

# PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-0933



H 11898

## Neue Arzneimittel für die Armen WHO einigt sich auf Strategie

**Umfangreiche Maßnahmen sollen in den kommenden Jahren die Arzneimittelentwicklung für die Dritte Welt ankurbeln. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird dabei eine wichtige Rolle einnehmen. Denn die bisherigen profitorientierten Forschungsstrukturen sind unzureichend und neue Wege müssen beschritten werden.**

Über ein Jahr hatte die "Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property" der WHO (IGWG) verhandelt und ein neues Konzept der Forschungsförderung entwickelt. Obwohl noch einige wenige Details der Strategie geklärt werden müssen, hat die Weltgesundheitsversammlung am 24. Mai in Genf das Dokument verabschiedet und damit ein klares Zeichen gesetzt. In den kommenden Monaten wird ein Aktionsplan für Forschung und Entwicklung (F&E) erstellt, der die Umsetzung der Strategie verschiedenen Akteuren zuweist: WHO, Regierungen, Industrie, privaten gemeinnützigen Organisationen. Die Strategie gliedert sich in acht Elemente:

### 1. Prioritäten für F&E setzen

Die Krankheitslast ist weltweit unterschiedlich verteilt. Manche Krankheiten gibt es zwar fast überall, aber arme Länder sind besonders stark betroffen. Beispiele hierfür sind AIDS, Malaria und Tuberkulose. Andere Krankheiten wie Chagas, Dengue oder Schlafkrankheit treten nur in tropischen Gebieten auf – das sind vernachlässigte Krankheiten. Dass hier enormer Forschungsbedarf besteht, darin sind sich alle einig. Aber was ist mit Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Unter ih-



Foto: Christian Wagner-Ahlf

nen leiden arm und reich gleichermaßen – und mit Medikamenten für diese Krankheiten machen die Pharmakonzerne ihre großen Gewinne. Entwicklungsländer haben aber auch in diesen Bereichen enorme Versorgungslücken. Die Industrie übt großen Druck auf die Regierungen aus, die Patente ihrer gewinnträchtigen Produkte nicht zu untergraben. Regierungen aus Entwicklungsländern stellten aber klar: diese Krankheiten betreffen uns ebenfalls, sie müssen in den Aktionsplan eingeschlossen werden.

### 2. F&E fördern

Welche Mechanismen können die Forschung anregen? Wenn Patente als Belohnung versagen, was dann? IGWG legt sich hier

## Editorial

*Liebe LeserInnen, Big Pharma ist in Schwierigkeiten. Langsam wird auch dem Letzten klar, dass von den Multis keine neuen Medikamente zu erwarten sind, solange sie nicht fette Umsätze versprechen. Die WHO hat die Konsequenzen gezogen und will die Forschung anders organisieren (siehe Leitartikel). Ob ein neuer „Access Index“ das Image der Firmen verbessern kann, ist mehr als zweifelhaft (S. 6). Der Widerstand gegen die gesundheits-schädlichen Praktiken der Konzerne wird immer stärker: ob in Indien, Thailand oder München (S. 8).*

*Spannende Lektüre wünscht Ihnen Ihr*

*Jörg Schaaber*

## Inhalt

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| <b>Südafrika</b> .....         | <b>4</b> |
| <i>Dr. Rath gestoppt</i>       |          |
| <b>AIDS</b> .....              | <b>4</b> |
| <i>Zu wenig Fortschritt</i>    |          |
| <b>HPV-Impfung</b> .....       | <b>5</b> |
| <i>Genugtuung für Kritiker</i> |          |
| <b>Firmenindex</b> .....       | <b>6</b> |
| <i>Keine Aussagekraft</i>      |          |

In der Heftmitte: *Pharma-Brief Spezial TB „Ich hust dir was“*



auf kein bestimmtes Modell fest, fordert aber eindeutig dazu auf, neue Modelle zu entwickeln und zu prüfen (siehe unten). Eine wesentliche Rolle spielt dabei die öffentliche Forschung mit dem Prinzip, dass öffentlich finanzierte Forschungsergebnisse auch für alle zugänglich sein müssen. Das beginnt mit der Verpflichtung, öffentliche Forschungsprojekte in kostenlos zugänglichen Datenbanken zu publizieren (open access data base). Ergebnisse öffentlicher Forschung sollen nicht – wie bisher üblich – patentiert und mit exklusiven Lizenzen monopolisiert werden, statt dessen sollen andere Lizenzverfahren (offene Lizenzen, gerechte Lizenzen) einen besseren Zugang sicherstellen.

Ein weiterer Vorschlag ist die Öffnung industrieller Wirkstoffbibliotheken für non-profit Forschungseinrichtungen. Diese könnten dann neue Zielmoleküle für die weitere Forschung identifizieren. Bei den IGWG-Verhandlungen konnte man sich allerdings nur auf eine freiwillige Öffnung der Industrie-Bibliotheken einigen.

