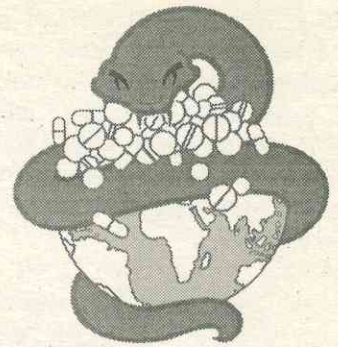


PHARMA- BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nr. 6, August/September 1998

Health Action International (D)

K 11838

Auferstanden aus Ruinen ...

Eine neue Karriere für Contergan?

Erinnern wir uns: Es war einmal das Märchen von der harmlosen und völlig ungefährlichen Schlaftablette Contergan (Thalidomid), die zuletzt allein in der BRD eine Million BürgerInnen – darunter auch viele Schwangere – einnahmen. Doch das Märchen wurde zum Alptraum. 12.000 Kinder kamen mit schwersten Schäden auf die Welt.¹ Erst Ende 1961 wurde Contergan in der BRD aus dem Handel gezogen. 36 Jahre später hat jetzt die US-Zulassungsbehörde Thalidomid für den Einsatz bei Lepra zugelassen.² Ein Mißbrauch des Mittels für andere Krankheiten und neue Opfer sind zu befürchten.

Contergan kam 1957 auf den Markt. Zahlreiche Schwangere nahmen das angeblich harmlose Mittel. Gehörschäden und verstümmelte Gliedmaßen waren die häufigsten Behinderungen dieser Kinder, die heute als Erwachsene mit ihren oft schweren Mißbildungen leben müssen. Grünenthal hatte sich seinerzeit – trotz deutlicher Alarmzeichen – zwei Jahre lang geweigert, das Mittel vom Markt zu nehmen. Frühe Warnungen wurden ignoriert, obwohl eines der ersten Opfer 1957 das Kind eines Firmenmitarbeiters war.³ Fachartikel der Professoren Frenkel und Lenz, die vor den Risiken von Thalidomid warnten, wurden verzögert oder gar nicht gedruckt. Grünenthal bot Contergan-Geschädigten zwischen 300 und 20.000 DM an, wenn sie eine Erklärung unterschrieben mit der sie das Unternehmen von jedem Haftungsanspruch freistellten.⁴ Als der Druck dennoch zu groß wurde, nahm die Firma 1961 das Mittel in der BRD „freiwillig“ vom Markt, in manchen anderen Ländern erfolgte der Rückzug erst

1963. Neben den Mißbildungen bei Kindern wurden aufgetretene Nervenschädigungen bei KonsumentInnen als Nebenwirkung fast völlig ignoriert. Hätte Grünenthal das Mittel bereits zwei Jahre vorher vom Markt genommen, wären einem Großteil der 12.000 Kinder die lebenslangen Behinderungen oder früher Tod erspart geblieben. In der Folge des Skandals erhielten Deutschland und viele andere Länder erstmals ein Arzneimittelgesetz das diesen Namen verdiente.⁴

Das Comeback

Seit Anfang der 70er Jahre wird Thalidomid von der WHO zum Einsatz bei einer bestimmten Lepra-Komplikation (Erythema nodosum leprosum) empfohlen,⁵ in insgesamt 39 Ländern kommt es zum Einsatz. Strengste Vorsichtsmaßnahmen sollen beachtet werden, um zu vermeiden, daß schwangere Frauen das Medikament einnehmen. Grünenthal gibt auf Anfrage seine Restbestände in manche Länder ab, Brasilien produziert Thalidomid selbst.

Editorial

Liebe LeserInnen,
wir befinden uns mit voller Fahrt in die Risikogesellschaft. So jedenfalls kann man viele aktuelle Entwicklungen in der Medizin deuten. Jüngstes Beispiel ist die Zulassung von Thalidomid in den USA. Der Wirkstoff, der Anfang der sechziger Jahre unter dem Namen Contergan zu einem Synonym für den Schrecken wurde, den Arzneimittel anrichten können. Allerorten wird mit der risikoreichen Substanz wieder geforscht. Die Frage lautet nur mehr, gegen welche Krankheiten sie eingesetzt werden kann, aber überhaupt nicht mehr, ob es überhaupt ethisch vertretbar ist, eine solche Substanz wieder auf den Markt zu bringen. Der Leitartikel und ein Kommentar möchten sie zum Nachdenken über Ethik und die Grenzen von Machbarkeit anregen.

Bitte beachten Sie auch den beiliegenden Spendenaufruf. Danke!

Ihr

Jörg Schaaber

- **Theater-Workshop:**
Spielend verändern 5
- **Gestrichen:**
Nebenwirkungen 6
- **„Mode“medikamente:**
Wo fängt die Droge an? 7
- **Südafrika:**
USA übt Druck aus 8

In den USA ist Thalidomid seit dem 16. Juli 1998 für den Einsatz bei Lepra erstmals zugelassen.⁶ – 1962 hatte Frances Kelsey die Zulassung in den USA erfolgreich verhindert und wahrscheinlich Zehntausenden von Kindern erspart, mit Verkrüppelungen geboren zu werden!

