

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11898

Mit Macht zu mehr Marketing Industrie will PatientInnen stärker beeinflussen

Kaum zwei Jahre ist es her, dass die Pharmaindustrie mit ihrem Versuch gescheitert ist, Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel (DTCA) in Europa durchzusetzen.¹ Jetzt gibt es massive neue Vorstöße der Industrie, auf verschiedenen Ebenen direkten Einfluss auf die Meinung von PatientInnen zu gewinnen. Es ist also höchste Zeit, VerbraucherInnen den Unterschied zwischen Werbung und Information deutlich zu machen.

Eine wichtige Zielgruppe des Industrievorstoßes sind Patientengruppen. Sie sollten schon bei dem ersten gescheiterten Vorstoß für die Einführung von DTCA als „Fußtruppen“ dienen, um den Wünschen der Firmen bei der Politik Gehör zu verschaffen. So beschrieb ein durchgesickertes Strategiedokument des britischen Pharmaindustrieverbands ABPI die Rolle, die die Firmen den PatientInnen zugedacht hatten.

Unter falscher Flagge

Diesmal geht mindestens der Industrie-Lobbyverband VFA etwas geschickter vor. Der 13. VFA-Round-Table mit Patienten-Selbsthilfegruppen am 15.9.2006 hatte den relativ harmlos klingenden Titel „Die Zukunft der Arzneimittelversorgung in Deutschland“. Das Einleitungsreferat der VFA-Geschäftsführerin Cornelia Yzer trug laut Programm den Titel „Qualitäts- statt Einheitsmedizin“. Man pflegt den Kontakt zu Patientengruppen, bietet ihnen ein Forum und finanziert sie zum Teil großzügig. Ob für die Industrie „der Patient im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik“ steht, wie der Titel eines Vortrags des CDU Bundestagsabgeordneten Jens Spahn auf dem VFA-Round-Table lautete, mag man bezweifeln, eher wohl der Geldbeutel der PatientInnen.

Gefühlte Rationierung

Geschickter Ansatzpunkt für das Bemühen der Industrie, das Interesse der PatientInnen zu wecken, sind die Bemühungen, die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen nicht endlos ausufernd zu lassen. Da alles, was in Deutschland neu zugelassen wird, zunächst auch verordnet werden darf, bedeuten alle Maßnahmen wie Festbeträge, Therapiehinweise oder Verordnungsausschlüsse eine Einschränkung. Daraus lässt sich allzu leicht der Vorwurf konstruieren, den PatientInnen werde etwas Wichtiges vorenthalten. Ob solche Maßnahmen aber in Wirklichkeit gerechtfertigt sind, weil PatientInnen gar keinen zusätzlichen Nutzen haben, oder gar vor zusätzlichen Risiken geschützt werden, geht in der von Firmen gesteuerten Propagandaschlacht oft unter. Beredte Beispiele sind die angeblichen Vorteile des Cholesterinsenkers Atorvastatin² oder die zweifelhafte Unterschriften-sammlung des Deutschen Diabetiker Bundes zugunsten der Insulinanaloga.³

Patientengruppen haben dabei oftmals ihr Ohr zu dicht an der Industrie und lassen sich durch einseitige Information beeinflussen, sei es durch die Firmen direkt oder durch ExpertInnen, die am Tropf

Liebe LeserInnen, zu einer informierten Beteiligung der PatientInnen an Therapieentscheidungen ist der Weg noch weit. Bedenklich ist allerdings, wenn die Pharmaindustrie den Ruf nach dem „mündigen Patienten“ aufgreift (siehe links). Die Industrie hat mit konservativen ärztlichen Standesvertretern gemeinsam, alles besser zu wissen als die PatientInnen. Eins kann sicher keine Lösung sein: Die Bevormundung durch ÄrztInnen durch einseitige und oftmals irreführende Industrieinformationen zu ersetzen. Statt neuer Bevormundung ist eine bessere (auch öffentliche) Förderung unabhängiger Information nötig. Einstweilen sind wir allerdings weiterhin auf Ihre geschätzte Unterstützung angewiesen.

Ihr

Inhalt

Buch	4
<i>The Body Hunters</i>	
Metamizol	5
<i>Verbot in Pakistan</i>	
Forschung	6
<i>Süden muss mehr tun</i>	
Industrie & Patienten	7
<i>Wolf im Schafspelz</i>	

*Pharma-Brief Spezial (Heftmitte):
Mangel und Überfluss*



der Industrie hängen. All zu viele PatientenvertreterInnen haben es noch nicht verstanden, dass die Einflüsterungen der Industrie nicht Teil der Lösung, sondern Teil des Problems sind. Firmen sind eben keine Wohltätigkeitseinrichtungen, sondern auf Gewinnerzielung ausgerichtete Unternehmen. Im Zweifelsfalle entscheidet die Marketingabteilung und nicht der medizinische Sachverstand.