### 3. Aufbau innovativer Kapazität

Ziel ist der Auf- und Ausbau von Forschungsstrukturen in Entwicklungsländern. Diese können selbst viel zur Krankheitsbekämpfung im eigenen Land beitragen. Streitpunkt bei den Verhandlungen war der Umgang mit traditioneller Medizin und traditionellem Wissen. Ein Vorschlag ist, das Wissen über Heilpflanzen zur Entwicklung neuer Medikamente zu verwenden. Dieses Wissen ist ein Schatz, den arme Länder zum Aufbau einer lokalen Industrie nutzen können. Doch es besteht die Gefahr der Biopiraterie: multinationale Konzerne könnten das Wissen patentieren und einen neuen wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Kolonialismus etablieren. Man hat sich auf eine offene Formulierung geeinigt, die die nationale Entscheidungssouveränität an oberste Stelle setzt: „F&E in

traditioneller Medizin zu fördern in Übereinstimmung mit nationalen Prioritäten und Gesetzen [...] und internationaler Instrumente [...] einschließlich dem Schutz traditionellen Wissens und der Rechte indigener Völker“.<sup>1</sup>

### 4. Technologietransfer

Der Aufbau von Produktionskapazitäten in Entwicklungsländern ist ein wichtiger Schritt zur Unabhängigkeit von Importen. Viele Medikamente können lokal produziert werden – unter Einhaltung von Qualitätsstandards zur Sicherheit der VerbraucherInnen! Konkurrernde Hersteller senken zudem den Preis. Indien, Brasilien und Südafrika haben bereits starke Produktionskapazitäten. Andere Länder haben kleinere Fabriken zur Verarbeitung von Vorprodukten, das ist ein guter Ausgangspunkt.

### 5. Geistige Eigentumsrechte

Dieses Element wurde während der Verhandlungen in „Anwendung und Management von geistigem Eigentum als Beitrag zur Innovation und zur Förderung von öffentlicher Gesundheit“ umbenannt. Dahinter verbirgt sich einer der grundlegenden Konflikte des IGWG-Prozesses: Auf der einen Seite der Bedarf nach Zugang zu günstigen Medikamenten, auf der anderen Seite das Interesse der Industrie, mit Hilfe von Monopolen maximale Gewinne zu erwirtschaften. Dieser Konflikt konnte auch bei IGWG nicht beseitigt werden. Der Kompromiss: Entwicklungsländer werden beim Aufbau von Systemen zum Management von Patenten unterstützt. Dazu gehört auch Unterstützung beim Einsatz von Zwangslizenzen zur Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit preiswerten Medikamenten!

### 6. Zugang verbessern

Auch ein funktionierendes und ausreichend finanziertes nationales Gesundheitssystem ist wichtig für eine gute Arzneimittelversorgung. Es sorgt für gute Standards

in der Zulassung und etabliert Qualitätskontrollen entlang der gesamten Verteilungskette von der Herstellung über den Großhandel bis zu den PatientInnen. Es reguliert die Arzneimittelpreise und fördert den Gebrauch von Generika. Forschung für den optimalen und kostensparenden Einsatz von Medikamenten soll gefördert werden.

### 7. Nachhaltige Finanzierung

Ein heikler Punkt: die besten Strategien nützen nichts ohne ausreichende Finanzierung. Deshalb müssen die Regierungen verbindliche Zusagen machen. Ebenfalls diskutiert werden neue zusätzliche Finanzierungsmechanismen. Die WHO wird eine Arbeitsgruppe einberufen, in der etwa 40 Länder unter anderem eine „Solidaritätsabgabe“ in Betracht ziehen werden. Oder warum nicht eine Steuer auf finanzielle Transaktionen einführen? Der Devisenhandel ist weltweit der umfangreichste Finanzhandel – völlig steuerfrei. Schon eine Steuer von 0,005% würde enorme Gelder für die non-profit Forschung erbringen, den Markt aber kaum beeinflussen. Andere Länder – etwa Frankreich – erheben eine Zusatzsteuer auf Flugtickets, die an UNITAID geht und die kostenlose Verteilung von HIV-Medikamenten in Entwicklungsländern ermöglicht.

### 8. Erfolgskontrolle

Die WHO wird die Hauptverantwortung für die Umsetzung der IGWG-Maßnahmen tragen. Alle zwei Jahre wird die Weltgesundheitsversammlung detailliert über die Fortschritte unterrichtet.

### Ein großer Schritt

Wie ist der IGWG-Prozess zu bewerten? Der größte Erfolg bisher war die Diskussion an sich. Sie wurde möglich durch ein grundlegendes Eingeständnis: wir haben ein Problem mit der gewinnorientierten Pharmaforschung, weil sie wesentliche Teile der Weltbevölkerung sträflich vernachlässigt –



und wir müssen neue Wege beschreiten, um dieses Problem zu lösen. Vor wenigen Jahren wäre ein solches Bekenntnis (unter Einbeziehung der Pharma-Industrie!) undenkbar gewesen. Die wesentliche Errungenschaft: Arzneimittelentwicklung und -versorgung wird als öffentliche Aufgabe begriffen. Die IGWG-Strategie bietet viele Ansatzpunkte für öffentliches Eingreifen in den Markt.

Sie hat auch die Rolle der WHO im Bereich Arzneimittel gestärkt. Die WHO ist die größte demokratisch legitimierte Gesundheitsorganisation. Aber sie hat in den letzten Jahren zusehends an Einfluss verloren. Das liegt zum Teil am fehlenden Geld. So hat die Gates Stiftung mittlerweile einen größeren Gesundheitsetat als die WHO. Wenn die WHO nun in ihrer koordinierenden Rolle gestärkt wird, ist das ein klares Bekenntnis zur Demokratie.

### Wie weiter?

In Zukunft werden unterschiedliche Forschungsmodelle gefördert. Die Pharmaindustrie ist vor allem an so genannten Advanced Market Commitments interessiert, das sind Gewinngarantien für neu entwickelte Produkte. Dieses Modell der Industriesubvention wird zwar von einigen Ländern unterstützt, ist aber glücklicherweise bei den IGWG-Verhandlungen größtenteils auf Ablehnung gestoßen. Viele Regierungen bevorzugen "Product Development Partnerships". Oberste Melasse für die Einschätzung solcher Kooperationen mit der Industrie muss die Verfügbarkeit des Endproduktes sein. Viele Projekte setzten auf exklusive Vermarktungsrechte und unterscheiden sich darin kaum von der bisherigen Praxis der Pharmaunternehmen. Bemerkenswerter Vorreiter ist die "Drugs for Neglected Diseases Initiative" (DNDi), die neue Medikamente ohne Patentschutz entwickelt.

