit 1995 konnten Hersteller Patentansprüche in einer sogenannten Mailbox anmelden. Diese ca. 7000 Medikamente erhalten ab 2005 die Restlaufzeit des 20-jährigen Patentschutzes.<sup>11</sup> Ungeklärt ist allerdings die genaue Höhe der zu zahlenden Lizenzgebühren, weil das indische Gesetz keine Vorgaben macht. Diese Regelung lässt Preissteigerungen von Generikapräparaten, die zwischen 1995 und 2004 in Indien auf den Markt kamen, befürchten. In Südafrika verlangte GlaxoSmithKline bei einer ähnlichen Rechtslage 30% Lizenzgebühren. Erst

nach öffentlichen Protesten und der Einschaltung der Wettbewerbskommission lenkte der Hersteller ein.<sup>12</sup> Der Zugang der Armen zu unentbehrlichen Medikamenten dürfte sich daher verschlechtern.

**Neue Mittel werden teuer**

Für neue Medikamente die ab 2005 auf den Markt kommen, gilt die generelle Zwangslizenzierung jedoch nicht. Sie werden zukünftig nicht mehr so einfach günstig nachproduziert werden können, da sie auch in Indien patentgeschützt sein werden. Für AIDS-Kranke ist dies eine Frage von Leben und Tod: Nach einigen Jahren wirkt die erste Generation von Medikamenten bei etlichen PatientInnen nicht mehr, denn das Virus wird unempfindlich (resistent). AIDS-Kranke müssen dann auf die nächste Medikamentengeneration wechseln. Doch während PatientInnen die erste Generation dank der indischen Generikaproduzenten für 154 €US\$ / Jahr bekommen können, kostet sie die zweite Generation selbst zu ermäßigten Preisen unbezahlbare 4.000 €US\$ / Jahr. Denn sie wird bislang nur von den Originalherstellern angeboten (Tabelle 1). Viele PatientInnen können zu solch hohen Kosten nicht weiter behandelt werden. Durch strengeren Patentschutz wird es über lange Zeit keine Generikaversionen von Medikamenten der zweiten Generation geben. Die Originalhersteller werden darum wenig Veranlassung spüren, die Preise dieser überlebensnotwendigen Arzneimittel weiter zu senken.

Ambivalent sind die Anforderungen an die Patentierbarkeit im neuen indischen Gesetz. Zwar gilt es als Erfolg, dass im Allgemeinen keine neuen Anwendungsgebiete einer bekannten Substanz oder geringfügige chemische Veränderungen patentiert werden können, doch die Begriffswahl im Gesetz ist schwammig. Deshalb könnte es Herstellern doch gelingen, durch leichte Veränderungen „alte“ Medikamente zu „neuen“ patentierbaren zu machen.

Patente auf unentbehrliche Arzneimittel bedrohen die Gesundheit der HIV-Infizierten Indiens und anderer armer Länder. Der Fall Indiens zeigt, dass eine kritische Begleitung nationaler Gesetzgebung unerlässlich ist. Dennoch war der Handlungsspielraum für Verbesserungen begrenzt. Letztlich muss der TRIPS-Vertrag so verändert werden, dass er dem Wohl der Menschen und nicht den Interessen der Industrie dient. (CF)

**Indiens Pharmaindustrie: Erfolgsgeschichte vor dem Aus?**

Die Standard AIDS-Therapie, die in Industrieländern ca. 9.000 US\$ pro Jahr und PatientIn kostet, produzieren indische Firmen für 154 US\$. Ursache dafür war das 1970 eingeführte Patentrecht, das die nationale Pharmaproduktion stärken sollte und so die Preise absenkt. Nicht der Wirkstoff war patentierbar, sondern nur der Produktionsprozess. Patente galten nur für sieben Jahre. Der Staat konnte jedes Produkt zum Wohl der öffentlichen Gesundheit mit einer Lizenz auch gegen den Willen des Patentinhabers belegen (Zwangslizenz). In Folge dieses Patentrechts boomten indische Pharmaunternehmen, die neue Medikamente oft schon nach zwei bis vier Jahren zu einem Bruchteil des Preises der Originalanbieter produzierten (Tabelle 2). Während vor 1970 nur sechs der größten Firmen einheimische Hersteller waren, sind es derzeit zwölf.

**Tabelle 2: Preisvergleich Indien, Pakistan, USA,<sup>13</sup>**  
(jeweils 10 Tabletten / Kapseln)

<b>Wirkstoff</b>	<b>Preis in US\$</b>		
	<b>Indien</b>	<b>Pakistan</b>	<b>USA</b>
Ciprofloxacin 500 mg (Antibiotikum)	0,62	9,31	62,91
Diclofenac 50 mg (Rheumamittel)	0,08	1,86	14,83
Zivudine 100 mg (gegen AIDS)	1,69	6,89	15,29
Atenolol 30 mg (Blutdrucksenker)	0,16	1,58	16,79

# Chile – Ein Laboratorium für die Krankenversicherung

## Zuzahlung und Privatisierungen lösen Probleme nicht

Das indische Patentrecht war im Sinne der PatientInnen. Den multinationalen Pharmaunternehmen war es jedoch ein Dorn im Auge. So drängten sie seit Ende der 80er Jahre auf eine Änderung des indischen Rechts. Mit Gründung der Welthandelsorganisation (WTO) 1995 wurden alle WTO-Mitgliedsstaaten gezwungen, auch auf Medikamente einen mindestens 20-jährigen Patentschutz einzuführen. Dies schreibt das Abkommen zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS) vor.