Politik mit dabei

Im Frühjahr machten fünf konservative und liberale Europa-Abgeordnete einen neuen Vorstoß für Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel. Dabei blieb es nicht. Mit dem durch die EU-Kommission neu gegründeten Arzneimittelforum (Pharmaceutical Forum) findet sich ein weiterer Fürsprecher von DTCA. Das Gremium von zweifelhafter demokratischer Legitimation bietet vor allem der Industrie einen direkten Draht zur EU-Kommission. Ende September forderte das Forum „bessere Information“ für PatientInnen. Unter dem Vorwand Qualitätsverbesserungen in der Information zu erzielen, soll ein „Public Private Partnership“ Modellinformationen zunächst für Diabetes erstellen. Mit am Tisch sitzt die Pharmaindustrie. Dabei handelt es sich um ein déjà vu: Vor zwei Jahren lehnten die Europa-Abgeordneten den Vorschlag der EU-Kommission, DTCA für drei Krankheitsbilder (AIDS, Asthma und Diabetes) zu erlauben mit überwältigender Mehrheit ab. Da 70% der jetzt gewählten Abgeordneten nicht an der Diskussion beteiligt waren, sieht Jorgo Chatzimarkakis, (FDP) einer der drei Europaabgeordneten aus dem Leitungskomitee des Arzneimittelforums, gute Chancen. Das ganze Vorgehen erinnert an den spätmittelalterlichen Ständestaat, wo eine Minderheit, eben die Stände, die Politik bestimmten und das gemeine Volk wenig zu sagen hatte. Heute heißen die, die mitreden dürfen und damit privilegierten und direkten Einfluss auf die EU-

Politik bekommen „Stakeholder“, das klingt zwar moderner, ist aber auch nicht viel besser.

Auch auf anderer Ebene ist die Politik verwickelt: Ex-Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) moderierte auf dem Hauptstadtkongress Gesundheit die Veranstaltung „Der mündige Patient. Mehr Mitbestimmung, mehr Information.“ Auf den ersten Blick war nicht ersichtlich, dass es sich bei der Veranstaltung um ein Symposium von Janssen-Cilag handelte. Die beiden vortragenden Wissenschaftler setzten sich dann auch (mit unterschiedlicher Vehemenz) für DTCA ein. Hans-Dieter Nolting vom IGES in Berlin behauptete in seiner von Janssen-Cilag bezahlten Studie: „Es geht nicht um die Frage, welche positiven oder negativen Wirkungen die Zulassung von Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel hätte, sondern um die Legitimität der bestehenden Zugangsbarrieren zu Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel.“ So weit wollte Prof. Wasem (Uni Duisburg-Essen) nicht gehen, er postulierte einige Vorteile, die DTCA haben könne, warnte aber vor den Entwicklungen in den USA. Er behauptete, dass es „keine methodisch hochwertigen Studien“ zu den Auswirkungen von DTCA gäbe. Das ist nicht wahr.⁴ Umgekehrt ist leider wahr, das Prof. Wasem Scheinargumente benutzt, wenn er beklagt, PatientInnen hätten nicht einmal Zugang zu der für ÄrztInnen gemachten Fachinformation zu Arzneimitteln. Zu allen europäisch zugelassenen Arzneimitteln gibt es diese Informationen frei verfügbar im Internet seit es die europäische Behörde gibt und darüber hinaus auch eine begründete Zulassungsentscheidung, den sogenannten European Public Assessment Report (EPAR). Eine neue EU-Richtlinie schreibt das gleiche für die nationalen Behörden vor. Am Rande der Veranstaltung wurde deutlich, dass Frau Fischer in Lohn und Brot bei

dem Pharmahersteller steht und den „Auftrag angenommen hat, die verschiedenen Interessen der Organisationen zusammen zu führen und eine Lösung zu suchen, in der die pharmazeutische Industrie Patienten informieren könne.“⁵ Immerhin ernteten die Veranstalter von Verbraucherschützern und Ärzteseite deutlichen Widerspruch. Stefan Etgeton vom Verbraucherzentralen Bundesverband sagte, es ginge nicht um mehr, sondern um bessere Information. Er forderte, die Hersteller sollten doch lieber stattdessen die Ergebnisse fehlgeschlagener Studien veröffentlichen.⁴

Deiche brechen

Unterdessen versucht die Industrie ganz unverhohlen, ihren Einfluss auf die PatientInnenmeinung auszudehnen. Dabei werden die Grenzen des bestehenden Rechts bewusst gedehnt, wie eine aktuelle Fortbildungsveranstaltung für Marketingleute der Servicegesellschaft des BPI zeigt.⁶ Unter dem Titel „Patienten als Zielgruppe im Pharma-Business“ wird die ganze Palette der Beeinflussungsmöglichkeiten präsentiert. Ob es um Anzeigen oder Mailings geht, der direkte Draht zur PatientIn – möglichst unter Umgehung des Verschreibers als Schutzfaktors – wird als Schlüssel für mehr Verkauf angesehen. Das „Rechtliche Grauzonen“ Thema einer Arbeitseinheit sind, ist sicher kein Zufall. Denn beim Punkt „Wie starte ich den Dialog mit dem Patienten?“ steht das „Profitieren vom Internet“ gleich an zweiter Stelle. Es gibt in Deutschland wohl keinen Bereich, wo das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel so ungeniert ignoriert wird. Auf Hersteller-Seiten im Netz finden sich unverschlüsselte Hinweise auf bestimmte Anti-Baby-Pillen ebenso wie auf hochpotente Krebsmedikamente. Eine Kontrolle findet praktisch nicht statt und die wenigen Beschwerden, die von Verbraucherschutzgruppen eingereicht werden, verlaufen meist



im Sande. „Indikationsspezifische Patienteninitiativen“ sind ein weiterer Punkt der von den Industrie-Trainern ganz unverhohlen als effektive Werbemaßnahme angesehen wird.