Die neuen Indikationen

Während jahrelang die Anwendung von Thalidomid bei einer bestimmten Hautkomplikation der Lepra⁷ die einzige akzeptierte (wenn auch nicht unumstrittene) Indikation war, blieben viele ForscherInnen nicht untätig. Ohne daß es an die Öffentlichkeit gedrungen wäre, wurde die risikoreiche Substanz in den letzten Jahren bei unterschiedlichsten Krankheitsbildern getestet.

Doch seit kurzem ist eine heftige Diskussion entbrannt. Der Einsatz von Thalidomid wird von Betroffenen und WissenschaftlerInnen kontrovers diskutiert. Denn bei bestimmten Indikationen, wo andere Medikamente nur wenig oder keine Wirkung zeigen, könnte Thalidomid wirken:⁸

- ◆ tiefe Geschwüre in Mund und Speiseröhre bei AIDS
- ◆ AIDS-bedingtes Wasting Syndrome (das zu dramatischen Gewichtsverlusten führt)
- ◆ andere Autoimmunerkrankungen
- ◆ bestimmte Krebsarten (Prostata, Gehirn)

Gleichzeitig werden aber auch Indikationen diskutiert, bei denen es seit langem sicherere und gefahrlosere Alternativen gibt, wie z.B. bei rheumatoider Arthritis oder einigen Hauterkrankungen. Die Gefahr, daß Thalidomid – einmal zugelassen – immer mehr verschrieben und eingenommen wird scheint fast unvermeidlich. Genauso unvermeidlich werden dann die Geburten von Kindern sein, die wieder mit schwersten Schädigungen leben müssen.

In Mexiko ist Thalidomid seit 1988 zur Anwendung bei Lepra und seit kurzem auch beim Wasting Syndrome bei AIDS erlaubt. Die US-Behörde FDA hat es im Juli 1998 für Lepra zugelassen. Produziert wird es dort von Celgene, einer US-Pharmafirma in

New Jersey. Das Dilemma scheint unausweichlich. Thalidomid bei tatsächlich erwiesenen Indikationen nicht zu geben, bedeutet, PatientInnen nicht zu behandeln, obwohl dies möglich wäre. Dem stimmt auch Randolph Warren, Präsident der Vereinigung der Thalidomid-Opfer in Kanada, zu. Seiner Forderung, Thalidomid streng nur für erwiesene Indikationen zuzulassen, hat Celgene zugestimmt. Seine Befürchtung allerdings ist die legale und v.a. illegale Ausweitung der Einnahme von Thalidomid. Und dies wird unausweichlich neue Opfer zur Folge haben.⁹

Thalidomid scheint vielen als altes und neues Wundermittel zu gelten. Nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland wird allerorten daran geforscht, wie z.B. an der Augenklinik der Universität Heidelberg oder der Freien Universität Berlin. Bei den Forschungen geht es zumeist darum, den exakten Wirkungsmechanismus von Thalidomid herauszubekommen, was weitere mögliche Indikationsgebiete und damit weitere Forschungsmöglichkeiten für die Institute eröffnen würde. Vermutet wird, daß Thalidomid u.a. das Wachstum von Blutgefäßen verhindert (was auch die Schäden der Kinder erklären würde).¹⁰ Auch scheint Thalidomid die überschießende Produktion eines Stoffes zu hemmen (Tumornekrosefaktor α), der kurzfristig zu Fieber und langfristig zu dramatischen Gewichtsverlusten z.B. bei AIDS und Tuberkulose führt.¹ Kritik- und kommentarlos wird Thalidomid inzwischen z.B. gegen die häufigen Durchfälle bei AIDS-Kranken empfohlen, in einem Atemzug mit einer Reihe anderer, neuer Medikamente.¹¹

Die Vorsichtsmaßnahmen

In den USA ist Thalidomid inzwischen das bestkontrollierte und am restriktivsten verordnete Medikament in der Geschichte. Dies soll verhindern, daß Schwangere das Medikament einnehmen. Im Zuge der umstrittenen Zulassung erfolgten Gespräche und Absprachen mit der Vereinigung der Thalidomid-Opfer in Kanada, die sowohl von Celgene als auch von der Vereinigung als positiv bewertet wurden. Viele Sicherheitsforderungen, die die kanadische Vereinigung der Thalidomid-Opfer gefordert hatte, wurden

realisiert und in einem STEPS (System for Thalidomide Education and Prescribing Safety) von Celgene und der FDA zusammengefaßt.^{7,12}

