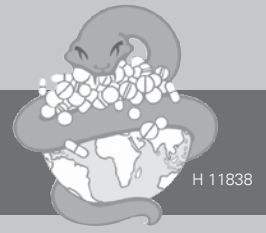


PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11838

Eine ungewöhnliche Kooperation Health camps mit Pharmavertretern in Indien

Indische ÄrztInnen veranstalten immer öfter sogenannte Health Camps, meist Sprechstunden zur Früherkennung in improvisierten Räumen in Armenvierteln oder in Dörfern. Was auf den ersten Blick wie Wohltätigkeit aussieht, ist in Wirklichkeit Kommerz, Pharmavertreter sind mit von der Partie.

Der dänische Journalist Frederik Joelving berichtete kürzlich in der Fachzeitschrift BMJ über die zweifelhafte Praxis in Indien.¹ Das Screening nach unerkannten chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Schilddrüsenfunktionsstörungen steht meist im Mittelpunkt solcher Camps. Auch wenn die Firmen es offiziell bestreiten, konnte Jo-



elving mit eigenen Augen sehen, dass Pharmavertreter diagnostische Tests an PatientInnen durchführen. Das ist in mehrfacher Hinsicht problematisch: Eigentlich sind sie gar nicht dafür qualifiziert. Zudem sind manche Tests umstritten oder nur nach mehrfacher Anwendung aussagekräftig und führen zu unnötiger Medikation. Außerdem verschreiben die beteiligten ÄrztInnen in der Regel die oft teuren Markenmedikamente der an dem Camp beteiligten Firmen.

Joelving besuchte z.B. ein Camp des Lungenfacharztes Muzammil Khan in einem Dorf in der Nähe von Lucknow, an dem vier indische Firmen beteiligt waren. Die PatientInnen wurden von Firmenpersonal u.a. auf Herzprobleme, Lungenerkrankungen und Diabetes untersucht. Das Resultat waren lange Listen mit Verschreibungswünschen, gerichtet an den „hochverehr-

ten Herrn Doktor“. Khan rechtfertigt sich damit, dass er solche Camps ohne die Unterstützung von Firmen nicht durchführen könnte, räumte aber ein: „Das ist ein bisschen so ‚du kraulst mir meinen Rücken, kraul ich dir deinen‘.“²

Orte und Anlässe für diese spontanen Health Camps gibt es in Indien viele: Von Wohlfahrtsorganisationen, die sie organisieren, über Kliniken, die sie regelmäßig veranstalten, bis hin zu Screenings für Taxifahrer an einer Tankstelle.³ Allen Health Camps ist gemein, dass Pharmafirmen eine wesentliche Rolle bei ihrer Durchführung spielen.

Was ursprünglich als Marketingmethode von lokalen Firmen begann, wurde von multinationalen Pharmafirmen bald aufgegriffen. Abbott India bekam 2012 sogar einen Preis für hervorragendes Marketing, weil die Fir-

Liebe LeserInnen,

der Einfluss der Privatwirtschaft auf die Gesundheitsversorgung nimmt im Kleinen wie im Großen zu. Ob es sich um Überdiagnostik in sogenannten „Health Camps“ für arme Bevölkerungsschichten in Indien handelt (siehe links), oder um die große Politik. Zum Thema Einfluss der Privaten auf die WHO drucken wir einen Beitrag von Tine Hanrieder vom Wissenschaftszentrum Berlin ab (S. 3).

Immerhin wurde in die Forschung für vernachlässigte Krankheiten etwas mehr Geld gesteckt, der Anlass ist eher traurig: Nur Ebola sorgte für das Plus, ansonsten geht die Förderung eher zurück (S. 2).

Ab S. 6 gibt es einen Jahresrückblick. Aber Sie erfahren auch, was wir dies Jahr vorhaben. Wir setzen dabei auf Ihre Unterstützung!

Ihr


Jörg Schaaber

Inhalt

Forschung	2
<i>Vernachlässigte Krankheiten</i>	
WHO	3
<i>Einfluss der Privatwirtschaft</i>	
In eigener Sache	6
<i>Jahresbericht 2015 und Ausblick</i>	



ma den Thyroxinmarkt wiederbelebt hatte. Abbott rühmt sich in seinem letzten Geschäftsbericht, dass die Firma in einem Jahr durch Massenscreenings über eine Million InderInnen auf Schilddrüsenerkrankungen untersucht habe. Dabei sind Massenuntersuchungen auf Schilddrüsenerkrankungen umstritten, systematische Studien zum Nutzen und Schaden eines solchen Screenings fehlen. Für die Firma haben sich die Anstrengungen ausgezahlt: Innerhalb weniger Jahre wurde das Medikament Thyronorm® zum Marktrenner, obwohl es viel teurer ist als Generika. 2015 war Thyronorm® auf Platz 7 der Medikamente mit dem höchsten Umsatz in Indien.