Gedruckte Meinung

An Bedeutung gewinnt auch die Beeinflussung der öffentlichen Meinung durch die Presse. Mit WissenschaftlerInnen garnierte Industrie-Pressekonferenzen verbreiten die gewünschten Botschaften trotz Verbots der Laienwerbung. Abschreckendes Beispiel aus jüngster Zeit ist die Propagierung des neuen Abnehmmittels Rimonabant (Accomplia®) durch den Spiegel. Dort wird unter der Schlagzeile „Raus aus der Todeszone“ versprochen, dass die „neue Wunderpille“ „Dicke gesünder und auch etwas dünner“ macht.⁷ Leider reproduziert der Spiegel hier lediglich die Firmenpropaganda, nicht aber gesichertes medizinisches Wissen. Der Hersteller Aventis hat keine Studie vorgelegt, die eine Verlängerung der Lebenserwartung belegen würde. Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat das Medikament nur zum Abnehmen zugelassen und verweist ausdrücklich darauf, dass Rimonabant kein Mittel ist, um Herz-Kreislauferkrankungen zu verhindern.⁸ Die nicht unbeträchtlichen Risiken des Mittels werden im Spiegel dagegen nur am Rande erwähnt. So brachen in den Studien 40-50% der Versuchspersonen die Behandlung wegen Unwirksamkeit, Nebenwirkungen oder auf eigenen Wunsch ab. Unter den 16%, die die Einnahme wegen Unverträglichkeiten abbrachen, klagten viele über Ängstlichkeit oder depressive Verstimmungen.⁹

Mehr, nicht weniger Kontrolle nötig

Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die belegen, dass firmenbeeinflusste Informationen fehlerhaft, unvollständig und irreführend

Fortsetzung S. 4

Die Pille als Kosmetik? – Grenzwertige Werbung

Die Pille mit Beauty-Effekt - Viele Vorteile mit der richtigen Mischung - die Pille mit Herz: Liebe ist... - Mozilla

Home > ...mehr als verhüten > Schöner verhüten

Die Pille mit Beauty-Effekt

Schönere Haut und Haare durch die Pille

Pubertät bedeutet Wachstum. Aber nicht alles an dieser Entwicklung siehst du gerne. Denn jetzt fangen oft auch die Pickel an zu sprießen, Haut und Haare werden fettiger. Schuld sind die Hormone – die sogenannten Androgene. Neuartige antiandrogene Pillen können diese Probleme reduzieren oder zum Verschwinden bringen.

- ...sich selbst entdecken
- ...sicher verhüten
- ...sicher mit der Pille
- ...mehr als verhüten
 - Sanft verhüten
 - Leichter verhüten
 - Schöner verhüten

Einen krassen Fall von Verstoß gegen das Werbeverbot deckte das *arznei-telegramm* kürzlich auf.¹ Jenapharm machte auf der Website www.pille-mit-herz.de ganz unverhohlen Werbung für die Pille AIDA® (Ethinylestradiol und Drospirenon). An mehreren Stellen wurde der Handelsname erwähnt. Aufgrund einer Beschwerde des *arznei-telegramms* bei der zuständigen Behörde wurde der Markenname entfernt. Im Metatext der Webseiten findet sich das Wort „AIDA“ gleich mehrfach, folglich finden Suchmaschinen die Jenapharm Seiten mit dem Suchbegriff „Aida“ nach wie vor. Ein geschütztes Logo für AIDA zierte die Website. Auch die Webadresse www.meine-aida.de ist nach wie vor aktiv. Die irreführenden Werbebotschaften bleiben. So wird auf die Frage „Ich nehme von der Pille ständig zu. Kann ich das irgendwie vermeiden?“, geantwortet: „Ja, du kannst etwas dagegen tun. [...] eine moderne Kombinationspille, die das Gesagte Drospirenon enthält, kann solchen Wassereinlagerungen entgegenwirken. Frag' einfach einmal deinen Arzt danach.“ Der Menüpunkt „schöner verhüten“ führt zu einem Beitrag mit dem

Titel „Die Pille mit Beauty-Effekt. Schönere Haut und Haare durch die Pille“ (siehe Abbildung).

Das *arznei-telegramm* kommentierte: „Wir erinnern daran, dass ‚Schönheit‘ keine zugelassene Indikation für irgendein empfängnisverhütendes Mittel und die Nutzen-Schaden-Abwägung für eine solche ‚Indikation‘ eindeutig negativ ist.[...] Die Vermarktung des neuen Kontrazeptivums AIDA ist unseriös und bedient zielgerichtet den Lifestyle-Bereich. Wegen unzureichender Daten zur Langzeitverträglichkeit raten wir von der Verordnung ab.“ Wegen unzureichender Daten zur Langzeitverträglichkeit raten wir von der Verordnung ab.“¹

Da Schering und seine Tochtergesellschaft Jenapharm die einzigen Anbieter von Drospirenon sind, handelt es sich nach wie vor eindeutig um Direktwerbung. Die Muttergesellschaft Schering kennt ohnehin wenig Hemmung, die Grenzen des Erlaubten zu überdehnen. Auf der deutschsprachigen Website werden ganz unverhohlen die verschiedenen Pillen und ihre „Vorteile“ mit Markennamen angepriesen.²

¹ Unzulässige Werbung für Jenapharm-„Pille“ Aida im Internet. *Blitz-a-t* 7.9.2006

² www.schering.de/scripts/de/20_busareas/gyn_andro/contracept/index.php Zugriff am 8.11.2006



Fortsetzung von S. 3

sein können.¹⁰ Problem ist dabei nicht, dass alles was die Industrie sagt, falsch wäre – Problem ist, dass man nie wissen kann, was falsch und was richtig ist. Deshalb kann die Industrie niemals eine zuverlässige Informationsquelle für PatientInnen (und übrigens genauso wenig für ÄrztInnen) sein.