- ◆ Frauen im gebärfähigen Alter, die Thalidomid erhalten, müssen gleichzeitig zwei Verhütungsmethoden anwenden.
- ◆ Männer, die das Medikament erhalten, müssen mit Kondomen verhüten.
- ◆ Allen PatientInnen wird vor der Therapie ein Videofilm über die Nebenwirkungen von Thalidomid gezeigt, der zusammen mit der Vereinigung der Thalidomid-Opfer in Kanada gedreht wurde. Außerdem erhalten sie eine Informationsschrift der Vereinigung der Thalidomid-Opfer in Kanada.
- ◆ Ein Schwangerschaftstest muß vor Beginn und während der Behandlung monatlich durchgeführt werden.
- ◆ Nur im STEPS-Programm registrierte Apotheken dürfen Thalidomid abgeben, sie dürfen nur Vorrat für einen Monat auf Lager haben.
- ◆ Nur im STEPS-Programm ausgewählte ÄrztInnen dürfen Thalidomid verschreiben.
- ◆ Das Medikament darf nur unter dem generischen Namen Thalidomid vermarktet werden.

Außerdem hat sich Celgene verpflichtet, thalidomid-ähnliche Medikamente zu erforschen, die nicht die fatalen Nebenwirkungen haben. Aufgrund der gemeinsam ausgehandelten Sicherheitsvorkehrungen stimmte die Vereinigung der Thalidomid-Opfer in Kanada der Zulassung zu.

Die Kritik

Läßt wirklich das Interesse, daß keine weiteren geschädigten Kinder geboren werden, die US-Pharmaindustrie zu diesen Vorsichtsmaßnahmen schreiten? Wir glauben nein!

Gerade diese Maßnahmen sichern die Pharmaindustrie gegen Ansprüche jeder Art zuverlässig ab. Denn werden die aufgestellten Regeln nicht eingehalten, ist die Patientin schuld, und die Verantwortung für die Folgen liegt bei ihr. Die Firma ist aus dem Schneider. Für AIDS-, Lepra- oder MS-Kranke ist der Leidensdruck auf der anderen Seite oft so stark, daß sie große Risiken in Kauf nehmen, um die Chance auf Ver-

besserung ihrer Lebensqualität zu erhalten. Da die Machtverhältnisse so ungleich verteilt sind, tragen die Kranken die Risiken praktisch alleine. Für viele Thalidomid-Geschädigte, die sich in Deutschland zu einer Mahnwache getroffen haben, erscheint es obszön, daß gerade dieses Medikament nun als neue Wunderwaffe gegen schwere Krankheiten gelten soll. Es ist zu befürchten, daß die US-Zulassung zu einem unkontrollierten Massenversuch führen wird. ÄrztInnen werden Thalidomid für andere als die zugelassene Erkrankung verschreiben.¹³ Der Erkenntnisgewinn daraus wird – verglichen mit kontrollierten klinischen Studien – gering sein, die Risiken von unerwünschten Wirkungen dafür um so größer. Auch in Deutschland gibt es bereits unverantwortliche Versuche an Menschen mit Thalidomid. Der frühere Charité Chefarzt Siegfried Vogel behandelte bereits 13 Hirntumor-PatientInnen mit dem in Deutschland nicht zugelassenen Medikament.¹⁴

Aus feministischer Sicht führte Cynthia Pearson, Direktorin des Nationalen Frauennetzwerkes der USA, noch andere Argumente an: Nicht alle Frauen im gebärfähigen Alter sind der „Gefahr“ ausgesetzt, schwanger zu werden, einige sind Lesben, andere leben zölibatär. Wenn für die Leprabehandlung die Frauen aufgefordert werden, sich entweder sterilisieren zu lassen oder die Behandlung nur stationär durchgeführt wird, ist das ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Frauen und ein Mißtrauen in die Fähigkeit der Frau, ihr Leben in Selbstverantwortung zu tragen.⁹

Die Vereinigung der Thalidomid-Opfer in Kanada (TVAC) bezeichnete die Thalidomid-Zulassung in den USA als „ein bedrückendes Ereignis“ und äußerte die Befürchtung, daß in einem „Domino-Effekt“ andere Länder dem Beispiel der USA folgen würden.¹⁵ „Die TVAC wurde durch die ausufernde unkontrollierte Verbreitung von Thalidomid durch ‘Buyers Clubs’ und durch die Tatsache, daß es vielleicht nützlich zur Behandlung von verheerenden Erkrankungen und Behinderungen ist, gezwungen, eine Zulassung von Thalidomid als das kleinere Übel vorzuziehen. [...] Wir haben die Wiederkehr oder Rehabilitation von Tha-

Kommentar: Nie wieder Thalidomid

Als Thalidomid-Opfer, das 1961 geboren wurde, also zu einem Zeitpunkt, wo die Wirkungen von Thalidomid auf das ungeborene Leben längst bekannt waren, und als Autorin eines Fachbuches über Contergan/Thalidomid, fängt bei mir der Konflikt schon bei den ethischen und moralischen Grenzen von Forschung und Medizin an.