Auch die Firma Bayer war mit ihrem Gemeinschaftsunternehmen Bayer Zydus Pharma bis 2014 bei den Massenscreenings mit von der Partie. Der Pharmavertreter Aiswaryee Mukherjee berichtet, dass er an zwei bis vier Arbeitstagen im Monat in Diabeteskliniken den Langzeitblutzuckerwert (HbA1C) von PatientInnen bestimmte. Die meisten bekamen schon Medikamente. Der Punkt war, so Mukherjee, dass der Arzt auf das Bayer-Produkt

umstellte. Die PatientInnen bekamen nach dem Test ein vorausgefülltes Rezept in die Hand gedrückt und der Pharmavertreter forderte die PatientInnen, die aus dem Sprechzimmer kamen, nicht nur auf, das unterschriebene Rezept zu zeigen, sondern verlangte auch noch Telefonnummer und Adresse. Bei den Camps ginge es nur um Medikamente, über notwendige Änderungen im Lebensstil sei nie gesprochen worden, so Mukherjee. Bayer Zydus gab auf Anfrage des BMJ keine inhaltliche Stellungnahme zu den Vorgängen ab.

Noch problematischer als die Umstellung auf teurere Markenprodukte ist die durch die Screenings ausgelöste Behandlung von Gesunden. Denn Industrie-Insider bestätigen, dass bereits ein Test ausreicht, um ein Antidiabetikum zu verschreiben. Pankaj Shah, ein indischer Diabetesspezialist, der heute an der Mayo Clinic in den USA arbeitet, bezeichnet ein solches Vorgehen als „offensichtlichen Kunstfehler“. Selbst wenn die Tests ordentlich durchgeführt würden, könnte bis zur Hälfte der positiv Getesteten in Wirklichkeit gar nicht an Diabetes er-

krank sein. Sie würden dann keinen Nutzen von der Behandlung haben, sondern ausschließlich unerwünschte Wirkungen.

Kernproblem der Health Camps ist die fehlende Nachhaltigkeit. Durch eine einmalige Untersuchung und Medikamentenverschreibung ohne jede Nachkontrolle lässt sich keine qualitativ akzeptable Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen organisieren. Insofern läuft auch die Rechtfertigung der Organisatoren solcher Camps, man erreiche dadurch die Ärmsten, die sonst keine Behandlung bekämen, ins Leere.

Für die Hersteller lohnt sich die Geschäftsstrategie. Im Gesundheitssektor wächst kein Markt so schnell wie der Markt für Diagnostika – in der Folge gibt es eine Welle von unnötigen Behandlungen. (JS)

- 1 Joelving F (2015) India's "health camps": the drug rep will see you now. *BMJ*; 352, p h6413
- 2 Dieses und alle weiteren Zitate aus Joelving F (2015)
- 3 Team lamin.in (2015) Free health check up camp for auto rickshaw drivers in Navi Mumbai. 8 April www.iamin.in/en/thane/news/free-health-check-camp-auto-rickshaw-drivers-navi-mumbai-56921

Vernachlässigte Krankheiten

Finanzierung nach wie vor unbefriedigend

Noch immer wird vergleichsweise wenig Geld in Forschung für vernachlässigte Krankheiten investiert. Die weltweiten Ausgaben sind zwar 2014 um fast 5% gestiegen, aber ausschließlich zu Gunsten der Ebola-Forschung. Eine Reaktion auf die Epidemie in Westafrika. Bei allen anderen Krankheiten stagniert das Engagement.

2014 wurden weltweit fast 3,4 Milliarden US-Dollar in 35 vernachlässigte Krankheiten investiert, die vor allem Menschen in den ärmeren Ländern betreffen. Das ergaben die Recherchen des Projekts G-Finder.¹ Dort analysiert man regelmäßig die Forschungsaufwendungen für Arzneimittel, Impfstoffe und Diagnostik.

Welche Krankheiten

Der größte Teil der Forschung konzentriert sich auf drei Krankheiten: HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose. Bei der HIV-Forschung sind insbesondere Diagnostik, Mikrobizide, Impfstoffe sowie Medikamente für Kinder wichtige vernachlässigte Forschungsgebiete. Hier sind entsprechende

Produkte in der Entwicklung. Im Bereich Malaria läuft eine Phase III-Studie für eine Impfung, die bisher allerdings nur bescheidene Wirkung zeigt. Ein neues Malaria-Medikament wurde zur Marktreife entwickelt und ist bereits in einigen Ländern Afrikas zugelassen (Arterolanmaleat/PQP), andere sind in der Entwicklung. Außerdem kamen zwei neue TB-Mittel auf den Markt (Delamanid, Bedaquilin), aber ihr Nutzen ist noch nicht völlig geklärt. Die Forschungslücken zur Behandlung von multiresistenter TB und in der TB-Diagnostik bestehen weiter.



Im Mittelfeld folgen Durchfallerkrankungen, Wurminfektionen und Hepatitis C (Genotypen 4, 5 und 6) – hierbei wieder besonders die Diagnostik, Medikamente und Impfungen für ärmere Länder. Für Hepatitis C sind zwar neue Medikamente auf dem Markt (z.B. Sofosbuvir), allerdings behindert der hohe Preis eine bedarfsgerechte Versorgung. Die Therapien wurden hauptsächlich für in der westlichen Hemisphäre vorherrschende Genotypen untersucht. Zu den Schlusslichtern der Forschungsfinanzierung gehören Lepra und Buruli Ulkus.