Die ärmsten Länder haben bis 2016 Zeit, die WTO-Bestimmungen in nationales Recht umzusetzen. Die Frist für Schwellenländer wie Indien ist am 1.1.2005 abgelaufen. Sukzessive passte Indien in den 90er Jahren sein Patentsystem dem WTO-Standard an, konnte aber bis letztes Jahr dennoch weiter günstige Generika herstellen. Diese Möglichkeiten werden durch das jetzt verabschiedete neue Patentrecht beschnitten. (CF)

**Die Diskussionen über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland stehen erst am Anfang. Von vielen Seiten werden dabei Privatisierung, Eigenbeteiligung und Wettbewerb als geeignete Lösung präsentiert. Ein Blick über den Gartenzaun sollte diese Modernisierer nachdenklich stimmen: Vieles, was heute in Deutschland debattiert wird, hat Chile bereits vor über 20 Jahren konsequent umgesetzt. Der Gesundheitswissenschaftler Jens Holst hat die nachteiligen Folgen für die Versorgung in Chile und anderen Ländern untersucht. Rückschlüsse auf die deutsche Situation sind evident.**

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hat in Deutschland zu spürbaren Mehrbelastungen für Kranke geführt. Praxisgebühr, Erhöhung von Zuzahlungen, Abschaffung der Erstattung von rezeptfreien Arzneimitteln und die Abwälzung der Beiträge für zahnärztliche Behandlung auf die Versicherten sind bekannte Beispiele. Als Begründung für die Finanznot der gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder die alternde Bevölkerung genannt.

Sieht man davon ab, dass die demographische Entwicklung ein Einnahmeproblem darstellt (mehr RentnerInnen und weniger BeitragszahlerInnen), führt eine höhere Lebenserwartung nicht zu wesentlich mehr Leistungen. Zwar nehmen die Gesundheitsausgaben mit dem Alter leicht zu, aber die höchsten Kosten entstehen unabhängig vom Alter in den letzten Lebensmonaten.

Panik ist in der Debatte um die Finanzierung der Krankheitskosten also nicht angesagt. Eine breitere Beitragsbasis z.B. durch eine Bürgerversicherung könnte die Einnahmeprobleme lösen - Besorgnis sollte aber die zunehmende Privatisierung des Krankheitsrisikos erregen. Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang die Untersuchungen des Arztes und Gesundheitswissenschaftlers Jens Holst, der sich seit Jahren intensiv mit der Privatisierung in Chile und vielen anderen Ländern befasst.

Chile hatte unter der Militärdiktatur Anfang der 1980er Jahre begonnen, sein Gesundheitswesen nach neoliberalen Ideen umzugestalten. Die staatliche

Krankenversicherung bekam Konkurrenz von privaten Versicherungen, den ChilenInnen wurde freigestellt, wo sie sich versichern. Private Anbieter locken mit scheinbar günstigen Tarifen, die Versicherungsbedingungen waren und sind aber ziemlich undurchschaubar. Da die Versicherungen die Bedingungen nach kommerziellen Gesichtspunkten relativ frei gestalten konnten, bekamen arme Versicherte nur sehr ungünstige Verträge mit zahlreichen Ausschlüssen und Zuzahlungsklauseln. Nur mit hohen Extraprämien können sie sich eine zusätzliche Absicherung erkaufen. Wenn schon fixe Zuzahlungen im Krankheitsfall eine erhebliche Belastung darstellen können, sind prozentuale Zuzahlungen für Versicherte völlig unberechenbar. Darüber hinaus gibt es eine Erstattungsobergrenze. Wird diese in einem Jahr erreicht, zahlt die Versicherung gar nichts mehr. Das führte immer wieder dazu, dass Menschen im Krankheitsfall völlig verarmen. Erst 2000 wurde gesetzlich geregelt, dass diese Zuzahlungen zwei Monatsgehälter nicht übersteigen dürfen. Das ändert aber nichts an der Ungerechtigkeit des Systems. Die staatliche Kasse sieht dagegen für ärmere PatientInnen Zuzahlungsbefreiungen vor.

Wohlhabende profitieren dagegen von den privaten Versicherungen. Da es eine relativ niedrige Kappungsgrenze für den prozentual am Bruttoeinkommen orientierten Beitrag gibt, müssen sie einen geringeren Anteil ihres Gehalts aufwenden und können sich ohne Schwierigkeiten Zusatzversicherungen leisten, die die Eigenanteile im Erkrankungsfall abdecken.

- 1 Indien: Reiches Land – arme Bevölkerung, *Pharma-Brief Spezial Nr.1/2000*, S. 5-7
- 2 Nach UNAIDS-Zahlen bekamen Dez 2004 nur vier Prozent der Behandlungsbedürftigen in Indien antiretrovirale Medikamente. Das hängt mit den immer noch relativ hohen Preisen und dem starken Stigma von AIDS im Lande zusammen.
- 3 Der Anfang vom Ende der erschwinglichen Generika, Presseerklärung, MSF, Berlin, 22.3.2005
- 4 Passage of Indian Patent Law: A Step Forward, IFPMA Press release, Geneva, 22.3.2005
- 5 AIDS Drugs Threatened, Editorial, *New York Times*, 5.3.2005
- 6 Industry Says Indian Drug Law Violates WTO, But No WTO Case Seen. *Inside US Trade* 15 April 2005
- 7 Global Day of Action against „TRIPS+“, the Indian Patent Ordinance, Presseerklärung Global Campaign against Indian Patents Amendment (GCAIPA), People's Health Movement (PHM) et al. Bangalore, 18.2.2005
- 8 Brief von Dr. Jim Young Kim (Director WHO Department of HIV/AIDS) an Dr. A Ramados, Minister of Health and Family Welfare, New Delhi, Indien, 17.12.2004 und Brief von Nafis Sadik, Special Envoy of the UN Secretary General for HIV/AIDS in Asia and the Pacific, Stefan Lewis, Special Envoy of the UN Secretary General for HIV/AIDS in Africa an Manoharan Singh und Avul Pakir Jainulabdeen Abdul, 11.3.2005
- 9 William New, India's TRIPS Compliance Effort Could Be Test Case, *Intellectual Property Watch*, 24.3.2005
- 10 Ensuring access to affordable medicines in poor countries: Further action is needed, MSF, Campaign for access to essential medicines, Genf, März 2005
- 11 James Love, CPTech take on the Indian patent law, *Ip-health* 24.3.2005 <http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2005-March/007679.html>
- 12 Südafrika: Erfolg bei AIDS-Medikamenten. *Pharma-Brief* 1/2004, S. 8
- 13 Siddarth Narrain, A costly prescription, *Frontline*, Vol. 22, Issue 4, 12.-25.2.2005 New Delhi; [www.flonneet.com/fl2204/stories/20050225002609700.htm](http://www.flonneet.com/fl2204/stories/20050225002609700.htm) Umrechnungskurs 1 US\$ = 45,50 Rupien