Ein anderes Modell ist die Forschungsprämie (Prize Fund), mit der Firmen für sinnvolle Neuentwicklungen entlohnt werden.<sup>2</sup> Statt eines Patents wird eine festgelegte Geldsumme (Prämie) gezahlt, mit der die Forschungskosten abgedeckt werden. Da das Patentmonopol weg fällt, kann das neue Produkt ohne Verzögerung weltweit als günstiges Generikum produziert werden. Aktuell wird diskutiert, ob nicht eine oder mehrere Regierungen eine solche Prämie für die Entwicklung neuer Tuberkulose-Diagnostika ausloben könnten.

Das weitreichendste Konzept betrachtet Arzneimittel als öffentliches Gut: Die Forschungskosten werden komplett durch öffentliche Gelder abgedeckt. Der Zugang wird nicht mehr über Exklusivrechte (=Patente) beschränkt. Die Mittel können sofort preiswert als Generika produziert werden.

Welches Modell das beste ist, muss die Zukunft zeigen. Die entscheidende Messlatte wird sein, wie gut die neu entwickelten Medikamente tatsächlich verfügbar sein werden. Eine Innovation macht nur dann Sinn, wenn die Menschen Zugang dazu haben. Organisationen wie HAI, Knowledge Ecology International (KEI), und Ärzte ohne Grenzen (MSF) fordern deshalb neue Finanzierungsmodelle für die Forschung. Diese müssen zwei wesentliche Kriterien aufweisen: 1) kein Monopol für die Herstellung; und 2) den Preis des Arzneimittels von den Forschungskosten abkoppeln. Die beiden letztgenannten Modelle erfüllen diese Voraussetzungen am besten.

### Bundesregierung muss handeln

Die IGWG-Strategie ist nicht rechtlich bindend. Damit sie nicht zum Papiertiger wird, müssen Regierungen aktiv werden. Auch die Bundesregierung ist jetzt in die Pflicht genommen. Dazu wurde am 29. Mai ein Antrag der SPD-

und CDU-Fractionen vom Bundestag angenommen.<sup>3</sup> Die Bundesregierung soll die lokale Arzneimittelherstellung in Entwicklungsländern fördern. Entwicklungsländer sollen bei der Anwendung der so genannten TRIPS-Flexibilitäten unterstützt werden, das sind vor allem Zwangslizenzen.

Richtungsweisend ist die Aufforderung, „neben den Anreizen durch das Patentsystem wirksame neue Instrumente zur Innovationsförderung zu prüfen bzw. zu stärken“. Das erfordert viel politischen Mut, bietet aber die Chance, festgefahrene Wege der Industrieförderung zu verlassen. (CW)

- 1 WHO 2008. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Resolution WHA 61.21. Element 1.3 [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_R21-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf)
- 2 [www.keionline.org](http://www.keionline.org)
- 3 Bundestag Drucksache 16/8884 vom 23.4.2008

### Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, e-mail: [pharma-brief@bukopharma.de](mailto:pharma-brief@bukopharma.de)  
Homepage: [www.bukopharma.de](http://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  
Design: com,ma, Bielefeld  
Druck: AJZ Druck und Verlag GmbH, Bielefeld  
© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 17 €, Institutionen- oder Auslandsabo 32 €. Für Mitgliedsgruppen der 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.



Dieser Pharma-Brief wurde mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Für seinen Inhalt ist allein Gesundheit und Dritte Welt e.V. verantwortlich; er gibt nicht den Standpunkt der Europäischen Union wieder.



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften.



## Mit Vitaminen gegen AIDS? Rath muss Versuche in Südafrika stoppen

**Der Vitaminhändler Dr. Rath preist seine Mittelchen gegen alle möglichen Krankheiten an. In Südafrika hat er sie AIDS-Kranken aufgeschwatzt und auch Versuche an Menschen durchgeführt. Der Oberste Gerichtshof der Kap-Provinz hat ihm seine gesundheits-schädlichen Praktiken jetzt untersagt.<sup>1</sup>**

Der umstrittene deutsche Mediziner Dr. Matthias Rath betreibt seine Geschäfte aus den Niederlanden. Seit mehreren Jahren ist Rath auch in Südafrika aktiv und preist seine Vitaminprodukte als angebliche Alternative zu den international gebräuchlichen AIDS-Medikamenten an.<sup>2</sup> Das hat fatale Folgen: Viele Menschen glauben seinen Versprechungen und fangen nicht rechtzeitig eine Behandlung mit den wirksamen antiretroviralen Medikamenten an oder brechen diese gar ab. Rath eröffnete in den Elendsvierteln von Kapstadt sogar eigene Behandlungszentren und führte Versuche durch - zum Teil mit tödlichen Folgen, wie die Treatment Action

Campaign (TAC) berichtete.<sup>3</sup> TAC als Zusammenschluss von Betroffenen, Kirchen und Gewerkschaften, hatte deshalb gemeinsam mit dem südafrikanischen Ärztenverband Dr. Rath verklagt. Das Gericht erklärte die Versuche von Dr. Rath jetzt für illegal und verbot ihm sein Produkt VitaCell mit der Behauptung zu bewerben, es helfe gegen AIDS, solange es in Südafrika nicht als Medikament zugelassen ist. Es ist allerdings äußerst unwahrscheinlich, dass Rath eine Zulassung für das bislang als Nahrungsergänzungsmittel verkaufte VitaCell beantragt.