Als Opfer habe ich einen hohen Preis für einen Skandal bezahlt, der hätte vermieden werden können. Ich bin gegen die Wiedereinführung von Thalidomid, weil nur so erneute Thalidomid-Skandale verhindert werden können. In Brasilien gibt es bereits eine neue Generation von Thalidomid-Opfern. Wie viele muß es eigentlich noch geben, damit endlich daraus gelernt wird? Bei uns hat man damals immer von einem „Unglück“ gesprochen, das heruntergespielt wurde. Soll ich jetzt als damaliges Opfer den heutigen auch sagen, das ist nur ein „Unglück“?

Ich glaube die Wiedereinführung von Thalidomid in die Therapie ist eine gesellschaftliche Respektlosigkeit der damaligen und heutigen Thalidomidgeneration gegenüber, aber auch gegenüber dem ungeborenen Leben. Vor vierzig Jahren konnte man sich noch damit rausreden, daß man nichts von den Nebenwirkungen wußte, aber nun kennt man sie. D. h. dieser Wirkstoff wird im vollen Bewußtsein um seine Gefährlichkeit wieder eingeführt. Das, was damals ein „Unglück“ war, wird heute in die Berechnung mit einbezogen.

Ich finde es paradox, daß ausgerechnet die USA, die damals die Thalidomid-Katastrophe in ihrem Lande vermeiden konnten, weil sie wegen fehlender Angaben über die Nebenwirkungen von Thalidomid die Zulassung verweigert hatten, heute mit dem genauen Wissen um die Nebenwirkungen die Substanz zulassen.

Angesichts der weltweiten pharmafreundlichen und verbraucherInnenfeindlichen Zustände im Gesund-/Krankheitswesen, glaube ich nicht an größtmögliche Vorsichtsmaßnahmen. Ich glaube auch nicht daran, daß die Pharmaindustrie bei einer bereits zugelassenen Substanz noch freiwillig bemüht ist, Alternativen zu erforschen, da sie sich ja sowieso schon mit den ihr aufgestellten Regeln der Verantwortung für einen „falschen“ Gebrauch entzieht. Gibt es eigentlich auch eine Verpflichtung darüber, wer verantwortlich ist, wenn trotz aller Vorsichtsmaßnahmen neue Opfer geboren werden? Ob, von wem und wann sie entschädigt werden? Hat man wenigstens daran gedacht?

Wenn ich daran zurückdenke, daß ich damals für mein Buch keinen Verlag gefunden habe, weil das Thema Contergan/Thalidomid angeblich der Vergangenheit angehört und kein öffentliches Interesse mehr findet, so muß ich heute feststellen, daß das Thema aktueller geworden ist, als ich es selbst je geglaubt hätte. Ich hatte in meinem Buch gezeigt, daß sich Skandale ähnlich dem mit Contergan/Thalidomid wiederholt haben und erneut wiederholen können, doch inzwischen steigt sogar die Wahrscheinlichkeit einer Neuauflage des Thalidomid-Skandals und ich warte eigentlich nur noch auf die Schlagzeile „Wieder Thalidomid-Opfer in Deutschland geboren“. Der Titel meines Buches „Ein Unglück kommt selten allein“ paßt besser denn je.

Ich frage mich wirklich, wo ethische und moralische Grenzen von Forschung und Medizin beginnen und aufhören, wenn man sich schon selbst darauf nicht mehr verlassen kann, daß eine bereits vor Jahrzehnten vom Markt genommene risikoreiche Substanz auch verboten bleibt. Muß es nicht für ForscherInnen eine Herausforderung sein, gerade aufgrund von Thalidomid neue risikoärmere Substanzen zu testen, echte Innovationen auf den Markt zu bringen, anstatt mit über 30 Jahre alten Restbeständen zu forschen? Ich finde es außerordentlich peinlich für die Forschung, hinter dem Rücken der Öffentlichkeit mit risikoreichen Substanzen weiterzuforschen und bewußte Gefahren in Kauf zu nehmen. Die Glaubwürdigkeit und das Image der Pharmaindustrie sinkt in meinen Augen immer tiefer.

Catia Monser

lidomid niemals unterstützt, aber wir beschäftigen uns mit der Situation. Unsere Vereinigung hat den Entschluß gefaßt, daß wir es niemals wieder zulassen werden, daß Thalidomid unser Leben zerstören und beherrschen wird, — wir würden es beherrschen ... Und aus

diesem Grunde beschlossen wir aktiver Teil des [Zulassungs-]Prozesses zu werden, und damit sicherzustellen, daß die Gesellschaft geschützt wird.“¹⁶ Die TVAC forderte auch, daß bereits jetzt für die kommenden Opfer vorgesorgt wird und ein Teil des Thalidomid-

Umsatzes in einen Fond fließt. Denn „neue Babys mit Behinderungen werden geboren werden. Kein Kontrollsystem ist narrensicher.“

Lepra zählt in den USA nicht gerade zu den häufigen Erkrankungen und diese erwähnte Komplikation der Lepra ist extrem selten. Der Verdacht, daß die Zulassung bei Lepra für den Pharmakonzern nur ein erster Fuß in der Tür ist, ist begründet. So sieht Celgene auch große Chancen für weitere Zulassungen bei AIDS, anderen Autoimmunerkrankungen und Tuberkulose.