Private Versicherungen dürfen ihren Kunden zwar nicht kündigen, aber sie dürfen die Verträge alle ein oder zwei Jahre anpassen. Die Bedingungen für die Versicherten können sich dadurch deutlich verschlechtern. Mit steigendem Alter werden die Prämien höher. Da ein Wechsel von der privaten in die öffentliche Versicherung jährlich möglich ist, landen die „schlechten Risiken“ bei der staatlichen Krankenversicherung. Erschwerend kommt hinzu, dass die Privaten den Vertragsabschluss ohne Begründung ablehnen können.



**Chile: Wer sich privat versichert, hat bei Krankheit ein hohes Armutsrisiko**

Foto: Jens Holst

Vor allem die Ärmeren finden mit zunehmendem Alter eine Absicherung fast nur noch in der staatlichen Versicherung. Das bedeutet, die „guten Risiken“ mit (relativ) hoher Beitragszahlung und geringerem Krankheitsrisiko sind privat versichert, der Rest bei der staatlichen Krankenkasse. Diese kann aber aufgrund ihres finanziellen Ausblutens keine ausreichenden medizinischen Leistungen mehr anbieten.

Holst zeigt ausführlich die Effekte von Zuzahlungen auf. Dabei verweist er auch auf negative Erfahrungen in anderen Ländern. Eine US-Studie zeigte bereits in den 1980er Jahren, dass ärmere Bevölkerungsgruppen durch Zuzahlungsbefreiungen ein 10% niedrigeres Sterberisiko hatten, weitere Erfahrungen aus anderen Industrieländern lassen an der Steuerungswirkung von Zuzahlungen zweifeln, da sie sowohl nützliche als auch überflüssige Ausgaben beschränken. Zwar können Zuzahlungen zu begrenzten Kostensenkungen führen, aber wenn dabei sinnvolle medizinische Leistungen nicht mehr wahrgenommen werden, kann das fatale Folgen haben. So zeigt

ten Untersuchungen z.B., dass der Blutdruck von Versicherten, die Zuzahlungen leisten mussten, schlechter eingestellt war oder der Antibiotikagebrauch sowohl bei sinnvollen als auch bei unsinnigen Verschreibungen abnahm.

In der Dritten Welt führte die Einführung von Nutzergebühren vielerorts dazu, dass gerade die Ärmsten, die am meisten von Krankheiten betroffenen sind, die Gesundheitsdienste weniger in Anspruch nahmen. Gleichzeitig sind die Einnahmen aus solchen Gebühren gering und führen fast nie zu einer Verbesserung der Versorgung.

Chile ist ein besonders gut dokumentiertes Beispiel für die negativen Folgen von Zuzahlungen. Dort sind vor allem chronisch Kranke von der jährlichen Erstattungsobergrenze besonders betroffen. Ein krasses Beispiel ist die Situation von AIDS-Kranken. Ein Drittel der PatientInnen wechselte in die staatliche Versicherung, wenn sie auf die teuren anti-retroviralen Medikamente angewiesen war. Der Grund: Über die Hälfte erwartete bei der öffentlichen Versorgung eine bessere Behandlung und jeder Fünfte konnte seine Versicherungsprämie nicht mehr zahlen, bei 6% kündigte die private Versicherung auf Grund der Erkrankung den Vertrag.

Faktisch dient die staatliche FONASA als Rückversicherungskasse für die privaten Versicherungen. Bei ihr landen die meisten kostenintensiven PatientInnen. Auch nachträgliche Änderungen am chilenischen System haben dies nicht grundsätzlich ändern können. Holst zeigt auf, dass die angebliche Wahlfreiheit der Versicherten nur scheinbar existiert. Die Folgen eines bestimmten Vertrages sind bei Abschluss überhaupt nicht absehbar, das böse Erwachen kommt für Viele erst im Krankheitsfall oder wenn sie älter werden.

Die chilenische Situation, die einer Öffnung der privaten Versicherungen in Deutschland für Personen unterhalb

der Pflichtversicherungsgrenze entsprechen würde, zeigt deutlich, dass ein solcher Wettbewerb sozial ungerecht ist und die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung explodieren lassen würde. Gewinner wären die privaten Versicherungen, die Menschen mit mittlerem Einkommen und geringem Erkrankungsrisiko hinzugewinnen würden.

Ein fragwürdiges Experiment, dass in Chile zu besten Zeiten 27% der Bevölkerung erreichte, zuletzt aber nur noch 19%. Bei den über 65jährigen sind nur noch 2,6% privat versichert. Kein Wunder, denn bereits mit dem 46. Lebensjahr steigt der Beitrag um die Hälfte, später noch viel stärker. Aber auch Frauen im gebärfähigen Alter werden diskriminiert, weil sie höhere Kosten verursachen.