Wer gibt das Geld?

Öffentliche Geldgeber sind mit 64% immer noch die tragende Säule der Forschung für vernachlässigte Krankheiten. Zwar kamen mehr Mittel zusammen als im letzten Jahr, aber das Wachstum kommt ausschließlich durch Ebola zustande. Zieht man die Investitionen in Ebola ab, sind die Gesamtausgaben gesunken. Sie erreichen damit den Tiefstand seit Beginn der Datensammlung im Jahr 2007. Wichtigster Finanzier sind die USA, gefolgt von Großbritannien und der Europäischen Kommission.

Die Gates-Stiftung und andere philanthropische Geldgeber haben ihren Anteil von etwa 20% gehalten. Die Investitionen der Industrie sind um 128 Mio. US\$ gestiegen und machen nun 16% der Mittel aus (Vorjahr 12%). Ursache sind höhere Ausgaben für HIV, Malaria und Ebola. Im Bereich Tuberkulose ist das Engagement der Pharmaunternehmen dagegen gesunken.

Eine Schlüsselrolle bei der Bekämpfung von Ebola spielten öffentliche Forschungsgelder: Drei Viertel der 165 Millionen US-Dollar, die für die Forschung bereitgestellt wurden, stammten aus Staatskassen (118 Mio. US\$) – fast ausschließlich aus den USA (101 Mio. US\$). Die Aktivitäten der Industrie (35 Mio. US\$) konzentrierten sich darauf, einen Impfstoff zu entwickeln (33 Mio. US\$).

Deutschland

In Deutschland wird die 2011 begonnene Förderung von Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs) weitergeführt. Positiv ist die Erhöhung des Budgets: Betrag der in der ersten Förderrunde erreichte Betrag

(2011-2014) noch 20 Mio. €, so soll die kommende Runde (2015-2020) 50 Mio. € aufbringen.² Auch die Zahl der förderfähigen Krankheiten wurde deutlich ausweitet.³

Auch die Pharma-Kampagne trägt ihren Teil dazu bei, die Bedeutung der vernachlässigten Krankheiten stärker in das öffentliche Licht zu rücken. Am 23. Februar wird in Berlin wieder der Memento-Preis verliehen.⁴ Gemeinsam mit Ärzte ohne Grenzen, Brot für die Welt und der Deutschen Tuberkulose- und Lepra-Hilfe DAWH wollen wir besondere Bemühungen um vernachlässigte Armut- und Tropenkrankheiten würdigen – dieses Jahr in den Kategorien Forschung und Journalismus. (CW)

- 1 Polycures (2015) G-Finder 2015: Neglected Disease Research and Development: The Ebola Effect www.polycures.org/downloads/Y8%20GFINDER%20full%20report%20web.pdf
- 2 BMBF (2015) Globale Gesundheit im Mittelpunkt der Forschung Förderkonzept: Vernachlässigte und armutsbegünstigte Krankheiten. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/media/Globale_Gesundheit.pdf
- 3 BMBF (2015) Richtlinie zur Förderung von Produkten zur Prävention, Diagnose und Behandlung von vernachlässigten und armutsassoziierten Krankheiten. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5790.php
- 4 www.memento-preis.de

Medizin für die WHO

Lehren aus der Ebola-Krise

Mehrere jüngst erschienene Berichte untersuchen das Versagen der WHO während der Ebola-Krise und machen weitreichende Empfehlungen. Ihr zentrales Anliegen: Die Abteilung für Gesundheitskrisen der WHO müsse umstrukturiert werden. Tine Hanrieder vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung fasst die aktuellen Reformvorschläge zusammen. Nicht nur der Krisenabteilung täten sie gut, so ihre These, sondern der WHO als Ganzes.

Nach der Ebola-Epidemie in Westafrika im Jahr 2014 wird kaum noch jemand bestreiten, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) während der Krise gravierende Fehler machte. Sie reagierte zu spät und unternahm zu wenig, um den Ausbruch

einzudämmen, bevor er außer Kontrolle geriet. Und zum wiederholten Male traten ihre tief verwurzelten institutionelle Pathologien zu Tage, die es ihr so schwer machen, ihre zentrale Rolle als Normsetzerin, Koordinatorin und Krisenmanagerin für die glo-

bale Gesundheit auszufüllen. Da ist zunächst die dramatische finanzielle Lage der WHO, ihre fast vollständige Abhängigkeit von freiwilligen Zuschüssen, die zu tragischen Kürzungen beim Personal und dem Topf für Krisenreaktionen geführt hat. Auch die faktische Autonomie und Politisierung der Regionalbüros verzögerte die Reaktion der WHO auf Ebola und schuf Verwirrung bei externen Helfern. Ebola warf ein Schlaglicht auf all diese Schwachstellen¹ – und das mitten in einem Reformprozess, der offiziell bereits 2011 begonnen hatte.²



Ebola Behandlungszentrum in Sierra Leone

© Marioperezb

Als Folge des Ebola-Fiaskos wurden Reformen der WHO-Abteilung für Katastrophen eingeleitet. Der Lernprozess begann mit einer Reihe grundlegender Empfehlungen, die auf der 68sten Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 verabschiedet wurden.³ Er wurde fortgeführt durch zwei von der WHO beauftragte sowie mehrere externe Evaluationen, die weitere Empfehlungen aussprachen.