Mit auf der Anklagebank saß auch die südafrikanische Gesund-

heitsministerin Tshabalala-Msimang – wegen Untätigkeit. Statt entschieden gegen die Praktiken des Dr. Rath vorzugehen, hatte sie 2006 sogar erklärt, dass sich Raths Arbeit mit den Programmen der Regierung ergänze.<sup>4</sup> Das Kapstädter Gericht ordnete ausdrücklich an, dass die Ministerin und ihr Ministerium dafür verantwortlich sind, die Verbote durchzusetzen. Sie müssen auch 10% der Prozesskosten tragen. TAC forderte nach dem Urteil den Rücktritt von Tshabalala-Msimang. Die Gesundheitsministerin trägt den Spitznamen „Frau Rote Beete“, weil sie die Knolle und Olivenöl als Mittel gegen AIDS empfahl<sup>5</sup> und die Umsetzung der Behandlungsprogramme für AIDS-Kranke immer wieder verzögert hat. (JS)

1 The High Court of South Africa. Urteil vom 13. Juni 2008. Case No. 12156/05

2 Vitamine gegen AIDS in Südafrika? *Pharmabrief* 9-10/2004, S. 2

3 TAC. Analysis of deaths on Matthias Rath illegal clinical trial. 2 November 2005 [www.tac.org.za/Documents/ns02\\_11\\_2005.htm](http://www.tac.org.za/Documents/ns02_11_2005.htm)

4 Der streitbare Vitamin-Doktor. *Frankfurter Rundschau* 17.6.2008

5 Andy Gray. AIDS und Ernährung in Südafrika. *Pharma-Brief* 2/2003, S. 2-3

## Absichtserklärungen reichen nicht! Auch 2010 keine AIDS-Medikamente für alle

**Die Behandlung, Prävention, Pflege und Betreuung von HIV-Kranken müsse dramatisch ausgeweitet werden. Das hatten die Vereinten Nationen im Jahr 2001 beschlossen. Bis 2010 – so damals die Absichtserklärung der UN-Mitgliedsstaaten – sollten alle PatientInnen, die AIDS-Medikamente brauchen, in Behandlung sein. Die Realität bleibt hinter den Versprechungen jedoch weit zurück.**

Bei der UNGASS-Konferenz vom 10.-11. Juni 2008 trafen sich in New York die MinisterInnen und VertreterInnen aus dem Gesundheits- und Entwicklungshilfebereich der UN-Mitgliedsstaaten, um weltweite Fortschritte zu HIV/AIDS zu überprüfen. Misserfolge hängt man ungern an die große Glocke. UN-Generalsekretär Ban Ki Moon feierte es lieber als großen Erfolg, dass Ende 2007 fast drei Millionen HIV-Positive in armen Ländern Zugang zu lebensverlängernden AIDS-Medikamenten haben (immerhin ein Zuwachs von 42 Pro-

zent gegenüber dem Vorjahr).<sup>1</sup> Nach wie vor leben aber weitere sieben Millionen HIV-Positive in Ländern des Südens, die Behandlung bräuchten, sie aber nicht bekommen.<sup>2</sup> Das jetzt erreichte Ziel, drei Millionen PatientInnen mit Aids-Therapien zu versorgen, hatte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits für 2005 vorgenommen<sup>3</sup>. Ein Zugang zur AIDS-Therapie für alle, die sie brauchen, ist noch lange nicht erreicht, so das traurige Resümee von New York.

HIV-Positive mit latenter TB-Infektion haben ein um das 50fache erhöhtes Risiko an TB zu erkranken als HIV-Negative.<sup>4</sup> Dabei lässt sich eine aktive TB durch eine sechsmonatige Therapie mit Isoniazid bei den meisten Co-Infizierten vermeiden. Die Kosten sind mit nur zwei US \$ gering. Dennoch erhielten 2006 nur weniger als ein Promille der HIV-Positiven diese vorbeugende Behandlung.<sup>5</sup> Auch die Therapie einer aktiven TB kostet in armen Ländern nur 20 US \$. Dennoch erhalten nur 31% dieser PatientInnen die notwendigen Medikamente gegen beide Krankheiten.<sup>2</sup> Meist fehlt der politische Wille, alle HIV-Kranken auf eine Infektion mit dem Tuberkelbakterium hin zu untersuchen. Eine sogenannte präventive Therapie der TB-Infektion bei AIDS-PatientInnen und die konsequente Behandlung von aktiver TB könnte das Leben vieler HIV-Krankter retten. Denn



Tuberkulose gilt längst als Haupttodesursache von HIV-Kranken. Die UN-Vollversammlung ruft dazu auf, alle HIV-Infizierten auf eine TB-Infektion oder eine aktive TB hin zu untersuchen und entsprechend zu behandeln.<sup>6</sup> Immerhin ein Schritt in die richtige Richtung! (CF/CJ)

1 Press Release, Progress in AIDS response but still a long way from meeting global targets, 2008 High-Level Meeting on AIDS

- General Assembly, United Nations, New York 10 – 11 June 2008 [http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20080609\\_hlm\\_pr\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20080609_hlm_pr_en.pdf)
- 2 [www.avert.org/aidstarget.htm](http://www.avert.org/aidstarget.htm)
- 3 WHO 3 by 5 initiative, [www.who.int/3by5/en/](http://www.who.int/3by5/en/)
- 4 HIV TB Global Leaders Forum 2008. HIV/ TB Talking points. [www.stoptb.org/events/hivtbleaders/assets/documents/talking\\_points.pdf](http://www.stoptb.org/events/hivtbleaders/assets/documents/talking_points.pdf)
- 5 HIV TB Global Leaders Forum 2008. Facts on HIV/TB. [www.stoptb.org/events/hivtbleaders/assets/documents/languages/English/FACT%20SHEET\\_English\\_.pdf](http://www.stoptb.org/events/hivtbleaders/assets/documents/languages/English/FACT%20SHEET_English_.pdf)
- 6 Stop TB Partnership, World leaders at UN meeting call for joint action to reduce tuberculosis deaths among people living with HIV, Press Release New York, 9 June 2008

## Genugtuung für HPV-Impfkritiker

Der australische Wissenschaftler Dr. Andrew Gunn hatte wegen kritischer Äußerungen zum Nutzen der HPV-Impfung Ärger mit der University of Queensland bekommen. Jetzt rudert die Uni-Leitung zurück.