Holsts Buch sollte die deutschen SozialpolitikerInnen nachdenklich stimmen. Es macht deutlich, dass es besser ist, unser existierendes Solidarsystem weiter zu entwickeln statt blindlings in eine Privatisierungsfalle zu laufen. Denn das würde nur wenigen Bessergestellten nützen. Große Teile der Bevölkerung könnten sich eine ausreichende Behandlung aber nicht mehr leisten, ihre Gesundheit wäre akut gefährdet. (JS)

☞ Jens Holst. Gesundheitswesen in Chile – Selektion und soziale Ausgrenzung. Frankfurt/ Main 2004: Verlag für akademische Schriften

**Impressum**  
Herausgeberin:  
BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62,  
D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-  
63789, e-mail: pharma-brief@bukopharma.de  
homepage: www.bukopharma.de  
Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V.,  
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld  
Redaktion: Jörg Schaab (verantwortlich), Claudia  
Jenkes, Christian Wagner, 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

# Wie viel nützt die Pharmaindustrie Ihrer Gesundheit?

## Britischer Parlamentsbericht kommt zu vernichtendem Urteil

Von Jeremy Smith (Health Action International)

Die Pharmaindustrie produziert Medikamente, die Menschen helfen. Regierungen stellen sicher, dass Medikamente sicher und wirksam sind. Medikamente machen Menschen gesund und Firmen erfolgreich. Über diese Annahmen gibt es einen traulichen Konsens zwischen der Pharmaindustrie und Regierungen, der gern öffentlich proklamiert und verteidigt wird. Jetzt hat ein Untersuchungsbericht des Gesundheitsausschusses des britischen Parlaments mit dieser Tradition gebrochen. Der Bericht deckte auf, dass das Fehlen angemessener Kontrollen in erheblichem Ausmaß schädliche Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung hat.

Der detaillierte Bericht des Ausschusses weist auf erhebliche Gegensätze zwischen kommerziellen und Gesundheitsinteressen hin.<sup>14</sup> Wenn dieser Gegensatz nicht zur Kenntnis genommen wird, werden VerbraucherInnen weiter Medikamenten ausgesetzt, die ausnahmslos wenig nützen und die sie manchmal sogar schwer schädigen.

Die Probleme wurzeln in dem Ausmaß der Kontrolle, das die Pharmaindustrie über den gesamten Prozess – von der Forschung über die Zulassung bis zur Werbung – hat. Und im Versagen der Kontrolleure, diesen Einfluss zu beschränken. Die Firmen „dominieren“ die Medikamentenforschung und können deshalb die Ausrichtung so steuern, dass sie die Produktion auf Medikamente mit guten Aussichten auf gewinnträchtige Vermarktung ausrichten können.<sup>15</sup> Manchmal deckt sich das mit den Interessen einer guten Arzneimittelversorgung, aber allzu oft ziehen es Firmen vor, einen Anteil an sicheren Absatzmärkten zu suchen – sie produzieren „me too's“ – geringfügige Abwandlungen existierender Wirkstoffe – statt das Risiko der Erforschung eines neuen besseren, die Gesundheitsversorgung substanziell verbessernden Medikaments auf sich zu nehmen. In den ganzen Untersuchungen vor der Zulassung eines Medikaments spielt die Frage, ob ein neues Mittel eine wirkliche Verbesserung für die PatientInnen darstellt, eine völlig untergeordnete Rolle – Vergleiche werden mit Placebos durchgeführt, statt gegen die etablierte Therapie. Und wenn die Studienergebnisse keine positiven Wirkungen oder ein unvorteilhaftes Sicherheitsprofil zeigen, werden die Ergebnisse oftmals ignoriert oder unterdrückt. „Studien, die zu negativen

Ergebnissen führen, werden gewöhnlich eher als das Versagen von Studien betrachtet denn als das Versagen von Medikamenten“, so der parlamentarische Untersuchungsbericht.<sup>16</sup>

Die Firmen machen das Fehlen therapeutischen Fortschritts mit ihren Marketingstrategien wieder wett. Dabei werden „Krankheitsängste bewusst geschürt“<sup>17</sup> und suggeriert, Medikamente seien die beste, einzig ideale Lösung. Man kann sich darauf verlassen, dass verunsicherte PatientInnen die gewünschten Schlussfolgerungen ziehen. Nach Ansicht des Ausschusses hat diese „Medikalisierung der Gesellschaft“ zu „einem ungesunden zu starken Verlassen auf Medikamente und zu Überkonsum geführt. Sie zieht Ressourcen und Prioritäten von wichtigeren Krankheiten und Gesundheitsproblemen ab.“<sup>18</sup> Um die Behauptung, es gäbe eine Pille für jede Krankheit, in den Köpfen zu verankern, starten oder sponsern Firmen sogenannte Krankheits-Aufklärungskampagnen. Dabei profitieren sie von ihren Verbindungen zu PatientInnengruppen, die die Werbebotschaften als ausgewogene Information erscheinen lassen. Die britische Rundfunk- und Fernsehgesellschaft BBC listet auf ihrer Website für 2005 nicht weniger als sechs „Krankheits-Aufklärungsmonate“, elf „Krankheits-Aufklärungstage“ und 48 „Krankheits-Aufklärungswochen“ auf. Selbst wenn hinter vielen dieser Kampagnen ein unschuldiger Erziehungsanspruch liegen mag, besteht doch das Risiko, dass sie zu „verschleierte[r] Werbung für

rezeptpflichtige Medikamente werden“.<sup>19</sup> Die Firmen verstärken die Botschaften dieser direkt an VerbraucherInnen gerichteten Werbung, indem sie Armeen von PharmavertreterInnen ausschwärmen lassen, die ÄrztInnen unangemessene Gastfreundlichkeit zukommen lassen und indem sie als Ghostwriter Artikel für Fachzeitschriften verfassen, die einseitige Analysen von Nutzen und Risiken von Medikamenten bieten. So werden Stück für Stück fragwürdige Annahmen zu akzeptierten Fakten: Medikamente sind besser als nicht medikamentöse Maßnahmen, neue (Marken-)Medikamente sind besser als alte (generische) Medikamente und wenn ein Medikament nicht wirkt, nimmt man eine höhere Dosis.