WHO-Generaldirektorin Margaret Chan hat bereits angekündigt, dass sie die Empfehlungen des ersten Berichts umsetzen will, die von einem WHO Beratungsgremium⁴ unter der Leitung David Nabarro stammen.⁵ Sie und die Mitgliedsstaaten der WHO wären auch gut beraten, sich die sehr sachdienlichen zehn Reformvorschläge eines externen Gutachtergremiums anzuschauen, das die Harvard University und die London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) einberufen hatten.⁶

Es ist noch zu früh, um vorhersagen zu können, ob die Reformen konsequent umgesetzt werden und ob sie die WHO ausreichend für künftige

Krisen wappnen. Dennoch zeigt die Dynamik der neuen Reformbereitschaft bereits jetzt, dass die Abteilung für Gesundheitskrisen genau die Medizin bekommt, die auch die Organisation als Ganzes bitter nötig hätte – eine Medizin, die die WHO nach innen stärker zentralisiert und nach außen stärker rechenschaftspflichtig macht. Ich möchte drei zentrale Erkenntnisse hervorheben.

Die erste Erkenntnis ist, dass eine funktionsfähige WHO eine verlässliche Finanzierung braucht. Eine langwierige und mühsame Mittelbeschaffung wie auf dem Höhepunkt der Ebola-Krise 2014 darf sich nicht wiederholen. Das Harvard-LSHTM Gremium empfiehlt daher, die Abteilung zur Krisenintervention zu verstärken und ihr Verfügungsgewalt über ein geschütztes Budget zu geben. Es könnte in Form eines immer wieder nachfüllbaren Fonds jederzeit zur Verfügung stehen, wenn die Organisation es braucht. Der Navarro-Bericht fordert mit fast gleichem Wortlaut sowohl eine „planbare ‚Grundfinanzierung‘ als auch einen sofortigen Zugang zu einem verlässlichen Notfallfonds“.

Die zweite Erkenntnis ist, dass die WHO, um kohärent arbeiten zu können, ihre Leitungs- und Berichtsstrukturen zentralisieren muss. Dazu empfiehlt der erste WHO-Beratungsbericht im Wesentlichen, dass es Krisenmanagern in Zeiten eines Notstands erlaubt sein soll, die Regionalbüros zu übergehen. Der Bericht beschreibt ziemlich detailliert die „zentralisierten“ Abläufe, durch die ein starkes Krisenprogramm schnell genügend Geld zur Verfügung hat, Partner aktivieren kann, Personal einstellen und direkt mit Ländern zusammenarbeiten kann – und damit die „normalen“ bürokratischen Wege einer Organisation umgehen kann, deren Ausmaß an Regionalisierung im UN-System einzigartig ist.

Die dritte Erkenntnis ist, dass gute globale Gesundheitspolitik Transparenz braucht. Wegen der intensiven öffentlichen Beobachtung und Politisierung von globalen Gesundheitskrisen hat die „Krisen-WHO“ begonnen, diese Lektion zu lernen. Als die WHO 2009 bei der Schweinegrippe-Epidemie erstmals ihre Notfallrechte⁷ einsetzte, schlug die intransparente Vorgehensweise auf die Organisation zurück. Die Praxis, die Namen der Krisenberater geheim zu halten – bei vielen stellte sich später heraus, dass sie eng mit Firmen verflochten waren, die von der Schweinegrippe-Krise profitierten⁸ – war nach den vielkritisierten H1N1 „Pandemie“-Warnungen tabu. Der Harvard-LSHTM Bericht geht noch einen Schritt weiter. Er verlangt, dass statt der Generaldirektorin ein transparentes ständiges Krisenkomitee ermächtigt werden solle, den globalen Gesundheitsnotstand auszurufen. Es müsse verpflichtet sein, ein Protokoll seiner Erwägungen zu veröffentlichen. Es solle „ausschließlich durch das normale WHO-Budget finanziert werden, um vor ungebührlichem Einfluss externer Geldgeber zu schützen.“

Kurz gesagt: Die WHO sollte ordentlich finanziert werden, vor Lobbyismus geschützt und der Öffentlich-



keit rechenschaftspflichtig sein, um ein verlässlicher Krisenmanager zu sein. Aber wie soll sie die globale Gesundheit schützen, wenn die Krise vorbei ist? Wie soll sie tragfähige Standards setzen oder Regierungen zu politischen Prioritäten und Dauerbrennern wie dem rationalen Gebrauch von Arzneimitteln beraten? Interne Machtkämpfe in der WHO-Bürokratie, die Abhängigkeit von der tagesaktuellen Gutmütigkeit von Geldgebern und intransparente Entscheidungswege sind für das Alltagsgeschäft der WHO ebenso schädlich wie für das Krisenmanagement. Tatsächlich unterstreicht der Wunsch, „Sonderregeln“ für das Krisenmanagement einzuführen, das Faktum, dass das „normale Funktionieren“ der WHO selbst in der Krise ist.