Es war zu erwarten

Bereits Ende 1993 berichtete *Stern TV* wieder von 21 „Contergan-Kindern“ in Brasilien.^{18,16} In Brasilien leiden schätzungsweise eine Million Menschen an Lepra, einer Krankheit der Armen. „Für die 150 Millionen, die unter der Armutsgrenze leben, kommt für viele aus Kostengründen kein Arztbesuch in Frage“,¹⁸ sagte die Präsidentin der Vereinigung der Thalidomid-Geschädigten in Brasilien, Rosnagela Nascimento. Der Fall Brasilien zeigt, wie schwer es zu realisieren ist, daß ein risikoreiches Medikament ausschließlich einer kleinen Patientengruppe mit einem klar definierten Krankheitsbild zur Verfügung steht. Die WHO-Auflage, das Medikament „nur vom Arzt kontrolliert und unter keinen Umständen bei Frauen im gebärfähigen Alter einzusetzen“, gerät dort zur Farce.¹⁷ Obwohl es der Rezeptpflicht untersteht, verkaufen es die meisten Apotheken frei über den Ladentisch.

Impressum

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

Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V.,
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich),
Christiane Fischer, Mitarbeit: Karin Pichlbauer,
Hedwig Diekwisch

Namentlich gekennzeichnete Beiträge und Leser-
Innenbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder.

Druck: Off-Set, Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben
jährlich, Einzelabo 25 DM, Institutionen- oder Aus-
landsabo 45 DM. 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.

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Konto für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

Selbst wenn es in den USA gelingen sollte zu verhindern, daß wieder Thalidomid-geschädigte Kinder geboren werden, wird dies in armen Ländern wie Indien, Brasilien etc. mit Sicherheit mißlingen. Es wird nicht nur, es ist schon! Wie viele Thalidomid-geschädigte Kinder in den letzten fünf Jahren in Brasilien bereits geboren wurden, kann niemand genau sagen, aber wie sagt Randolph Warren, der sich selbst „Thalidomider“ nennt: „Ein einziges solches Baby ist zuviel.“¹⁸

Unsere Forderungen

Das Dilemma bleibt bestehen und scheint momentan unauflösbar. Wir schließen uns der Forderung an, daß Thalidomid nur bei erwiesenen und zugelassenen Indikationen und nur als letztes Reservemittel unter größtmöglichen Vorsichtsmaßnahmen eingesetzt werden darf. Ein Warnhinweis muß auf jeder Packung gut lesbar aufgedruckt sein, in Ländern mit hoher AnalphabetInnenquote auch als Bild. Gleichzeitig muß die Entscheidung in der Hand der Frau bleiben und ihr individueller Lebenskontext beachtet werden.

Die Zulassung von Thalidomid muß klar auf einen möglichst kurzen Zeitraum beschränkt bleiben. Eine Welt mit Thalidomid ist auf Dauer nicht akzeptabel.

Das Gesetz, daß ÄrztInnen in den USA erlaubt, Medikamente auch außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes verschreiben zu dürfen, muß nicht nur bei Thalidomid, sondern auch bei anderen fruchtschädigenden Medikamenten geändert werden.

Die Pharmaindustrie darf sich nicht durch die von ihr aufgestellten Regeln aus der Verantwortung stehlen können. Werden Kinder mit Thalidomid-Schäden geboren, ist die Pharmaindustrie dafür zur Rechenschaft zu ziehen. Dies gilt nicht nur in den USA, sondern auch in Brasilien, einem Land mit Millionen von Armen, in dem die Vorsichtsmaßnahmen nicht funktionieren (können). Die Anwendung von Thalidomid muß auf ein absolutes Minimum beschränkt bleiben, und Alternativen müssen gesucht werden. Eine Ausweitung der Forschung über Thalidomid, wie sie momentan international betrieben wird, ist angesichts der uner-

wünschten Wirkungen, der Gefahren und der Geschichte des Medikaments absurd. Der ethische Maßstab ist der Mensch, die Patientin und das Kind, nicht der Profit der Firmen. Nur wenn dieser Maßstab bei der Entscheidung für den Einsatz von Thalidomid beachtet wird, können wir so mit dieser Situation umgehen, daß die Entscheidung akzeptabel wird. (CF)