Bei alledem verhält sich die Industrie jedoch so, wie man es angesichts ihrer wirtschaftlichen Zielsetzungen erwarten kann. Der zweite Fokus des Zorns des Ausschusses richtet sich gegen die britische Kontrollbehörde *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA)*, deren Aufgabe es wäre, die Exzesse der Industrie unter Kontrolle zu bekommen. Die MHRA scheint aber unfähig, ein Verhalten wahrzunehmen, das ihrer Grundannahme widerspricht, die Interessen der Industrie und der Gesundheitsversorgung wären identisch. Die Kontrolleure und ihre politischen Meister sind dem von ihnen hochgehaltenen „win-win“-Szenario einer erfolgreichen Pharmaindustrie, die zu guter Gesundheit führt, zum Opfer gefallen. Ihre Theorie ist: es gibt Firmen, die Arbeitsplätze schaffen, die Wirtschaft des Landes stärken und vor allem Medikamente herstellen, die das Leben verlängern und verbessern. Aber das Szenario ist einfach zu schön, um wahr zu sein. Der



Ausschuss macht unmissverständlich klar, dass „das Ausmaß für Konflikte zwischen Gesundheits- und Wirtschaftsinteressen enorm ist“.<sup>15</sup> Dieser Konflikt lässt sich an dem weltweiten Rückzug des Rheumamedikaments Vioxx<sup>®</sup> (Rofecoxib) im September 2004 gut illustrieren: Ein massiv beworbenes Medikament wurde in enormem Umfang und oft auch falsch verschrieben und führte so zu Krankheit und Tod. Der *Lancet* sieht den Grund, warum so viele Menschen einer Behandlung mit einem Medikament ausgesetzt wurden, das sich als unsicher erwies, in dem „verstörenden Widerspruch zwischen Mercks eigenem Wissen um das wahre Risikoprofil von Vioxx und seinen Versuchen, zur gleichen Zeit diese Risiken in öffentlichen Stellungnahmen zu vertuschen.“<sup>20</sup> Dem Fall Vioxx<sup>®</sup> folgte das Antidepressivum Seroxat<sup>®</sup> (Paroxetine), bei dem Belege über die mangelnde Wirksamkeit und erhebliche Risiken bei Kindern schön geredet wurden.

Als Nachwirkung der Vioxx<sup>®</sup> und Seroxat<sup>®</sup> Debakel forderte der britische Gesundheitsminister Lord Warner, dass die Firmen die Daten von klinischen Studien veröffentlichen müssen und dass die MHRA alle Interessenkonflikte bei ihren MitarbeiterInnen ausräumt, die erhebliche Zweifel an der Richtigkeit von MHRA Entscheidungen aufkommen ließen. Im Wahlprogramm von Labour für die allgemeinen Wahlen am 5. Mai steht, dass „entsprechend den Empfehlungen des *Health Select Committee* für alle medizinischen Produkte, die im Vereinigten Königreich zugelassen sind, die Registrierung aller klinischen Studien und die Veröffentlichung ihrer Ergebnisse vorgeschrieben wird.“

Dies sind alles positive Schritte und der Bericht des Ausschusses bietet entscheidende Anstöße – die Probleme der Medikamentenzulassung sind ausführlich dokumentiert und Lösungsvorschläge gemacht worden. Aber ob der politische Wille, die Praktiken der Pharmaindustrie zu zügeln, wirklich vorhanden ist, bleibt fraglich. PolitikerInnen haben in der Vergangenheit nur allzu häufig die britische Industrie und die britische Wettbewerbsfähigkeit unterstützt. Jedes Mal, wenn ein Medikament wegen seiner Risiken zurück-

gezogen oder in seiner Anwendung beschränkt wurde, war die Reaktion ein Moment der Nachdenklichkeit, dann gab es wieder „business as usual“. Alle Maßnahmen, die Medikamentsicherheit zu verbessern, laufen gegen einen Strom von Regierungsentscheidungen, die die Interessen der Industrie unterstützen.

Fangen wir mit den Medikamenten gegen hohe Cholesterinwerte, Epilepsie und Grippe an: Verantwortlich für die Behandlungsratschläge für PatientInnen auf der Website des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS direct) ist *Datapharm Communications*, eine Kommunikationsagentur, die für die Pharmaindustrie arbeitet. *Datapharm Communications* arbeitet auch für *InPharm.com*, Firmenslogan: „Lebensrettung für die Pharmaindustrie“. Einer der 'Medicine Guides', die *Datapharm Communications* produziert hat, ist für das Statin Crestor<sup>®</sup> (Rosuvastatin). Da macht es offensichtlich gar nichts, dass die MHRA versuchte, die Zulassung der 40 mg Dosierung von Crestor<sup>®</sup> zu verhindern. Sie können trotzdem einiges über die angeblichen Vorteile dieser hohen Dosierung durch einen direkten Link von der *NHS direct* Site erfahren.