Die unkontrollierte und politisierte Arbeitsweise der Regionalbüros der WHO wird seit Jahrzehnten kritisiert.⁹ Und es ist ebenso unübersehbar, dass die Finanzsituation der WHO nicht nachhaltig ist, um nicht zu sagen komplett absurd.¹⁰ Der Löwenanteil des Budgets muss über freiwillige Beiträge eingeworben werden, die das bescheidene Grundbudget aus Mitgliedsbeiträgen (ungefähr ein Viertel des Budgets) aufstocken. In der gegenwärtigen Lage muss sich die WHO-Generaldirektorin als Vermarktungsfachfrau neu erfinden. Ihr Job ist es, Geldgeber in sogenannten „Finanzierungsdialogen“¹¹ davon zu überzeugen, dass sie die nicht so attraktiven (oder profitablen) Finanzlöcher im Programmbudget der Organisation stopfen.

Und schließlich scheut die WHO immer noch Transparenz. In den laufenden Verhandlungen¹² über neue und bessere Regeln zur Zusammenarbeit mit privaten Akteuren hat sich das WHO-Sekretariat wieder einmal¹³ gegen strikte Regeln zu Interessenkonflikten allergisch gezeigt. Wie internationale GesundheitsaktivistInnen aufgedeckt haben,¹⁴ hat das WHO Sekretariat Angst, zu restriktiv oder zu

transparent zu werden, wenn es um personelle Unterstützung, Beratung oder Gelder aus dem Privatsektor geht. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen kann es sich die WHO schlicht nicht leisten, das Wohlwollen von privaten Spendern und Mitgliedsstaaten zu verlieren. Bedauerlicherweise ist es unwahrscheinlich, dass die Organisation den hervorragenden Vorschlägen im zehnten und letzten Abschnitt des Harvard-LSHTM-Berichts folgen wird, der eine grundlegende Reorganisation der Leitungsstrukturen inklusive der allgemeinen Rechenschaftsmechanismen vorschlägt. Es sieht eher danach aus, dass Ebola 2014 nicht der entscheidende Wendepunkt war, der diese Reformen möglich macht, sondern eine Krise, die eine Zweiteilung in eine Krisen-WHO und eine WHO in der Krise zementiert.

Dr. Tine Hanrieder ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Global Governance am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Ihre Forschungsgebiete sind Internationale Organisationen, Weltgesundheitspolitik und internationale politische Theorie. Sie ist Autorin des 2015 erschienenen Buchs „International Organization in Time: Fragmentation and Reform. Oxford: Oxford University Press

Dieser Beitrag erschien zuerst im Oxford University Press blog. <http://blog.oup.com/2016/01/world-health-organization-ebola-crisis/>

- 1 Sack K et al. (2014) How Ebola Roared Back. New York Times 29 Dec www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html
- 2 www.who.int/about/who_reform/en/
- 3 WHA (2015) 2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola WHA68(10) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-en.pdf
- 4 WHO (2015) Advisory group on reform of WHO's work in outbreaks and emergencies. First report, 15 Nov www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/first-report-advisory-group.pdf
- 5 Fink S (2015) Panels Advise Bolstering W.H.O. for Crises Like Ebola. New York Times 22 Nov
- 6 Moon S et al.(2015) Will Ebola change the game? The Lancet; 386, p 2204
- 7 Hanrieder T and Kreuder-Sonnen C (2014) WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health. Security Dialogue; 45, p 331
- 8 Cohen D and Carter P (2010) WHO and the pandemic flu "conspiracies". BMJ; 340, p c2912

NGOs protestieren gegen Privatisierung der WHO

In einem offenen Brief an das WHO Executive Board,* den auch die Pharma-Kampagne unterzeichnet hat, warnen über 50 gesundheitspolitische Gruppen vor einer Aufweichung der Kriterien für die Zusammenarbeit der WHO mit dem Privatsektor.

* Open letter (2016) Civil Society has no confidence in the stalled Framework for Engagement with Non State Actors process. 25 Jan www.babymilkaction.org/archives/8339

- 9 Sridhar D et al. (2011) Reforming the World Health Organization- JAMA;305, p 1585
- 10 Kamal-Yanni M and Saunders P (2015) The WHO financing dialogue: global health leadership needs to be paid for. BMJ blog 9 Nov <http://blogs.bmj.com/bmj/2015/11/09/the-who-financing-dialogue-global-health-leadership-needs-to-be-paid-for/>
- 11 www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/en/
- 12 www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/nsa2/en/
- 13 Richter J (2004) Public-Private Partnerships and International Health Policy-making. Helsinki: GASPP <http://formin.finland.fi/public/download.aspx?ID=12360&GUID=%7B3556FE5F-6CBC-4000-86F3-99EBFD2778FC%7D>
- 14 TWN (2015) WHO: Secretariat "scare mongering" on FENSA. TWN Info Service 19 Oct www.twn.my/title2/health.info/2015/hi151011.htm

Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld,



Telefon 0521-60550
Telefax 0521-63789

pharma-brief@bukopharma.de
www.twitter.com/BUKOPharma
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-Ahlf, Hedwig Diekwisch
Design: com,ma, Bielefeld

Druck: AJZ Druck und Verlag GmbH, Bielefeld

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen:

Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 22 €, Institutionen- oder Auslandsabo 42 €.