Die Universität hatte Andrew Gunn mit rüden Worten aufgefordert, sich beim Hersteller des HPV-Impfstoffs Gardasil®, der australischen Firma CSL, für seine in einer Radiosendung gemachten Äußerungen zu Gardasil® zu entschuldigen. Bei dem Wirkstoff handelt es sich um eine gemeinsame Entwicklung der akademischen Forschungseinrichtung und CSL. Die Firma unterstützt die Universität finanziell. Der Maulkorb für Dr. Gunn hatte eine Welle der Empörung unter AkademikerInnen ausgelöst, die um die Freiheit von Forschung und Lehre fürchten, wenn Sponsoren Einfluss auf die Äußerungen von WissenschaftlerInnen nehmen.

Der Protest hat gewirkt. Der Vizekanzler ließ jetzt öffentlich mitteilen: „Die Universität räumt ein, dass das Schreiben an Dr. Gunn angesichts der Umstände unangemessen war. Wenn Dr. Gunn meint, dass eine Entschuldigung nicht angemessen ist, wird die Universität der Sache nicht weiter nachgehen.“<sup>1</sup> Auch wenn diese Entschuldigung ein wenig lahm wirkt, kommt sie einem Eingeständnis gleich, einen Fehler begangen zu haben. Grundsätzlich ist der Umgang mit der Meinungsfreiheit aber noch nicht geklärt, denn die Universität will ein

Verfahren einführen, um künftig Unklarheiten bei der Nennung von durch die Universität verliehenen akademischen Titeln bei Honorarmitarbeitern zu vermeiden. Prof. Wayne Hall, die an der University of Queensland Wissenschaftsethik lehrt, sieht große Probleme zweierlei Maß anzulegen, da ungefähr die Hälfte der akademischen MitarbeiterInnen keine feste Stelle an der Universität haben: „Ich habe keine Probleme mit mehr privaten Geldern für die Universität, aber ich denke, wir brauchen klare Regeln, dass AkademikerInnen das Recht haben, ihre Meinung zu äußern und dass das auch für Themen gilt, bei denen das der Universität aus monetären Gesichtspunkten vielleicht Nachteile bringt.“<sup>1</sup>

Die Debatte ist also keineswegs zu Ende. Um so mehr muss es verwundern, wenn das Medical Journal of Australia einen Leserbrief zu der Affäre um Dr. Gunn mit folgenden Worten ablehnt: „Obwohl uns die akademische Freiheit und die Freiheit von institutioneller Zensur sehr wichtig ist, halten wir unsere Zeitschrift nicht für den richtigen Ort, diese Angelegenheit zu diskutieren.“<sup>2</sup>

- 1 University admits error over forced Gardasil apology. ABC TV [www.abc.net.au/7.30/content/2007/s2246224.htm](http://www.abc.net.au/7.30/content/2007/s2246224.htm)
- 2 Brief vom 15. Mai 2008 an Dr. Joel Lexchin, York University, Toronto, Kanada



### Tuberkulose – „Da kriegste die Motten!“

Materialien für die Klassen 9-12

Über acht Millionen Menschen erkranken jährlich weltweit an Tuberkulose, ein Drittel davon stirbt. Die Unterrichtsmappe vermittelt neben medizinischem Grundwissen insbesondere die globale Dimension der Krankheit und stellt internationale Strategien zu ihrer Bekämpfung vor. Der soziale Aspekt der TB als Armutserkrankung wird ebenso beleuchtet wie ihre wechselvolle Geschichte in Deutschland. Viele Aktionstipps, darunter ein Leitfaden für ein Theaterprojekt, runden das fächerübergreifende Unterrichtspaket ab.

#### Unterrichtsmappe Tuberkulose. „Da kriegste die Motten“

Inklusive didaktischer Begleitbroschüre für LehrerInnen, Schülerarbeitsblätter als Kopiervorlage, zwei Themenheften zu TB sowie einer DVD mit einer elektronischen Fassung der Materialien, Filmen, historischen Fotos und Power-Point-Präsentationen. Hrsg: BUKO Pharma-Kampagne und DAHW  
Preis: 20,- € (zzgl. 5 € Versandkosten)  
ISBN-13: 978-3-928879-29-3  
Erhältlich ab August 2008 bei der Pharma-Kampagne, A.-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, [info@bukopharma.de](mailto:info@bukopharma.de)



## Zu kurz gesprungen Index für Zugang zu Medikamenten

**Eine Hitliste der größten Pharmaunternehmen soll zeigen, wer am meisten für den Zugang zu Medikamenten tut. Die Aussagekraft der Datensammlung ist aber äußerst begrenzt. Sie dient mehr der positiven Außendarstellung der Firmen als den PatientInnen in armen Ländern.**

Die Studie stammt von der niederländischen Access to Medicines Foundation, die von einem ehemaligen Pharma-Werbemanager gegründet wurde. Geld-Anleger achten immer mehr auf die soziale Verantwortung. So hoffen die Initiatoren, die Firmen durch einen standardisierten Vergleich mit der Konkurrenz zu beeinflussen.<sup>1</sup>

Grundsätzlich problematisch ist, dass die Vergleiche auf Informationen beruhen, die von den Unternehmen selbst geliefert wurden. Die eigentlich Betroffenen, Menschen und Regierungen in armen Ländern, wurden nicht befragt. Wie aussagekräftig sind die Kriterien überhaupt?