- 1 Ein Horrormedikament wird zum Hoffnungsträger, *Frankfurter Rundschau*, 6.4.1996,
- 2 Thalidomid war in den 50er Jahren in den USA nicht zugelassen worden
- 3 Der Firmenmitarbeiter hatte seiner schwangeren Frau auf Anraten seines Vorgesetzten das noch nicht auf dem Markt befindliche Mittel gegeben. P. Eckert, *Das Pharmakartell*, Cloppenburg, 1998, S. 29
- 4 *Der Spiegel* Nr. 49, 1962, S. 72-90
- 5 *Frankfurter Rundschau*, 6.4. 1996, Ein Horrormedikament wird zum Hoffnungsträger
- 6 *Washington Post*, 17.7.1998, S. A1
- 7 Erythema nodosum leprosum
- 8 Workshop des NIH (National Institutes of Health), der FDA (Food and Drug Administration) und des CDC (Centers for Disease Control and Prevention) der USA, Bethesda, Maryland, 9.-10.9.1997; www.fda.gov/oashi/aids/thalexe.html
- 9 *Mabuse* Nr. 111, Januar/Februar 1998, S. 49
- 10 A.M. Joussem et al., Untersuchungen von Wirkungen von Thalidomid in vitro, Heidelberg, 1997
- 11 Bernhard Hirschel et al., Opportunistische Infektionen, Kongreßberichte Washington, 1997; www.hiv.net/kongress/wash97/oppinf.htm
- 12 Celgene Cooperation, 16.7.1998
- 13 Dies ist gemäß dem US amerikanischen Gesetz zulässig
- 14 Versuche mit Contergan als letzte Hoffnung, *Der Tagesspiegel*, 30.7.1998
- 15 Randolph Warren, TVAC Position Statement Regarding the Licensing of Thalidomide, 17.7.1998
- 16 Siehe auch *Pharma-Brief* 1/1994 S. 1-2
- 17 *Frankfurter Rundschau*, 1.12. 1993, „Contergan-Kinder“ in Brasilien
- 18 U.S. on Verlage of Approving Thalidomide for Leprosy Patients, *International Herald Tribune*, 25. 9.1997, S. 10

Nachtrag

Werbung und Wahrheit Pharma-Brief 5/1998

Unter dem Titel *Werbung und Wahrheit* berichteten wir im letzten *Pharma-Brief* über die Hintergründe einer Pharma-Werbekampagne. Den Beitrag hatten wir aus *Adbusters* entnommen. Die Zeitschrift mit dem Untertitel „Journal of the Mental Environment“ befaßt sich mit den Auswirkungen von Werbung auf unser Bewußtsein und Handeln und entwirft Gegenstrategien. Wer neugierig geworden ist, erhält weitere Informationen so:

Im Internet:
www.adbusters.org



Anschrift: Adbusters Media Foundation, 1243
West 7th Ave, Vancouver, BC, V6H 1B7, Kanada,
Tel +1-604-7369401 Fax -7376021

Straßentheater-Workshop der Pharma-Kampagne vom 4.-6. 12.1998

Lobbypolitik

Seminar 30.10.-1. 11.1998

Kritische Gruppen haben in den letzten Jahren teilweise ihre Haltung zu Lobbyarbeit stark verändert. Dies ist Anlaß für ein Seminar des BUKO.

Ist Lobby tatsächlich ein wichtiges Werkzeug, politische Veränderungen zu erreichen? Oder ist Lobbyarbeit eine Aktionsform, die Basisgruppen ausschließt und keine wirklichen Veränderungen bewirken kann? Mit ReferentInnen aus unterschiedlichen entwicklungspolitischen Zusammenhängen werden wir diese Themen diskutieren und auch die Frage in welchem Verhältnis sich Lobby- zu Öffentlichkeitsarbeit und anderen Aktionsformen befindet.

Mit: Jürgen Knirsch BUKO Agrar Koordination, Jörg Schaaber, BUKO Pharma-Kampagne und weiteren ReferentInnen

Ort: Bonn, Teilnahmebeitrag incl. Vollverpflegung: 80 DM (60 DM für Mitgliedsgruppen), Anmeldung beim BUKO, Nernstweg 32, 22765 Hamburg

Einmal eine ganz andere Art der Präsentation (entwicklungs)politischer Inhalte auszuprobieren ermöglicht dieser Workshop.

Wir werden uns spielerisch den von den TeilnehmerInnen eingebrachten Themen/Ideen nähern. Und noch bevor das Wochenende vorbei ist, könnt ihr eine kleine Szene aufführen.



Der Workshop bietet eine gute Einstiegsmöglichkeit in die Straßentheatergruppe *Schluck & weg* der BUKO

Pharma-Kampagne, die neue MitspielerInnen sucht. Die Gruppe hat für 1999 schon mehrere Auftrittsangebote (u.a. auf dem Ev. Kirchentag).

Anmeldung

Ich nehme am Straßentheater-Workshop der BUKO Pharma-Kampagne vom 4.-6.12.1998 in Bielefeld teil

zum Normalpreis (80 DM)

zum Mitgliederpreis (60 DM)

Name:

Gruppe:

Straße:

Ort:

Tel.:

Ich habe den Teilnahmebeitrag als Verrechnungsscheck beigelegt

Ich habe den Betrag auf das Konto 105601 bei der Sparkasse Bielefeld überwiesen (BLZ 48050161)

Datum:

Unterschrift:

Mit: Barbara Frey, Regisseurin und Theaterpädagogin (Ausbildung bei Augusto Boal), der Theatergruppe *Schluck & weg* und Jörg Schaaber

Ort: Bielefeld, Teilnahmebeitrag incl. Vollverpflegung: 80 DM (60 DM für Mitgliedsgruppen), Anmeldung möglichst bis 20.10.98, die Plätze sind begrenzt!