Eine Reform der MRHA wird ohne eine grundlegende Veränderung in der Einstellung der Behörde gegenüber der Industrie erfolglos bleiben. Die MHRA ist bereits durch die Abhängigkeit von Gebührenzahlungen derer, die die Zulassung anstreben, kompromittiert. Bestenfalls ist sie „zu vertrauensselig“<sup>21</sup> und schlimmstenfalls zu eingeschüchtert: Der Geschäftsführer der Stiftung für psychische Gesundheit *MIND* sagte vor dem Ausschuss: „es war völlig klar, dass die Zuständigen bei der MHRA sich völlig dieser Dimension bewusst waren [das Risiko, von den Firmen verklagt zu werden, falls sie die ‚falsche‘ Entscheidung trafen], meiner Meinung nach waren sie sich darüber viel klarer als über die Dimension der öffentlichen Gesundheit und der gesellschaftlichen Verantwortung.“<sup>21</sup> Wie wird auf die zentrale Empfehlung des Ausschusses reagiert, die MHRA einer unabhängigen Revision unter dem Leitgedanken einer notwendigen größeren Distanz zur Pharmaindustrie zu unterziehen? Ob sie

stattfindet, wird ein wichtiges Signal dafür sein, wie ernsthaft die Bereitschaft ist, die notwendige Reform und Stärkung der MHRA anzugehen.

Der Gesundheitsausschuss gibt eine Reihe von Empfehlungen, die sich auf zwei Schlüsselforderungen reduzieren lassen: Erstens, die Rolle der Pharmaindustrie ist, neue Medikamente herzustellen, „das Ziel von neuen Medikamenten sollte wirklicher therapeutischer Fortschritt für PatientInnen sein“.<sup>22</sup> Zweitens, wenn die Rolle der Regierung und ihrer Behörden die Regulierung der Medikamentenentwicklung, Zulassung und Risikoüberwachung ist, dann „ist [der Ausschuss] überzeugt, dass das [Gesundheits-]Ministerium und die MHRA Gesundheitsprioritäten in den Mittelpunkt stellen sollten“<sup>15</sup>. Sie dürfen nicht länger ein in Wirklichkeit nicht herstellbares Gleichgewicht zwischen Handels- und Gesundheitsinteressen anstreben. Es muss eine angemessene Distanz zwischen denen geben, die Medikamente herstellen und denjenigen, die entscheiden, wie sicher sie sind und welche Empfehlungen ÄrztInnen und VerbraucherInnen über den sinnvollen Einsatz dieser Mittel erhalten. Die Reaktionen auf die Pharmaindustrie, die immer wieder Grenzen überschritten hat, war in der Vergangenheit, Bestimmungen zu lockern, immer mit dem Vorsatz, nicht noch weiter zurückzuweichen. Es ist an der Zeit, der Pharmaindustrie mutig entgegenzutreten und die Gesundheitsinteressen klar und unzweideutig an die erste Stelle zu setzen.

Übersetzung: Jörg Schaaber

14 House of Commons Health Committee. The Influence of the Pharmaceutical Industry. House of Commons Health Committee, fourth report of the session, 2004-5. London 22 March 2005 [www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf](http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf)

15 ebenda S. 98

16 ebenda S. 50

17 ebenda S. 8

18 ebenda S. 101

19 ebenda S. 70

20 Vioxx, the implosion of Merck, and aftershocks at the FDA. *The Lancet* Vol. 364, No. 9449, 27 November 2004

21 House of Commons aaO S. 85

22 ebenda S. 5

### COX-2 und kein Ende

Ein weiteres umstrittenes Rheumamittel ist vom Markt verschwunden. Auf massiven Druck der US-Arzneimittelbehörde FDA zog Pfizer den COX-2 Hemmer Valdecoxib (Bextra®) zurück.

COX-2 Hemmer können Herz-Kreislaufkrankungen verursachen. Deshalb sind sie ins Gerede gekommen. Nach längerer Kritik nahm als Erstes MSD den Wirkstoff Rofecoxib (Vioxx®) im September 2004 vom Markt. Weitere Warnungen folgten. Im Februar 2005 gab es in den USA eine Anhörung zu den COX-2 Hemmern, die mit halbherzigen Empfehlungen endete. Dies war nicht zuletzt der starken Industrieabhängigkeit der meisten beteiligten ExpertInnen geschuldet (wir berichteten<sup>23</sup>). Die massive Kritik an der zögerlichen Haltung der FDA zeigte jetzt offensichtlich Wirkung. Mit dem durch die Behörde jetzt erzwungenen Rückzug von Valdecoxib verbleibt mit Celecoxib in den USA nur noch ein COX-2 Hemmer auf dem Markt. Der Rückzug von Valdecoxib wurde durch die Tatsache gefördert, dass das Mittel lebensbedrohliche Hautreaktionen auslösen kann.<sup>24</sup> Zusätzlich bestätigte eine Studie mit Bypass-Patienten ein deutlich höheres Herz-Kreislauf-Risiko. Davor gab es keine überzeugenden Studien zur Sicherheit des Mittels. Diese Risikoeinschätzung gab die europäische Zulassungsbehörde EMEA bereits im Dezember 2004 nicht nur für Valdecoxib, sondern auch für Parecoxib (Dynastat®) ab. Sie mündete aber für beide Mittel nur in zusätzlichen Warnhinweisen und Anwendungsbeschränkungen.<sup>25</sup> Parecoxib wurde wegen seiner Risiken und seiner schlecht belegten Wirksamkeit in den USA nie zugelassen. Kam es deshalb in Europa bislang ungeschoren davon?