### Zugang zu Arzneimitteln

Der Index misst keineswegs, wie der Name suggeriert, den Zugang zu Arzneimitteln. Gewertet wird lediglich, ob es im Management explizit eine Verantwortlichkeit für das Thema gibt. Der Index nimmt für sich in Anspruch, die Praxis der größten Firmen unter die Lupe zu nehmen. Vielleicht ist es kein Zufall, wenn er mit diesem Prinzip bricht, indem er zwei große indische Generikafirmen (Cipla und Ranbaxy<sup>2</sup>) mit in die Bewertung aufnimmt. Denn diese sind für die Versorgung der AIDS-Kranken in armen Ländern deutlich wichtiger als die großen Multis, die – trotz Preissenkungen für diese Länder – ihre Mittel in der Regel deutlich teurer anbieten. Trotzdem liegen Cipla (Platz 14) und Ranbaxy (Platz 16) ziemlich am Schluss der Bewertung der insgesamt 20 gelisteten Firmen. Auch das weckt Zweifel an der Sinnhaftigkeit des Rankings.

### Forschung

Angeblich wird in dem Index erfasst, ob die Forschung und Entwicklung des Unternehmens die globale Krankheitslast widerspiegelt. Die Bewertungen sind aber überhaupt nicht nachvollziehbar. Eine Firma, die überhaupt Forschung zu vernachlässigten Krankheiten macht, kann die volle Punktzahl bekommen.

Ebenso kann mit der Unterstützung von Product Development Partnerships gepunktet werden. Ein Engagement, das die Firmen aber meist nicht viel kostet, weil die Finanzen hauptsächlich von gemeinnützigen Stiftungen und aus öffentlichen Geldern bestritten werden (wir berichteten<sup>3</sup>).

### Preispolitik

Wenn eine Firma gestaffelte Preise je nach Entwicklungsstand eines Landes hat, wird das positiv gewertet. Dabei wird aber an keiner Stelle das absolute Preisniveau gewertet. Also, ob die abgesenkten Preise niedrig genug sind, um eine Versorgung der Bevölkerung vor Ort zu gewährleisten und wie hoch die Preise im Vergleich zu Generika liegen. Auch die Sinnhaftigkeit der Produkte spielt eine untergeordnete Rolle.

### Patentrechte

Die volle Punktzahl bekommt eine Firma, die die Rechte armer Länder auf Zwangslizenzen respektiert – das sollte aber eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Dass Abbott aufgrund seiner starren Haltung in Thailand<sup>4</sup> abgewertet wird, ist also wenig erstaunlich.

### Beeinflussung positiv?

Warum Lobbyarbeit der Pharmakonzerne positiv gewertet wird, bleibt ein Rätsel. Pharma-Lobbyisten haben die Aufgabe, die Umsätze ihrer Firmen zu sichern. Dafür werden sie gut bezahlt. Und Zahlungen an Patientenorganisationen und Politik werden nicht schon dadurch gut, dass man sie transparent macht.

### Wohltätigkeiten

Obwohl man darüber streiten könnte, ob Wohltätigkeit zu den Zielen einer gewinnorientierten Industrie gehört oder nicht vielmehr Teil der Firmen-PR ist, wird auch dieser Faktor im Index gewertet. Dabei ist es recht einfach zu punkten. Es reicht aus, sich an die WHO-Richtlinien für Medikamentenspenden zu halten, die Spenden offenzulegen und auf dem Papier eine Strategie für diese Spenden zu haben.

### Kein Gewinn

Die Aussagekraft der gesammelten Informationen ist begrenzt und die Bewertungen im Einzelnen wenig nachvollziehbar. Der Access to Medicine Index hat ein grundlegendes Problem: Er stellt die gegenwärtige Struktur der gewinnorientierten Pharmaindustrie nicht in Frage. Arzneimittel als öffentliches Gut haben hier keinen Platz. Und dass auf dem Arzneimittelmarkt die Interessen von Herstellern und öffentlicher Gesundheit oft entgegengesetzt sind, diesen Konflikt hat keine Firma auf der Liste gelöst. (CW/JS)

- 1 Access to Medicines Foundation. Access to Medicines Index 2008. Haarlem June 2008
- 2 Ranbaxy wurde gerade von der japanischen Firma Sankyo gekauft. Milliardenübernahme in Asiens Pharmaindustrie. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 12.6.2008
- 3 Was leistet die Pharmaindustrie? *Pharma-Brief* 2/2008, S. 6-7
- 4 Thailand unter Druck. *Pharma-Brief* 2/2008, S. 1-2



## Bücher: Neues zur Patentdebatte

### Neues Patentkonzept

Dass Information immer mehr zur kommerziellen Ware wird, ist Thema für die Juristin Christine Godt. Die Zahl der Patente in diesem Bereich ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, ebenso der Umfang des Patentschutzes. Das habe politische Konsequenzen, so Godt: In der globalisierten Wirtschaft stehe einer nachlassenden Steuerungsfähigkeit des Staates eine zunehmende Steuerungsfunktion des Patentrechts gegenüber. In der Wissenschaft werde die Kommerzialisierung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse und deren Patentierung immer mehr zum normativen Leitbild. Die Konvention für biologische Vielfalt möchte Patentschutz gezielt als Instrument zum Ausgleich von Kommerzialisierung und Naturerhalt einsetzen. Das TRIPS-Abkommen der Welthandelsorganisation macht auch die Patentierung genetischer Informationen möglich. All diese Bereiche sind von starken gesellschaftlichen Kontroversen geprägt. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass die bisherige Patentrechtstheorie den gesellschaftspolitischen Herausforderungen nicht mehr gewachsen ist. Wichtige Themen wie Gesundheitsschutz und Ernährungssicherheit würden von der Patentrechtstheorie nicht erfasst. Deshalb entwickelt sie eine Neuorientierung des Patentrechts als „Steuerungsrecht, das Innovation und Investition befördert, ohne die gesellschaftliche Verantwortung für einen gemeinwohlorientierten Fortschritt zu leugnen.“