Zurück an: BUKO Pharma-Kampagne, A.-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld

Neues Buch

Die drei großen „U“ ...

... bestimmen die Gentechnologie in der Pharmaindustrie: Unkontrollierbar, Unkalkulierbar und Unbezahlbar. Peter Eckert beschreibt dies in einem Kapitel seines Buches: „Das Pharmakartell“.

In dem Buch wird das „Bermudadreieck der Arzneimittelsicherheit: Ärzte - Behörden - Pillenindustrie“ in verständlicher und gut lesbarer Sprache analysiert und kritisch reflektiert. Die Vorfälle, die von der unseligen Geschichte des „Wundermittels“ Contergan bis zu HIV infizierten Blutkonserven reichen, hätten alleine schon genug Opfer gekostet. Aber bis heute scheint die Pharmaindustrie nichts dazu gelernt zu haben. Mit den gleichen Argumenten, mit denen sie seinerzeit

die Gefahren von Contergan und den HIV infizierten Blutkonserven abwiegelte, verharmlost sie heute BSE. Sie trifft keinerlei Vorsichtsmaßnahmen, unkalkulierbare Risiken auszuschalten. Wie damals, leugnet sie Gefahren, ignoriert Warnungen und nimmt Gesundheitsrisiken und vermeidbare Todesfälle in Kauf. Dabei spricht Eckert als Insider, da er selbst jahrelang bei einer großen Firma für Arzneimittelsicherheit zuständig war.

Im internationalen Vergleich schneidet die bundesdeutsche Pharmaindustrie besonders schlecht ab, da ihrem Profitstreben weder Behörden, ÄrztInnen, noch ApothekerInnen wirksam etwas entgegensetzen. Auf der Strecke bleiben dabei die VerbraucherInnen. In der ungleichen Machtverteilung verlieren sie gegen Industrie, ÄrztInnen und Behörden. An mehreren Stellen be-

merkt Eckert, daß das Kontrollsystem in den USA ungleich besser funktioniert als das bundesdeutsche und VerbraucherInnen dort tatsächlich schützt.

Obwohl die Pharmabranche unbestritten auch wirkungsvolle und wichtige Medikamente entwickelt hat, sinkt ihre Glaubwürdigkeit innerhalb der letzten Jahre zusehends.

Das Buch analysiert die Rolle der Pharmaindustrie vor allem ökonomisch. Dabei gerät der ethische Blickwinkel auf das Thema etwas zu kurz. Besonders die Kritik an der Gentechnologie kann nicht nur ökonomisch begründet werden. Sie stellt vor allem auch ein ethisches Problem dar. (CF)

Peter Eckert: Das Pharmakartell, Im Bermudadreieck der Arzneimittelsicherheit: Ärzte - Behörden - Pillenindustrie. VSA Verlag Hamburg, 1998, 278 Seiten, 34,80 DM ISBN: 3-87975-721-6

**Themenschwerpunkte 1998:**

- ▶ Politik in Banden
- ▶ Moderne Medienwelten
- ▶ Sport ohne Grenzen
- ▶ Kindheit und Alter
- ▶ Arbeit für Gewerkschaften
- ▶ Ökonomie der Drogen
- ▶ Menschenrechte

Einzelheft DM 8,- ▶ Abo DM 60,-
erhältlich im linken Buchhandel, in
Dritte-Welt-Läden oder direkt beim

iz3w ▶ Postfach 5328 · D-79020
Freiburg · Telefon (0761) 74003
Telefax 709866 · iz3w per
E-Mail: iz3w@link-s.cl.sub.de
Online: <http://www.rolf.de/iz3w>

- Ich bestelle ein Probeabo
3 Ausgaben für DM 15,-

Name

PLZ/Ort

Straße

Unterschrift

Datum

iz3w ▶ Politik, Ökonomie und
Kultur zwischen Nord und Süd

... Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker Für VerbraucherInnen keine Nebenwirkungen mehr

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V. (VDPP) protestiert gegen eine Gesetzesänderung, die die Informationen über unerwünschte Wirkungen aus der Laienwerbung streicht.

Am 10.7.1998 hat der Bundesrat der Novellierung des Arzneimittelgesetzes zugestimmt, mit der auch eine Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) verbunden war. Dadurch werden VerbraucherInnen künftig Nebenwirkungen und Gegenanzeigen von Medikamenten nicht mehr in Arzneimittelwerbungen in Zeitschriften lesen können. Diese industriefreundliche Gesetzesänderung ist ein Schlag gegen VerbraucherInnenschutz, Transparenz und Information. Statt der notwendigen Aufklärung über Nebenwirkungen und Gegenanzeigen wird nur noch der aus Radio- und Fernsehen bereits bekannte nichtssagende Satz zu lesen sein: „Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“

Wie soll einE PatientIn die Packungsbeilage lesen, bevor er/sie das Medikament gekauft hat? Immer mehr PatientInnen betreiben heute Selbstmedikation und die Auskünfte des/der ApothekerIn sind leider häufig viel zu sehr vom Verkaufsinteresse statt von objektiver Informationspflicht geleitet.