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: DE23 4805 0161 0000 1056 01

Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27

Sparkasse Bielefeld, BIC: SPBIE33XXX

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



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



Klartext reden – Veränderungen bewirken

Die Pharma-Kampagne 2015 und darüber hinaus

Um Veränderungen zu bewirken, bedarf es klarer Worte. Die BUKO Pharma-Kampagne hat sich auch im vergangenen Jahr nicht geschert, ungerechte Strukturen in der internationalen Arzneimittel- und Gesundheitspolitik anzuprangern, den Ursachen hierfür mit kritischen Analysen auf den Grund zu gehen und unbequeme Wahrheiten auszusprechen. Das ist auch bitter nötig, denn noch immer haben Millionen Menschen keinen Zugang zu lebensrettenden Medikamenten und die Forschung für vernachlässigte Krankheiten hinkt dem Bedarf hinterher.

Stück, aufgeführt an Schulen und an öffentlichen Plätzen, erreichte rund 1300 Personen, die vielfach noch nach dem Stück mit den SchauspielerInnen diskutierten.



Veranstaltung beim Gipfel der Alternativen © Jens Holst

Bei zwei großen internationalen Treffen zu globalen Gesundheitsthemen haben wir 2015 mitgemischt. Pünktlich zur Wiederauffüllungskonferenz der globalen Impfallianz GAVI in Berlin forderten wir eine kritische Überprüfung des Nutzens neuer teurer Impfstoffe, damit die Standardimpfungen nicht auf der Strecke bleiben. Außerdem drängten wir die Bundesregierung – gemeinsam mit anderen deutschen Nichtregierungsorganisationen – ihre Gastgeberrolle zu nutzen, um dringend nötige Reformen bei der Impfallianz einzufordern.

Im Vorfeld des G7 – Gipfels dokumentierten wir mit unserem Pharma-Brief Spezial „G7 macht nicht gesund“, warum die Vorschläge der reichen G7-Staaten ungeeignet sind, um die gesundheitliche Lage in ärmeren Staaten nachhaltig zu verbessern. Doch es blieb nicht beim gedruckten Wort. Mit den detaillierten Analysen stellten wir uns den Diskussionen mit der Bun-

desregierung und lieferten konstruktive Verbesserungsvorschläge.

Wir beteiligten uns auch aktiv am Gipfel der Alternativen in München sowie am BUKO Kongress in Münster. Darüber hinaus machte die G7-Mobilisierungstour Stopp in Bielefeld. Gemeinsam mit dem Welthaus Bielefeld sowie den AStAs von Uni und FH Bielefeld organisierten wir eine Veranstaltung, die mit 90 BesucherInnen die Erwartungen weit übertraf.

Aufklären

Immer mehr Menschen leiden an nicht-übertragbare Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen. Armut spielt bei der Entstehung eine gewichtige Rolle und verhindert häufig eine lebensrettende Behandlung. Diesen Zusammenhang zeigte auch unsere Straßentheatergruppe mit ihrem provokanten Stück „Auf die Plätze, fertig, ...tot!“ Das



© Claudia Jenkes



Auch das Thema Antibiotika-Resistenzen war ein Schwerpunkt unserer Arbeit. Denn jährlich sterben weltweit zehntausende Menschen durch multi-resistente Keime. Hier müssen globale Lösungen gefunden werden. Da sich die Weltgesundheitsversammlung in 2015 auch mit diesem Thema beschäftigte, nahmen wir in Genf an den Diskussionen teil und hielten auf Treffen wie denen von Universities Allied



for Essential Medicines (UAEM) Workshops zum Thema. Der Pharma-Brief Spezial „Antibiotika-Resistenzen – eine globale Herausforderung“ liefert zudem wissenschaftlich aktuelle Daten und Fakten und spannende Interviews mit ExpertInnen aus der Praxis.

Handeln

Und 2016? Das Thema Antibiotika wird uns weiter intensiv beschäftigen. Im Frühjahr werden wir mit Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen einen Forderungskatalog entwickeln und mit nationalen und internationalen Organisationen Handlungsoptionen erarbeiten, um Antibiotika-Resistenzen effizient zu begegnen. Darüber hinaus wird sich die Straßentheatertour 2016 dem Thema widmen und mit Witz und Biss auf öffentlichen Plätzen und in Schulen auf die Probleme aufmerksam machen. Zudem produzieren wir mit Studierenden in einem Medienworkshop Videos zum Thema Antibiotika-Resistenzen, die dann dauerhaft über unsere Webseite verfügbar sein werden.