Christine Godt, *Eigentum an Information*. Tübingen (2007), 719 S., 124,- €

### Patentversagen

Ausschließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten untersuchen zwei Juristen aus Boston das Patentsystem der USA. Ihre Frage: Schützen Patente das Eigentum der Erfinder, und sind die Kosten

für die Patentierung eine lohnenswerte Investition? Die Antwort lautet: Nein. Basierend auf der Auswertung umfangreicher Daten kommen sie zu dem Ergebnis, dass in den meisten Branchen a) Patente keinen guten Schutz bieten und b) die Kosten für Patentstreitigkeiten schnell den Gewinn übersteigen. Bis auf wenige Ausnahmen: In der Pharmaindustrie funktionieren Patente sehr wohl im Sinne der Besitzer. Die Autoren schlagen etliche Maßnahmen vor, um die Situation für Patentinhaber berechenbarer zu machen, z.B. Anhebung der Anforderungen und dadurch weniger Patentierungen.

Das Buch ist nicht grundsätzlich patentkritisch, und der marktliberale Ansatz der Autoren (was der Wirtschaft nützt, nützt der ganzen Gesellschaft) ist klar. Aber man findet viele Fakten zu den enormen Kosten des Patentwesens, die eben auch von der Gesellschaft getragen werden müssen.

James Bessen, Michael J. Meurer, *Patent Failure*. Princeton (2008), 331 S., 29,95 US\$

### Biopiraterie

Biopiraterie wird die Patentierung von Genen und Wirkstoffen natürlichen Ursprungs genannt. Die kommerzielle Nutzung beruht oft auf dem traditionellen Wissen aus Entwicklungsländern. Kein Wunder: die armen Länder haben die größte biologische Vielfalt. Hier prallen die unterschiedlichsten Interessen aufeinander: die Pharmaindustrie sucht neue Wirkstoffe, Regierungen wollen das „grüne Gold“ ihres Landes gewinnbringend verkaufen, andere kämpfen für den Naturschutz. Der Biologe Hartmut Meyer und der EED-Handelsexperte Michael Frein schildern detailreich die internationalen Verhandlungen, mit denen Patentierung, Gewinnbeteiligungen und Mitspracherechte der Bevölkerung geregelt werden sollen.

„Das Buch ist parteiisch“, es soll „die Stimmen der Schwächsten hörbar machen“. Basierend auf der Analyse vieler Fallbeispiele kommen die Autoren zu dem Schluss: „Der Patentschutz muss wieder auf technische Erfindungen im eigentlichen Sinn reduziert sowie an regionale und soziale Bedingungen angepasst werden.“ Helfen soll dabei die Einführung eines Herkunftszertifikats, das bei Patentanträgen vorgelegt werden muss – ein „Reisepass“ für genetische Ressourcen mit Erlaubnis zu deren Nutzung. Diese Regelung sollte international verpflichtend sein. Kein Patent ohne Herkunftsnachweis, bei Betrug Aberkennung des Patents.

Michael Frein, Hartmut Meyer, *Die Biopiraten*. Berlin (2008), 249 S., 16,90 €

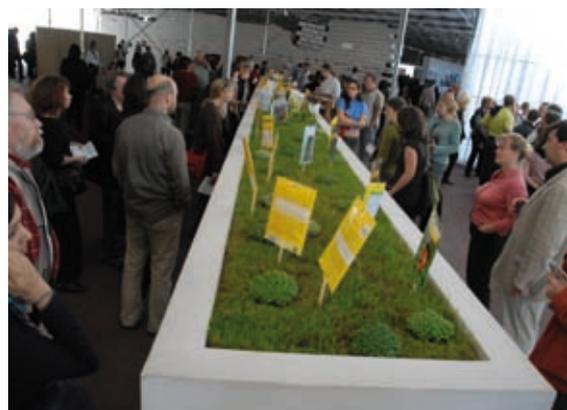


Foto: Jörg Schaaber

### Kunstprojekt Siegesgärten

Wenig Worte, viele Bilder: Einen ganz anderen Zugang zur Problematik liefert ein Projekt der Künstlerin Ines Doujak. Unter dem Titel Siegesgärten wurden auf der Documenta 12 (2007 in Kassel) mehrere Dutzend überdimensionale Samentüten ausgestellt, die weltweite Fälle von Biopiraterie dokumentieren. Die Wahl der Bildmotive gibt Rätsel auf, da sie oft auch auf den zweiten Blick keinen direkten Zusammenhang mit den patentierten Pflanzen erkennen lassen. Die Objekte sind nun in einem spannenden Bildband zusammengestellt.