Mit einer gemeinsamen Erklärung haben fünf unabhängige europäische und internationale Verbände jüngst formuliert, welche Ansprüche an nützliche Gesundheitsinformationen für aufgeklärte Verbraucher zu stellen sind¹¹ – DTCA gehört nicht dazu. (JS)

Dieser Artikel ist zuerst in *Dr.med. Mabuse* 164 erschienen und wurde für den Pharma-Brief überarbeitet.

- 1 Europäische Arzneimittelreform. *Pharma-Brief* 4-5/2004 S. 5-6
- 2 Der Hersteller von Atorvastatin, Pfizer, schaltete z.B. ganzseitige Anzeigen in Tageszeitungen und verstieß so gegen das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel.
- 3 Insulinanaloge bieten keinen greifbaren Zusatznutzen gegenüber Humaninsulinen. Dennoch startete der DDB eine Unterschriftensammlung und Pressekampagne.
- 4 siehe z.B. Barbara Mintzes. *Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs in Canada*. Health Council of Canada. Toronto 2006
- 5 Stefan Ammon. *Pharmaindustrie auf neuen Wegen – Marketing statt Innovationen*. Onkologisches Forum 22.5.2006 www.onkologisches-forum.de/newsdetails+M530f6e7ee62.html
- 6 Colloquium Pharmaceuticum. *Patienten als Zielgruppe im Pharma-Business*. Seminar am 25.10.2006
- 7 Raus aus der Todeszone. *Der Spiegel* Nr. 27, S. 114
- 8 EPAR zu Rimonabant
- 9 *Abnehmpille mit Lifestyle-Potenzial Gute Pillen – Schlechte Pillen* Nr. 5/2006, S. 8
- 10 Joel Lexchin and Donald W Light, *Commercial influence and the content of medical journals*. *British Medical Journal* 17 June 2006 p 1444-1447 Viele weitere Quellen in der von der Weltgesundheitsorganisation und Health Action International gemeinsam betriebenen Website: www.drugpromo.info
- 11 *Relevant health information for empowered citizens*. Joint Declaration of HAI Europe, ISDB, AIM, BEUC, Medicines in Europe Forum. Brussels 2006 www.haiweb.org

Sonia Shah: The Body Hunters Menschliche Versuchskaninchen

Neue Medikamente müssen auf Wirksamkeit und ihre Risiken getestet werden, bevor sie zugelassen werden. Dazu braucht man Versuchspersonen. Doch Menschen werden dabei unnötigen Gefahren ausgesetzt. Mit ihrem Buch *The Body Hunters* zeigt Sonia Shah auf, warum das so ist.

Immer mehr neue Medikamente werden entwickelt, die großen Firmen und ihre Shareholder wollen das so. Dabei geht es weniger um den Nutzen für die Kranken, sondern um das schnelle Geld. Für jeden neuen Wirkstoff riskieren tausende Versuchspersonen ihre Gesundheit, oft im Glauben, etwas Gutes für die Allgemeinheit zu tun. Doch bei den meisten neuen Stoffen ist schon vorher absehbar, dass sie bestenfalls marginalen Zusatznutzen versprechen – schlimmstenfalls aber unvermeidbare Risiken.

Die Geschichte der medizinischen Forschung hat durchaus ihre düsteren Kapitel und Shah zeigt auf, dass die Vorstellung, man könne einigen Personen mit Versuchen durchaus Schaden zufügen, wenn man daraus wichtige Erkenntnisse gewinnt, leider nicht völlig aus der Welt ist. So ist es eigentlich nicht verwunderlich, dass die Dritte Welt immer mehr zum Versuchsfeld für große Pharmakonzerne aus Industrieländern wird. Von einer freien Entscheidung der Versuchspersonen kann dort kaum mehr die Rede sein. Denn wer sagt schon *Nein* zu einer Behandlung im Rahmen eines Tests, wenn die Alternative *keine Behandlung* heißt?

Shah zeigt an zahlreichen Beispielen, auch aus der jüngeren Vergangenheit, dass ethisch unvermeidbare Versuche durchaus nicht die absolute Ausnahme sind, ebenso wie die Tendenz, problematische Versuche in der Dritten Welt durchzuführen.

Shah bietet auch wichtige Lösungsvorschläge. Sie fordert besonders scharfe ethische Kontrollen für die immer wichtiger werdenden kommerziellen Versuchslabors (Contract research organizations; CRO). Deren Ziel ist, so Shah, im Gegensatz zur traditionellen medizinischen Forschung, „nicht Menschenleben zu verbessern oder zu retten, sondern einen Rohstoff zu produzieren: Daten. Das ist eine Industrie und keine soziale Einrichtung.“



Letztlich aber, können bessere ethische Kontrollen das Problem nicht alleine lösen, so Shah. Härtere Anforderungen für die Zulassung von Medikamenten seien dringend erforderlich: „Neue Mittel müssen besser sein, als die bereits auf dem Markt befindlichen und nicht nur besser als gar nichts.“ Das würde die Zahl der eigentlich unnötigen Versuche drastisch reduzieren – und die Gesellschaft würde zwar weniger neue Medikamente bekommen, die würden dafür aber auch wirklich besser helfen.

Viele Facetten und Zusammenhänge des Problems Menschenversuche werden in dem Buch verständlich gemacht. Dabei bleibt es gut lesbar und teilweise spannend wie ein Krimi – nur leider sehr real. (JS)

📖 Sonia Shah. *The Body Hunters*. (englisch)
New York 2006: The New Press
ISBN-10: 1-56584-912-4
ISBN-13: 978-1-56584-912-9
24,95 US\$, ca. 21 €



Pakistan verbietet Metamizol

Die pakistanische Arzneimittelaufsichtsbehörde (DRB) hat mit Wirkung vom 23. Februar 2006 den berüchtigt-berühmten Wirkstoff Metamizol – ein Schmerz- und fiebersenkendes Mittel der Firma Aventis¹ – verboten.