Außer Parecoxib befinden sich jetzt noch zwei weitere COX-2 Hemmer auf dem deutschen Markt: das „besonders schlecht verträgliche Etoricoxib (Arcoxia®)“<sup>26</sup> und Celecoxib (Celebrex®). Ein Dilemma bleibt die relativ schlechte Datenlage. Die Hersteller mieden

entsprechende Untersuchungen und versuchten, negative Ergebnisse zu unterdrücken. Dennoch sind für alle COX-2 Hemmer erhöhte Herz-Kreislauf-Risiken belegt, man muss also von einem Klasseneffekt sprechen. Angesichts des nicht belegten Zusatznutzens kann eigentlich nur ein Marktrückzug die Konsequenz sein. Man darf gespannt sein, ob sich die europäische Arzneimittelbehörde EMEA dazu durchringen kann. (JS)



## Deutschland

### Verkaufte Sicherheit

**Trotz zahlreicher Proteste will Gesundheitsministerin Ulla Schmidt an dem Umbau der Arzneimittelkontrolle nach wirtschaftlichen Kriterien festhalten. Die neue Agentur soll von der Industrie finanziert werden und leistungsorientiert arbeiten.**<sup>27</sup>

Laut Ministerin Schmidt soll die neue *Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur* (DAMA) „zu einer wettbewerbsfähigen Zulassungsbehörde in Europa entwickelt“ werden.<sup>28</sup> In der Gesetzesbegründung werden die Prioritäten deutlich: „Die Beratungsleistungen für die pharmazeutischen Unternehmen auf den verschiedenen Stufen der Arzneimittelentwicklung bis zur Zulassung bedürfen eines erheblichen Ausbaues.“<sup>27</sup>

Grundlage für den Umbau der bisherigen Kontrollbehörde BfArM in einen Dienstleister mit „modernem Leistungsmanagement“ und Leistungsprämien ist nach Aussagen des Ministeriums „insbesondere die Task Force zur Verbesserung der Standortbedingungen“.<sup>28</sup> Diese Task Force kam auf Betreiben der Industrie zustande und war auch hauptsächlich mit ihr besetzt.<sup>29</sup> Bruno Müller-Oerlinghausen, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: „Ärzte oder Patienten kommen in dem Entwurf gar nicht vor. In den Vorbereitungsgremien für dieses Gesetz waren weder Ärzte- noch Patientenorganisationen vertreten“<sup>30</sup> Auch Peter Sawicki,

Chef des neuen öffentlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), lässt an dem Vorhaben kein gutes Haar: „Eine solche Agentur muss zunächst dem Schutz der Bevölkerung dienen und nicht den Gewinnen der Industrie.“

Außerdem wird die angeblich langsame Bearbeitungszeit des BfArM zu Unrecht ins Feld geführt. Wichtige therapeutische Verbesserungen werden auch jetzt schon schnell zugelassen. „Beim 20sten Blutfettsenkter oder dem 50sten Bluthochdruckmittel ist es egal, ob sie drei Monate früher oder später auf den Markt kommen“, so Sawicki.<sup>30</sup> „Bei der Masse der Medikamente“ sei „ein besonderes Tempo aber unnötig oder sogar gefährlich“.

Viel Kritik hat es in den letzten Monaten an der mangelnden Überwachung von Arzneimittelrisiken in Deutschland gegeben.<sup>31</sup> Die neue DAMA wird auch dort keine Verbesserung bieten. Die Risikoüberwachung für bereits auf dem Markt befindliche Arzneimittel soll eine bei der DAMA angesiedelte „Bundesstelle für Pharmakovigilanz“ leisten. Die angebliche Unabhängigkeit wird in der Gesetzesbegründung betont. Im Gesetzentwurf selbst finden sich nur wenige spärliche Sätze über Pharmakovigilanz. Die Ausgestaltung der Risikostelle ist im Gesetz nicht geregelt, sie wird dem Vorstand der DAMA überlassen – der kann übrigens durchaus vorher Pharmamanager gewesen sein. Die geplante Pharmakovigilanzkommission, in die externe WissenschaftlerInnen berufen werden sollen, kann nur als Trostpflasterchen verstanden werden. Tätig werden kann sie nur auf Antrag der Bundesstelle in der DAMA. (JS)

23 COX-2 Hemmer weiter in der Kritik. *Pharma-Brief* 2/2005 S. 5

24 MHRA letter to healthcare professionals 7 April 2005 Voluntary suspension of valdecoxib (Bextra) by Pfizer Ltd [www.mhra.gov.uk/news/bextraddl.pdf](http://www.mhra.gov.uk/news/bextraddl.pdf)

25 EMEA public statement on valdecoxib (Bextra/Valdyn) and parecoxib sodium (Dynastat/Rayzon) 5.12.2004 [www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/20480204en.pdf](http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/20480204en.pdf)

26 COX-2 Hemmer Valdecoxib (Bextra) vom Markt, *blitz-at* 7.4.2005

27 [www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/DAMA\\_Errichtungsgesetz.pdf](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/DAMA_Errichtungsgesetz.pdf)

28 Pressemitteilung des BMGS vom 13.4.2005

29 Regierung light. *Pharma-Brief* 10/2003, S. 6

30 Heilsamer Wettbewerb? *ngo-online* 11.4.2005

31 Nach Risiken fragen Sie besser nicht. *Pharma-Brief* 1/2005 S. 1-2



## Aus aller Welt

### Maßnahmen gegen Rath

Der deutsche Vitaminhändler Matthias Rath hat Südafrika mit einer Werbekampagne gegen die Behandlung von AIDS mit antiretroviralen Medikamenten (ARV) überzogen. Die Werbekontrollbehörde untersagte Rath jetzt die Weiterverbreitung von elf Behauptungen.