Ines Doujak, *Siegesgärten*. Schlebrügge, Editor Wien (2007), 18,50 €



## Boehringer Patent abgelehnt

Für den Sirup ihres AIDS-Medikaments Nevirapine hatte Boehringer Ingelheim in Indien ein Patent beantragt. Das Mittel ist für Kinder wichtig, die noch keine Tabletten schlucken können. Das indische Patentamt lehnte den Antrag der Firma nun ab. Denn es handele sich nur um eine Variante des bereits bekannten Wirkstoffs. Das indische Netzwerk von Menschen mit HIV/AIDS (INP+) hatte die Ablehnung beantragt. „Für viele von uns, die mit HIV/AIDS leben müssen, bedeuten preiswerte Generika die Hoffnung auf eine Fortsetzung der Behandlung. Wenn Patente unser Leben gefährden, haben wir keine andere Wahl als etwas dagegen zu unternehmen.“, so K.K. Abraham, Präsident von INP+.<sup>1</sup> Der Entscheid ist über den konkreten Fall hinaus wichtig, denn er setzt Standards für eine Reihe weiterer ausstehender Patententscheidungen. (JS)

## Münchener Aids-Hilfe bleibt konsequent

Am 3. Juni trafen sich VertreterInnen der Firma Abbott mit Mitarbeitern der Münchener Aids-Hilfe e.V. Anlass für das Gespräch war die Weigerung der Münchener Aids-Hilfe e.V., von Abbott finanzielle Zuwendungen anzunehmen, solange die Firma in Thailand den Zugang zu bezahlbaren Aids-Medikamenten behindert. Thailand hat Zwangslizenzen für verschiedene Medikamente erteilt, darunter auch Aids-Mittel von Abbott, um die Versorgung seiner Bevölkerung mit den lebensverlängernden Arzneimitteln zu sichern. Die Ausübung dieses Schutzrechts beantwortet Abbott damit, dass sie die Zulassungsanträge für neue wichtige Medikamente aussetzt, darunter die für warme Länder besonders nützliche hitzestabile Form des Aids-Medikaments der zweiten Generation Lopinavir/Ritona-

vir. Die Firma schneidet damit die Betroffenen von wichtigen Innovationen ab.<sup>2</sup> Die Münchner Aids-Hilfe e.V. machte im Gespräch mit Abbott deutlich, dass sie bei ihrer Haltung bleiben wird, bis das Aktionsbündnis gegen Aids bzw. die Pharma-Kampagne über einen Fortschritt in der Auseinandersetzung berichtet. Bislang besteht dazu leider kein Anlass. (CF)

## Thailand importiert

Die von Thailand verhängten Zwangslizenzen für Aids-Medikamente beginnen Wirkung zu zeigen. Über 4.000 PatientInnen in Nordthailand, die Resistenzen gegen die Standardtherapie entwickelt haben, bekommen jetzt die neuen Medikamente. Im Februar wurde die erste Ladung der hitzestabilen Form von Lopinavir/Ritonavir für die Therapie resistenter Fälle aus Indien importiert. Efavirenz, ein weiteres Aids-Mittel, wird bereits seit Oktober letzten Jahres eingeführt.<sup>3</sup> (JS)

## Krieg ist noch tödlicher

Krieg ist für die Gesundheit das Schlimmste, was passieren kann. Eine neue Studie zeigt aber, dass viel mehr Menschen in bewaffneten Konflikten sterben als bislang gedacht. Drei ForscherInnen aus den USA untersuchten die Zahl der Opfer in 13 Kriegen der letzten 50 Jahre von Vietnam bis Bosnien.<sup>4</sup> Dabei wurden auch Haushaltsbefragungen genutzt, die völlig andere Ergebnisse erbrachten als die offiziellen Statistiken. Während die Zahl der getöteten Soldaten meist ziemlich genau war, wurde die Zahl der zivilen Opfer im Schnitt um den Faktor drei unterschätzt. Die AutorInnen weisen darauf hin, dass sie nur die Zahl der Menschen erfassten, die durch unmittelbare Gewalteinwirkung zu Tode kamen. Vor allem in sehr armen Ländern dürfte die Zahl der indirekten Kriegsopfer

durch Nahrungsknappheit, verschmutztes Trinkwasser, Seuchen und den Zusammenbruch des Gesundheitssystems deutlich höher liegen. (JS)

## Öffentlichkeit hilft

Die Webseite der Firma Jenapharm zum Verhütungsmittel Valette® ist abgeschaltet.<sup>5</sup> Was Berichte und Beschwerdebriefe der BUKO Pharma-Kampagne an die zuständige Überwachungsbehörde nicht erreichten,<sup>6</sup> hat nun ein Fernsehbericht geschafft. Der SWR hatte in seiner Sendung Odysso am 5.6.2008 über Verstöße gegen das Heilmittelwerbegesetz berichtet. Unter anderem ging es dabei um die Webseite [www.valette.de](http://www.valette.de). Dazu wurde die BUKO Pharma-Kampagne interviewt.<sup>7</sup> Auch die Firma Jenapharm wurde im Rahmen der Sendung mit den Vorwürfen konfrontiert. Diese nahm ihre Seiten zu der Pille daraufhin aus dem Netz. (HD)

1 Mitteilung des Lawyers Collective vom 20.6.2008

2 Wir berichteten: Thailand unter Druck, *Pharma-Brief* 2/2008

3 Aids drugs now available. *Bangkok Post* 8 May 2008

4 Ziad Obermeyer, Christopher J L Murray, Emmanuela Gakidou. Fifty years of violent war deaths from Vietnam to Bosnia: analysis of data from the world health survey programme. *British Medical Journal* 2008: 1-9

5 [www.valette.de](http://www.valette.de)

6 Werbekontrolle in Deutschland oft unzureichend. *Pharma-Brief* 1/2008, S. 4-5

7 [www.swr.de/odysso/-/id=1046894/nid=1046894/did=3451320/v8m1s5/index.html](http://www.swr.de/odysso/-/id=1046894/nid=1046894/did=3451320/v8m1s5/index.html)

### Zu guter Letzt

*Pharmafirmen hängen vom Erfolg einzelner Blockbuster ab. Da ist „Gesundheit!“ nicht länger ein frommer Wunsch, sondern eine bedrohliche Aussicht.*

Joachim Rogosch in *dieGesellschafter.de* vom Juni 2008