Entsprechend der pakistanischen Arzneimittelgesetzgebung von 1976 müssen Arzneimittel, die von der amerikanischen Aufsichtsbehörde (FDA) als gefährlich eingestuft und vom Markt genommen werden, auch in Pakistan zurückgezogen werden - und dies innerhalb von zwei Wochen. Die FDA hatte schon 1977 Metamizol als gefährlich eingestuft und

vom Markt zurückgezogen - Pakistan folgte nun 29 Jahre später. Das jetzige Verbot umfasst den Import, die Herstellung und den Verkauf aller Metamizolpräparate. In Pakistan fanden sich allein 39 verschiedene Präparate, die von 24 verschiedenen nationalen oder internationalen Arzneimittelherstellern verkauft wurden.² Entsprechend der pakistanischen Ge-

setzung haben die Pharmafirmen nun dafür Sorge zu tragen, die Präparate aus dem Verkehr zu ziehen, sicher zu vernichten und über den gesamten Vorgang das Gesundheitsministerium in Kenntnis zu setzen. Eine gigantische Kontrollaufgabe für das ohnehin nur mager besetzte Gesundheitsministerium.

Zwei Monate nach dem Erlass ergab eine landesweite Untersuchung der unabhängigen pakistanischen Verbraucherschutzorganisation *The Network for Consumer Protection*, dass Metamizol in der Hälfte aller untersuchten Verkaufsstellen noch vorhanden war. Dies war unter anderem deshalb möglich, da Aventis vor Gericht zunächst eine einstweilige Verfügung gegen die Anordnung der pakistanischen Arzneimittelbehörde erreichte. Die unabhängige Untersuchung ergab außerdem, dass metamizolhaltige Kombinationspräparate – trotz eines Verbotes von 1988 – ebenfalls noch im Markt vorhanden waren. Dies wurde dem Gesundheitsministerium mitgeteilt, welches daraufhin sofort einen Brief an die Hersteller verfasste. Inzwischen musste auch Aventis die Regale in pakistanischen Apotheken räumen, der risikoreiche Wirkstoff Metamizol ist im Lande nun nicht mehr erhältlich.³

Metamizol-Risiken

Metamizol wurde von der Firma Hoechst vor rund 80 Jahren entwickelt und eroberte rasch den Markt als Fieber- und Schmerzmittel. Allerdings zeigt das Arzneimittel erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Allergien, Schockzustände und Agranulozytose (Verminderung bestimmter Blutbestandteile), die zum Teil tödlich verlaufen. Mit der sogenannten Boston-Studie (IAAAS) versuchte Hoechst Anfang der 1980er-Jahre den Ruf des heute vor allem in der Dritten Welt noch weit verbreiteten Mittels zu retten. Die Studie kalkulierte das Risiko einer



Foto: Jörg Schaaber

Agranulozytose auf 1:1.000.000 Verbraucher/Woche. Dies ist nicht nur ein übliches Maß (eine Woche statt ein Jahr), die Zahl ist auch auf Grund von methodischen Mängeln in der Studie mit ziemlicher Sicherheit falsch. Die zuständigen deutschen Gesundheitsbehörden kamen nach Auswertung der Meldungen von unerwünschten Wirkungen 1986

In den 1980er Jahren wurde Metamizol in Deutschland noch direkt bei den VerbraucherInnen beworben

Diese werden offensichtlich zunehmend ignoriert: Der Umsatz von Metamizol in Deutschland nimmt seit 1997 stetig zu. 2005 wurden 67 Millionen Tagesdosen verschrieben, 23% mehr als im Vorjahr.²

auf eine Rate von einer Agranulozytose auf 25.000 Verbraucher pro Jahr.¹

Metamizol ist in vielen Industrieländern wie den USA, England, Norwegen, Australien, aber auch in Singapur und Malaysia verboten. In Schweden wurde Metamizol 1974 zunächst verboten, 1996 unter Hinweis auf die IAAAS-Studie wieder zugelassen. 1999 wurde Metamizol dann aufgrund endgültig vom Markt genommen. Es hatte sich gezeigt, dass es bei einer von 1.439 Verordnungen zu einer Agranulozytose kam. In Deutschland ist Metamizol weiterhin als Monopräparat zugelassen – seit 1986 allerdings unter strengen Auflagen.

Diese werden offensichtlich zunehmend ignoriert: Der Umsatz von Metamizol in Deutschland nimmt seit 1997 stetig zu. 2005 wurden 67 Millionen Tagesdosen verschrieben, 23% mehr als im Vorjahr.²

1 BUKO/HAI (eds). *Diypnone – A drug NO one needs*. Bielefeld/Amsterdam 1988
2 Schwabe und Paffrath (Hrsg). *Arzneiverordnungs-Report 2005*. Heidelberg 2006, S. 286-288

Der Verbraucherschutz kam in Pakistan zwar schleppend – aber doch voran. In Deutschland müssen die VerbraucherInnen in Bezug auf Metamizol wohl noch länger warten – in Sachen Medikamentensicherheit sind wir wohl doch noch ein Entwicklungsland. (HD)