Statt wirksamen Medikamenten gegen AIDS propagiert Rath Hochdosisvitamine aus seinem Hause. Die ARV-Medikamente seien giftig. Vor allem die Treatment Action Campaign (TAC), deren jahrelanger Einsatz wesentlich dazu beigetragen hat, dass in Südafrika jetzt die umfassende Behandlung von AIDS-Kranken begonnen wird, wurde von Rath verleumdeter.<sup>32</sup> Nicht nur die Werbekontrollbehörde ASA<sup>33</sup> wurde aktiv. Die südafrikanische Ärztereinigung und der Gesundheitsminister der Provinz Western Cape verurteilten die Propaganda von Rath. In einer gemeinsamen Stellungnahme warnten Weltgesundheitsorganisation, UNAIDS, und UNICEF vor den Behauptungen von Rath.<sup>34</sup>

Einzig Gesundheitsministerin Tshabalala-Msimang schlug sich auf die Seite des eigennütigen Vitaminapostels: Die Rath-Stiftung unterminiere die Regierungspolitik nicht. Auch sie halte Vitamine und Spurenelemente für wichtig im Kampf gegen AIDS.<sup>35</sup> Diese Äußerung von der Ministerin kam ausgerechnet am selben Tag, als sie eine Konferenz der WHO zu AIDS und Ernährung in Durban eröffnete. Damit stellte sich Tshabalala-Msimang in dieser Frage eindeutig gegen die Position der UN-Organisationen. Die ließen schon Ende März in ihrer Reaktion auf Raths Kampagne verlauten: „Ob eine Person HIV-infiziert ist oder nicht, die WHO und UNAIDS empfehlen wo

immer möglich eine ausgewogene Ernährung statt Nahrungsergänzungsmitteln.“<sup>34</sup> Auch die Konferenz in Durban kam wie erwartet zum gleichen Ergebnis: Für die AIDS-Bekämpfung sind eine gute Ernährung und antiretrovirale Medikamente gleichermaßen wichtig.<sup>36</sup> Gut ernährte Menschen sind weniger anfällig für HIV, aber wer infiziert ist, braucht ab einem bestimmten Stadium Medikamente. (JS)

### Pockenviren leben weiter

Seit 1977 gelten die Pocken als ausgerottet. Eigentlich sollten die Virenbestände in Labors längst vernichtet sein, doch die USA und Russland wollen die Viren jetzt sogar gentechnisch verändern.

Den letzten Pockenausbruch gab es 1977 in Somalia. 1979 beschloss die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass nur noch wenige Labors zur Sicherheit Pockenviren aufbewahren dürfen, eines in den USA und eines im heutigen Russland. 1996 beschloss die WHO, dass alle Pockenvirenbestände bis zum Sommer 1999 vernichtet werden müssen. Doch die USA und Russland erreichten kurz vor dem Termin einen Aufschub bis 2002 und die Einrichtung eines Beratungsgremiums.<sup>37</sup> Dieses Gremium wird von ForscherInnen aus Industrieländern beherrscht, die ein Interesse an Pockenviren haben, mehrere sind an militärischen Instituten beschäftigt. Bei der Weltgesundheitsversammlung im Mai soll nun über einen Antrag dieses Gremiums diskutiert werden: Statt die Pockenviren zu vernichten, will man an deren gentechnischer Veränderung zu arbeiten. Die ForscherInnen argumentieren, dass das Virus für Anschläge verwendet werden könnte. Angesichts der Tatsache, dass die Viren nur in zwei Labors aufbewahrt werden, scheint das unwahrscheinlich. Ganz real steigt das Risiko aber, wenn – wie vorgeschlagen – mehr Labors mit Gensequenzen des Pockenvirus arbeiten dürfen. So wurde der letzte Pockenfall 1978 durch einen Laborunfall in Großbritannien verursacht. Was hinter verschlossenen Labortüren passiert, gibt Grund zur Beunruhigung: Erst 2002 gab das US-Labor zu, dass es Hybridviren hält. Diese Kreuzung des Pockenvirus mit anderen

Virenstämmen wurde bereits Ende der 1970er Jahre erzeugt. Die neuen Pläne zu Genexperimenten mit dem Virus wurden Ende letzten Jahres durch einen US-Radiosender öffentlich gemacht.<sup>38</sup> Zahlreiche Gesundheitsgruppen, aber auch ExpertInnen, die die verheerenden Folgen von Pockenepidemien noch miterlebt haben, fordern von der WHO die Vernichtung der letzten Virenstämmen.<sup>37,38</sup> (JS)

### WHO-Liste verzögert

Die neue Liste unentbehrlicher Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist fertig, doch die USA blockieren sie wegen Mitteln zum Schwangerschaftsabbruch.

Am 11. März 2005 war die Bearbeitung der Liste fertig. Normalerweise wird sie innerhalb weniger Tage veröffentlicht. Doch jetzt herrscht seit über einem Monat Funkstille. Hintergrund ist offensichtlich direkter Druck der USA, die die Aufnahme von zwei Medikamenten zum Schwangerschaftsabbruch verhindern wollen.<sup>39</sup> Das ExpertInnenkomitee der WHO hatte die Aufnahme der Mittel einstimmig befürwortet. Jährlich sterben in armen Ländern schätzungsweise 68.000 Frauen nach nicht sachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen. Medikamentöse Methoden sind, so die WHO-ExpertInnen, sicherer. (JS)

32 Vitamine gegen AIDS in Südafrika? *Pharma-Brief* 9-10/2004 S. 2

33 Advertising Standards Authority of South Africa

34 UN condemns irresponsible attack on antiretroviral therapy. Press release 30.3.2005 [www.unicef.org/media/media\\_25810.html](http://www.unicef.org/media/media_25810.html)

35 Tamar Kahn. Minister defends vitamin guru's views on AIDS, nutrition. *Business Day* 13.4.2005

36 A balanced diet may delay onset of Aids. *IOL* 14 April 2005

37 Third World Network and Sunshine Project. The genetic engineering of smallpox. [www.smallpoxbiosafety.org](http://www.smallpoxbiosafety.org)

38 David Kestenbaum. WHO to allow smallpox research. *NPR* 11 Nov 2004 [www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4164567](http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4164567)

39 Sarah Boseley. US accused of trying to block abortion pills. *The Guardian* 21 April 2005

## Zu guter Letzt

„Kein Fetzen Papier oder Oberfläche ist vor der Pharmaindustrie sicher...“

Zwei Forscher im *Lancet* zu den Werbestrategien der Industrie (Vol. 365, 9460)