Vom Problem multiresistenter Keime sind auch Tuberkulose-Kranke weltweit betroffen. Neue Medikamente mit weniger Nebenwirkungen

sind nicht in Sicht. Auch an diesem Thema arbeiten wir intensiv. Etwa im Rahmen unserer Mitarbeit beim Stop-TB-Forum. Ein Treffen mit TB-ExpertInnen zu verschiedenen Problemreichen fand im November statt.

Und 2016? Dieses Jahr wird es einen Pharma-Brief Spezial zu Tuberkulose geben und auch die Unterrichtsmaterialien aus dem Jahr 2008 werden komplett überarbeitet und neu aufgelegt.

Neue Methoden

Innovatives Bildungsmaterial bietet die Pharma-Kampagne mit einem neuen E-learning-Kurs zu Verhütungsmethoden. Die Weiterbildung richtet sich vor allem an MitarbeiterInnen in internationalen Projekten zur Frauengesundheit und Familienplanung. Ziel der Materialien ist es, die Beratungsqualität vor Ort nachhaltig zu verbessern und damit reproduktive Rechte, Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit von Frauen im globalen Süden zu stärken. Inhaltlich wurde dabei auf die jahrelange Expertise und kritische Auseinandersetzung der Pharma-Kampagne mit Kontrazeptiva zurückgegriffen. Die Lerneinheit steht jetzt als dauerhaftes Tool einem breiten Fach- und Laienpublikum zur Verfügung.

Breites Themenspektrum

Viele weitere Projekte und Aktionen beschäftigten sich mit globalen Gesundheitsthemen. Wir sorgten für Durchblick bei Arzneimittelpreisen und Patenten – etwa am Beispiel von Hepatitis-Medikamenten. Wir beleuchteten verschiedene bi- und multilaterale Freihandelsabkommen sowie deren Folgen für die globale

Arzneimittelversorgung und begleiteten wachsam die globale Gesundheits- und Entwicklungspolitik der Bundesregierung sowie der Europäischen Union. Tatkräftig unterstützten wir Aktionen des Aktionsbündnis gegen Aids, des deutschen Stop TB Forums, von Health Action International (HAI) und der International Society of Drug Bulletins (ISDB). Insgesamt brachten sich die MitarbeiterInnen der BUKO Pharma-Kampagne bei 66 Veranstaltungen in Deutschland, Belgien, den Niederlanden, Norwegen, der Schweiz und Spanien aktiv und kompetent ein.



ISDB Generalversammlung in Pamplona (Spanien)

© Jörg Schaaber

Multiplikatoren

Wir bearbeiteten rund 80 Anfragen von JournalistInnen und standen Presse, Rundfunk und TV für 25 Interviews zur Verfügung. Wir berieten (angehende) WissenschaftlerInnen zu Themen ihrer Bachelor- oder Masterarbeiten bzw. ihrer Promotion und betreuten neun PraktikantInnen. Außerdem produzierten wir 124 Seiten Pharma-Brief und vergrößerten die Anzahl unserer Follower bei den sozialen Medien Twitter und Facebook.

Das alles wäre ohne Ihre Unterstützung nicht möglich gewesen. Mit Ihrer Hilfe wollen wir auch 2016 tatkräftig Fallstricke und Fehlentwicklungen globaler Arzneimittel- und Gesundheitspolitik unter die Lupe nehmen und für mehr Durchblick sorgen. Denn es kommt anders, wenn man denkt! (HD)



Ungleichheit kostet Menschenleben

Der Arzt und Gesundheitswissenschaftler Juan Garay hat eine wichtige Berechnung angestellt:¹ Wie viele Todesfälle ließen sich verhindern, wenn man das gegenwärtig Erreichbare zu Grunde legt, also Länder in denen die EinwohnerInnen eine überdurchschnittliche Lebenserwartung haben, das Bruttosozialprodukt unter dem Weltdurchschnitt liegt und der CO₂ Fußabdruck nachhaltig ist? Garay identifiziert 14 Länder, die alle drei Kriterien erfüllen: Die Lebenserwartung liegt mit 74,7 Jahren (72,2 -77,4 Jahre) deutlich über dem Weltdurchschnitt von 70,6 Jahren, das Bruttosozialprodukt pro Kopf liegt bei 5.519 US\$ (Welt 10.256 US\$) und die CO₂ Emissionen unter 3 Tonnen pro Kopf. Zu diesen 14 Staaten gehören Costa Rica, Kolumbien, Kuba, Sri Lanka, Vietnam und Paraguay. Bei allen Unterschieden ist diesen Ländern gemeinsam, dass sie geringere Unterschiede in der Einkommensverteilung aufweisen als der Durchschnitt. Sie zeigen, dass man auch mit geringem Volkseinkommen relativ gute Gesundheit erreichen kann, ohne die Umwelt zu sehr zu schädigen. Rechnet man diese – mit dem auf der Welt vorhandenen Reichtum – möglichen Gewinne an Lebenszeit zusammen, kommt man auf jährlich 16,8 Millionen vermeidbare Todesfälle. (JS)