1 Der Pharmakonzern Aventis ist ein Zusammenschluss des deutschen Arzneimittelherstellers Hoechst, Erfinder des Wirkstoffs Metamizol, mit dem französischen Konzern Rhône-Poulenc. Inzwischen durch weiteren Zusammenschluss Sanofi-Aventis.
2 *The Network's Watch on medicines: Vol 15, Nr. 01-02, Jan-Apr 2006, S. 3*
3 *Persönliche Mitteilung von Ayyaz Kiani; The Network an Jörg Schaaber, Amsterdam 27.10.2006*



Gesundheitsforschung im Süden mangelhaft

Vielen Ländern des Südens fehlt eine koordinierte Politik für die Gesundheitsforschung im eigenen Land. Das ergab eine internationale vergleichende Untersuchung.¹ Zudem sind internationale Programme der Forschungsförderung oft nicht mit den nationalen Bedürfnissen abgestimmt. Klare Rahmenbedingungen könnten die vorhandene Forschung effektiver machen.

Zu einer guten Gesundheitsversorgung gehört auch Forschung. Sie soll systematisch die Probleme bei der Verhütung und Behandlung von Krankheiten untersuchen und Lösungswege erarbeiten. Auch in armen Ländern wird viel geforscht, teils mit staatlichen Geldern, teils mit Hilfe internationaler Geldgeber wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder gemeinnütziger Stiftungen (Gates, Wellcome, Rockefeller u.a.). Wie gut die Gelder angelegt werden, untersuchte das Projekt COHRED¹ anhand von sechs ausgewählten Ländern in Afrika, Asien und Mittelamerika. Die Ergebnisse fallen zwar sehr unterschiedlich aus, aber zwei Probleme tauchen häufig auf: mangelnde nationale Steuerung sowie falsche Prioritätensetzung. Auch vermeintliche Partnerschaften zwischen Nord- und Süd-Forschungseinrichtungen bringen nicht das, was sie könnten. Statt Forschungskapazitäten im Land aufzubauen, bleiben die Süd-Forscher Handlanger der Industrieländer. Ein Paradebeispiel dafür sind viele internationale multizentrische Studien. Die Rolle der Südpartner beschränkt sich meist auf das Sammeln der Daten. Die Planung der Studie, ihre Auswertung und die Publikation übernehmen Wissenschaftler aus dem Norden.

Zwei Beispiele aus Zentralamerika zeigen Schwierigkeiten und Anstrengungen, sie zu lösen.²

Beispiel Nicaragua: mangelnde Koordination

Im Jahr 2004 wurde in Nicaragua ein Gesundheitsplan beschlossen, der die Ziele für die nächsten 10 Jahre vorgibt. Das wirkt sich aber kaum auf die Forschung aus, die

größtenteils an den öffentlichen Universitäten stattfindet. „Forscher in Nicaragua, die sich auf lokale Schwerpunkte konzentrieren, finden kaum Platz in internationalen Publikationen. Also forschen sie eben zu Themen, die sie besser in den Zeitschriften unterkriegen“, so der Koordinator einer Behörde. Staatliche Gelder bekommen die Forscher nicht. Neben gemeinnützigen internationalen Geldgebern gibt es etliche Kooperationen mit Pharmaunternehmen, insgesamt etwa 150 vertraglich fixierte „Partnerschaften“. Es fließt also viel Geld aus dem Ausland, aber jeder macht was er will. Die nationalen Bedürfnisse werden kaum bedient.

Beispiel Kuba: wenig Geld, viel Dynamik

Nur wenige hundert Kilometer nordöstlich ist die Lage ganz anders. Kubanische Gesundheitsforschung wird zum größten Teil aus der Staatskasse finanziert, es fließt vergleichsweise wenig Geld von der WHO oder der EU. Die Vorgaben für die Forschungsprioritäten kommen von der Regierung, werden aber in einem regelmäßigen Konferenzen mit den Forschenden abgestimmt. Diese Treffen sollen auch die Verknüpfung der Forschung mit der lokalen Gesundheitsarbeit sicherstellen. Aber auch hier läuft nicht alles so, wie es sollte. Probleme wie Alkoholismus, Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen die Hauptkrankheitslast in Kuba aus, finden sich aber in den wissenschaftlichen Publikationen kaum wieder. Dennoch lassen sich trotz der geringen finanziellen Mittel klare Erfolge erkennen. Kuba hat eigene Forschungs- und

Produktionskapazitäten aufgebaut und exportiert inzwischen Medikamente in andere arme Länder.

Vietnam setzt Zeichen

Die Forschungskapazitäten in armen Ländern sind größer als man oft denken mag. Sie zu fördern und zu vernetzen, ist eine nationale Herausforderung. Auf den Philippinen haben die Forschenden in den letzten Jahren ein umfangreiches Informationsnetzwerk mit nationalen und regionalen Datenbanken geschaffen. Hier ist das größte Problem die mangelhafte Integration internationaler Programme. Vietnam hat hier bereits Zeichen gesetzt. Entlang der Millennium Development Goals der Vereinten Nationen wurden eigene „Vietnam-Entwicklungsziele“ zur Minderung der Armut definiert, an denen sich Geldgeber mit ihrer Projektförderung orientieren sollen. (CW)

1 National Health Research. Council on Health Research for Development (COHRED) 2006 www.cohred.org

2 The Global Health Research Agend: A Case Study Approach. COHRED 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, Christiane Fischer
Design: com,ma, Bielefeld
Druck: AJZ Druck und Verlag GmbH, Bielefeld
© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 15 €, Institutionen- oder Auslandsabo 28 €. Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

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 Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften.



Pharmakonzern gründet Patientenorganisation Wolf im Schafspelz

Eine europaweite Organisation soll sich für gerechten Zugang zu Krebsmedikamenten einsetzen. Doch es kommen Zweifel auf, ob das Projekt wirklich den Patienten dienen soll. Cancer United wird komplett vom Pharmakonzern Roche finanziert.

Cancer United hat einen eingängigen Slogan gewählt: „Jeder Krebspatient verdient die bestmögliche Behandlung.“¹ Die Kampagne wird von der Werbeagentur *Weber Shandwick* geleitet. Diese Agentur arbeitet im Auftrag des Schweizer Pharmakonzerns Roche, der verschiedene Krebsmedikamente herstellt, etwa Trastuzumab (Herceptin®) gegen Brustkrebs und Erlotinib (Tarceva®) gegen Lungenkrebs. Die Kampagne beruft sich auf die Ergebnisse einer schwedischen Studie, die ebenfalls von Roche finanziert wurde: In Europa würden zu viele Menschen an Krebs sterben, weil ihnen aus Kostengründen Medi-

kamente vorenthalten würden.² Diese Behauptung wird aber von vielen Krebsexperten in Frage gestellt.³ Zudem steigen die Ausgaben für Krebsmedikamente in den letzten Jahren.⁴

Die Werbeaktion läuft nicht so gut an wie geplant. Verschiedene Abgeordnete des Europäischen Parlaments haben Anfragen zur Mitarbeit abgelehnt. Sie bezweifeln, ob es wirklich um das Interesse der Patienten gehe.⁵ Warum stünde einer Allianz, die sich für Krebsmedikamente einsetzt, ausgerechnet ein Top-Manager des Pharmakonzerns vor, der eben solche Medikamente herstellt? „Cancer Uni-

ted“ gehört auch ein Krebsmediziner aus dem schottischen Edinburgh an. Er bezeichnete es als „lächerlich“, der Kampagne Werbeabsichten zu unterstellen.⁶ Eine Journalistin des *Guardian* fand jedoch heraus, dass dieser Professor selbst auf der Gehaltsliste von Roche steht.

Das Sponsoring von Patienten- und Selbsthilfegruppen ist in der Regel fest im Werbebudget von Pharmaunternehmen eingeplant. Dass eine Firma gleich selbst eine „Selbsthilfegruppe“ gründet, kommt nicht jeden Tag vor, sollte aber um so stütziger machen. (CW)

1 <http://www.cancerunited.org/>

2 Wilking, Jönsson: A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer_Report.pdf

3 M. Coleman, *Cancer World* 26-35, 9/10 2006 <http://www.cancerworld.org/CancerWorld/getStaticModFile.aspx?id=1303>

4 Schwabe, Paffrath: Arzneiverordnungsreport 2006

5 Concern over cancer group's link to drug firm. *Guardian*, 18. 10. 2006

6 Roche defends involvement in cancer campaign. *Pmlive* 24. 10. 2006

Neue Pockengefahr durch Forschung?

Seit 1977 sind die Pocken in der Natur ausgerottet. Seither werden Virenstämme nur noch zu Forschungszwecken in zwei Labors in Russland und den USA aufbewahrt. Viele Länder fordern die endgültige Zerstörung der Viren. Statt dessen wollen US-Forscher mit Hilfe der Gentechnik neue Pockenviren in die Welt setzen.

Für weitere Forschung mit den gefährlichen Pockenviren besteht kein Bedarf.¹ Es wurden wirksame Impfstoffe entwickelt, zu deren Herstellung keine Viren mehr benötigt werden. Ebenso sind Struktur und Erbgut der Viren inzwischen vollständig entschlüsselt, so dass es auch hier keinen Forschungsbedarf mehr gibt. Die medizinische Diagnostik für Pocken ist ebenfalls ausgereift. Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1999 beschlossen, die weltweiten Virenbestände entgeltlich zu zerstören.² Dass dieser Entschluss immer noch nicht in die Tat umgesetzt wurde, liegt an der zustän-

digen Gutachterkommission der WHO, die immer wieder weitere Experimente mit den Viren genehmigt hat. Vor allem US-Forscher möchten die Virenstämme zur Entwicklung neuer antiviraler Medikamente verwenden. In Arbeit sind zwei Wirkstoffe, bei denen gentechnisch veränderte menschlichen Pockenviren an Affen getestet werden.³ KritikerInnen bemängeln, dass das Risiko dieser Experimente durch keinen Nutzen zu rechtfertigen sei. Dem entgegen steht das unkalkulierbare Risiko für den Fall einer unbeabsichtigten Freisetzung von Viren, die zudem noch gentechnisch verändert sind.

Die Vorwürfe richten sich besonders gegen die Gutachterkommission. Die Kommission wird nach Angaben der unabhängigen Organisation „Sunshine Project“ nur von einem einzigen WHO-Mitgliedsstaat finanziert und besteht nur aus Forschern, die selbst in der Pockenforschung aktiv sind. Gefordert wird eine Neubesetzung des WHO-Gremiums durch unabhängige Fachleute und die zügige Erarbeitung eines Zeitplans zur endgültigen Zerstörung der Pockenviren. Das Thema stand zwar auf der Tagesordnung der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006, aber so schnell wird sich nun doch nichts bewegen. Die Lösung der Pockenfrage wurde auf nächstes Jahr vertagt. (CW)

1 www.smallpoxbiosafety.org/

2 Third World Network, The sunshine project: Destruction of Smallpox Virus Stocks: Steps for the World Health Assembly in 2006

3 Third World Network, The sunshine project: Update on Destruction of Variola Virus Stocks (March 2006)



Foto: GNU Roger McLassus.