Wenige Reiche – viele Arme

OXFAM hat die neuesten Zahlen zum Reichtum auf der Welt veröffentlicht: Die 62 reichsten Menschen auf der Erde besitzen so viel wie die Hälfte der Weltbevölkerung – 3,6 Milliarden Menschen zusammen. Damit ist der Besitz der Reichen in den letzten Jahren rasant gewachsen. 2010 brauchte es noch 388 Superreiche, um das Vermögen der Hälfte der Weltbevölkerung aufzuwiegen.² (JS)

Kindersterblichkeit – ein soziales Problem

Gemeinhin nimmt man an, dass vor allem in armen Ländern viele Kinder sterben, bevor sie ihren fünften Geburtstag erreichen.³ Das stimmt, aber in reichen Länder gilt das Gleiche wie in armen: Je höher die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft, desto höher die Sterblichkeit. Drei WissenschaftlerInnen aus England untersuchten, warum im Vereinigten Königreich fast doppelt so viele kleine Kinder sterben wie in Schweden,⁴ obwohl das Bruttosozialprodukt beider Länder praktisch gleich ist.⁵ Fast die Hälfte des Unterschieds geht auf Frühgeburten zurück. Die AutorInnen stellen fest: „Sozialökonomische Faktoren und sozialökonomische Unterschiede haben einen wesentlichen Einfluss auf Frühgeburten.“ Diese Ungleichheit ist im Vereinigten Königreich viel größer als in Schweden. (JS)

Deutschland: Das Leid mit den Leitlinien

Leitlinien sollen ÄrztInnen vernünftige Therapieentscheidungen erleichtern, entscheidend ist aber, wer sie schreibt. Schon seit Jahren ist klar, dass die Pharmaindustrie medizinische Leitlinien beeinflusst. Das geschieht durch firmengesponserte ÄrztInnen, die bestimmte Produkte positiver bewerten als die wissenschaftliche Evidenz hergibt. Das Problem ist erkannt und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat immerhin einige – wenn auch unzulängliche – Kriterien zur Begrenzung von Interessenkonflikten verabschiedet. Allein der Wille genügt nicht. Deshalb haben kritische Organisationen Leitlinienwatch gegründet.⁶ Das Transparenzportal bewertet die Unabhängigkeit nach einem einfachen Schema. Von den bislang 57 bewerteten Leitlinien schnitten nur 7 mit dem Urteil „gut“ ab. (JS)

Deutschland: AkdÄ will unabhängig fortbilden

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) veranstaltet zahlreiche Fortbildungen für ÄrztInnen. Sie hat sich jetzt strenge Regeln für die Unabhängigkeit gesetzt.⁷ Ihre Veranstaltungen dürfen keinesfalls von Pharmafirmen unterstützt werden. ReferentInnen und ModeratorInnen dürfen weder Honorare, Reisekosten noch Essen von pharmazeutischen Herstellern angenommen haben. Einzige Ausnahme: die Beteiligung an klinischen Studien, sofern die Einnahmen auf einem Drittmittelkonto der Klinik verwaltet und nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Über diese Ausnahme lässt sich streiten, dennoch sind die neuen Regeln ein entscheidender Schritt vorwärts. (JS)

- 1 Garay Amores J (2015) Health equity, the key for transformational change. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS <https://www.dropbox.com/s/bd0k0ey7u95koka/Dualbook%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20CCSS%20Ingl%20C3%A9%20WEB.pdf?dl=0>
- 2 Haroon D et al. (2016) An economy for the 1%. OXFAM <http://oxfam.znhx>
- 3 2013 starben weltweit 46 von 1.000 Kindern vor ihrem fünften Geburtstag. Am höchsten ist die Zahl in Afrika südlich der Sahara mit 90 Todesfällen pro 1.000 Geburten. WHO (2015) World Health Statistics
- 4 Schweden 3 Todesfälle unter fünf Jahren pro Tausend Geburten, Vereinigtes Königreich 6 Todesfälle (Durchschnitt von 2006-2008)
- 5 Tambe P et al. (2015) Why do young children die in the UK? A comparison with Sweden. Arch Dis Child; 100, p 928
- 6 MEZIS, NeurologyFirst und Transparency International www.leitlinienwatch.de (Stand 19.1.2016)
- 7 AkdÄ (2015) Regeln für unabhängige AkdÄ-Fortbildungsveranstaltungen. www.akdae.de/Fortbildung/Regeln.pdf

Das Letzte

Verbraucherforschung deutet darauf hin, dass 9 von 10 Personen nach Schmerzlinderung für eine spezifische Art von Schmerz suchen.

Damit versuchte die Firma Reckitt Benckiser zu rechtefertigen, dass sie ihr Produkt unter verschiedenen Namen vermarktet (Nurofen back pain, Nurofen migraine pain usw.), obwohl der Wirkstoff identisch ist. Ein Gericht in Australien fand das irreführend. Außerdem waren die Nurofen-Produkte mit Zusatzbezeichnung doppelt so teuer wie Nurofen. Der Hersteller nimmt die Produkte nur in Australien aus den Regalen, im Vereinigten Königreich wird eine ähnliche kostentreibende Sprachverwirrung fortgesetzt.

Quelle: BBC (2015) Nurofen maker Reckitt Benckiser defends Australia packaging. News, 14 Dec. www.bbc.com/news/business-35090087