Flaschenwasser für die Armen?

Das Geschäft mit dem Wasser aus der Flasche boomt. Weltweit greifen immer mehr Menschen zum abgepackten Wasser. Ein einträgliches Geschäft für die vier großen Anbieter Nestlé, Danone, Coca-Cola und Pepsi, die damit zweistellige Zuwachsraten erzielen.

Nicht nur in den Industrieländern wird – trotz hoher Wasserqualität – immer mehr Flaschenwasser getrunken, sondern auch in den Ländern des Südens wird es immer beliebter. Die Konzerne profitieren davon, dass es Regierungen oft nicht schaffen, überall sauberes Trinkwasser bereitzustellen? So wird Flaschenwasser oft zur einzigen Möglichkeit, sauberes Wasser zu erhalten. Doch der Preis ist im doppelten Sinne hoch. Flaschenwasser ist teuer und übersteigt die finanziellen Möglichkeiten armer Menschen erheblich. Eine durchschnittliche indische Familie müsste mehr als die Hälfte ihres Monatseinkommens für ihren Trinkwasserbedarf aufwenden, wenn sie es in Flaschen abgefüllt kaufen würde. In Afrika würde der Jahresverdienst kaum für das Wasser eines Monats ausreichen.¹ Besonders pikant ist die Tatsache, dass die Menschen manchmal gerade wegen des Flaschenwassers auf dem Trockenen sitzen. Die Konzerne kaufen immer öfter die Nutzungsrechte an einheimischen Wasservorkommen auf und pumpen diese für das Flaschenwasser

ab. So betreibt Coca-Cola im südindischen Bundesstaat Kerala eine Fabrik, in der Softdrinks und Kinley-Flaschenwasser abgefüllt werden. Dafür werden täglich 800.000 Liter Grundwasser verwendet, mit der Folge, dass der Grundwasserspiegel des Gebietes sinkt und die Brunnen in den Dörfern der Umgebung trocken fallen.² Als Folge müssen nun Tausende Menschen viel weitere Wege zurücklegen, um sauberes Trinkwasser zu erhalten. Sie zahlen in jedem Fall den doppelten Preis.

So kann man sich der Forderung des Weltsozialforums in Porto Allegre 2002 nur anschließen: „Wasser gehört allen Lebewesen auf der Erde und darf deshalb nicht als eine Ware behandelt werden.“ (HD)

Deutschland: Selbstzensur

Die Zeitschrift für Allgemeinmedizin hat eine komplette Ausgabe eingestampft, um die Veröffentlichung eines pharmakritischen Artikels zu Magenmitteln stoppen.

Es handelte sich dabei um den zweiten Beitrag einer Serie zur rationalen Arzneitherapie. Der erste Beitrag zu Blutdrucksenkern hatte zu heftigen Reaktionen der Anzeigenkunden geführt, deren Präparate nicht besonders gut weggekommen waren. Daraufhin entschied sich der Verlag, die nächste Ausgabe noch einmal neu zu drucken, statt dem zweiten Teil der Serie fand sich eine Anzeige auf der betreffenden Seite. Dummerweise hatte man aber vergessen, den Beitrag aus dem Inhaltsverzeichnis zu löschen. Der betroffene Hauptautor, Prof. Michael Kochen (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, DEGAM) bezeichnete in der Süddeutschen Zeitung die Entscheidung als „vorausseilende Zensur des Verlages“.³

Absurderweise zahlt die DEGAM dem Thieme-Verlag eine hohe Summe, damit alle Mitglieder die Zeitschrift erhalten. Aufgrund dieser Zuwendung ist die *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* werbefrei. Aber bei Thieme erscheinen eben auch etliche Zeitschriften mit Pharmawerbung. Und mindestens ein Hersteller, der sich über den ersten Beitrag von Prof. Kochen beschwerte, beließ es nicht bei Drohungen: Takeda zog drei Anzeigen bei Thieme-Zeitschriften zurück.

Auch die im „Med Komm Verlag“ erscheinende Zeitschrift *Der Hausarzt*, der den Beitrag zu Magenmitteln bereits zur Veröffentlichung angenommen hatte, bekam kalte Füße und druckte den Artikel von Kochen und Niebling nicht.⁴ Wer den Beitrag nachlesen möchte, muss auf das *arznei-telegramm* zurückgreifen, das sich nach der Doppelzensur zur Veröffentlichung entschloss. Im Gegensatz zu den oben genannten Verlagen ist es wirklich unabhängig und frei von Pharmawerbung. Ein kleiner, aber bedeutsamer Unterschied. (JS)

1 Flaschenwasser ist eine Vergeudung von Ressourcen, *Welternährung* 3/06, S. 2

2 www.menschen-recht-wasser.de/ware-wasser/40_216_DEU_HTML.php

3 Vorausseilende Zensur. *Süddeutsche Zeitung* 19.9.2006

4 Zensur im Doppelpack. *arznei-telegramm* 11/2006 S. 103-104

Das Letzte

„VISTABEL® ist indiziert zur vorübergehenden Verbesserung des Aussehens bei mittelstarken bis starken vertikalen Falten zwischen den Augenbrauen beim Stirnrunzeln“

Wer diese Beschreibung für eine Satire am Trend zu Lifestyle-Arzneimitteln hält, der irrt. Es handelt sich um ein Medikament der Firma Allergan mit dem Wirkstoff Botulinumtoxin Typ A, zugelassen am 27.1.2006 (Quelle: Fachinformation für Vistabel® Stand Januar 2006)