Prof. Borchert von der Universität Wuppertal kam in einer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß gegenwärtig 80% der Medikamentenwerbungen nicht den Anforderungen des HWG entsprechen und 50% aller Werbungen irreführende Aussagen enthalten. Die Verstöße werden nach der Gesetzesänderung vielleicht weniger, da die Hersteller gegen weniger Regeln verstoßen können. Dafür nimmt aber die Irreführung zu, da die negativen Eigenschaften eines Mittels (unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen) einfach weggelassen werden können.

Interessanterweise fordert der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) „nicht mehr, sondern seriöse und bessere Pharmawerbung“.¹⁹

Allerdings ist es ebenso interessant, was der BPI damit meint: eine emotionale Konditionierung an das Produkt, eine Verbesserung von „Duft, Farbe, Packung, Skinfeel“. Auch der BPI hat erkannt, daß die Wirkung substanzgleicher Produkte immer dieselbe ist und eine Gewinnsteigerung nur durch andere Effekte erzielt werden kann. Medikamente sollen in der Werbung zum normalen Konsumgut werden.

EinE gut informierte VerbraucherIn stört in dieser Logik. So argumentierte bereits die Stellungnahme des Bundesfachverbandes der Arzneimittelhersteller zur Fernsehwerbung.²⁰ Dieses Gutachten ließ das Bundesgesundheitsministerium seinerzeit unkommentiert in die Debatte, ob im Fernsehen und Radio auf die Angabe von Nebenwirkungen zu verzichten sei, einfließen. Die Logik des Gutachtens war bestechend: FernsehzuschauerInnen verstehen die Information sowieso nicht, deshalb kann man sie weglassen. Seine Forderung war, die Pflichtangaben sollten nur wenige Detailinformationen enthalten, die sich möglichst wiederholen sollten.²¹ Das Ergebnis ist bekannt: „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“ Dieselbe Desinformation steht nun auch in der Presse bevor.

Wir schließen uns der Forderung des VDPP an, eine solche verbraucherInnenfeindliche Änderung des HWG rückgängig zu machen! Arzneimittelwerbung ist grundsätzlich fragwürdig, sie noch weniger zu kontrollieren ist skandalös. Statt dessen müssen VerbraucherInnen besseren Zugang zu Industrie-unabhängiger Information erhalten. (CF)

¹⁹ Pharmawerbung in der Kritik, *Die Pharmazeutische Industrie*, Nr. 58, 1996, S. 480-488

²⁰ verfaßt von Herrn Prof. Kepplinger vom Institut für Publizistik an der Universität Mainz

²¹ HM Kepplinger, Möglichkeiten und Grenzen von Pflichtangaben in Fernsehspots für Arzneimittel, 1989

Veranstaltungshinweis

Rechtstatsachen zur Heilmittelwerbung

Diskussionsveranstaltung am 29.10.1998

In einer Tagesveranstaltung (11.30-18.00 Uhr) möchte Prof. Borchert von der Universität Wuppertal diskutieren, wie Pharmawerbung besser kontrolliert werden kann. Dabei wird eine neue Studie von Dr. Dörte Meyer zu Werbeanzeigen vorgestellt. Seine DiskussionspartnerInnen sind: Dr. Udo Puteanus, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst; Dr. Mark Seidscheck, Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller; Horst Schmidbauer MdB (SPD); Monika Knoche MdB (Bündnis 90/ die Grünen) u.a.

Anmeldung bis 16.10.1998 bei: Prof. Borchert, Fachbereich Rechtswissenschaft, Uni Wuppertal, Gaußstr. 20, D-42097 Wuppertal. Die Teilnahme ist kostenlos.



Medikamentengebrauch

Sex and Drugs and Viagra

Life-Style Medikamente und Drogen

Wo sind die Grenzen des medizinisch Notwendigen, wo der Beginn einer Life-Style-Medizin, in der Medikamente nicht mehr Krankheiten kurieren, sondern nur Gesunden das Leben behaglicher machen? Die Grenzen von „normalen“ Medikamenten zu Drogen verschwimmen immer mehr.

Im Juni faßte der Bundesausschuß der ÄrztInnen und Krankenkassen den Beschluß, daß Viagra (Sildenafil) nicht von den Kassen erstattet wird.²² Der Hersteller Pfizer nahm es gelassen, weiß er doch, wie viele auch ohne Kassenerstattung die angebliche Potenzpille schlucken, auch wenn sie allein in den USA bereits mit 69 Todesfällen in Verbindung gebracht wird.²³ (*Wir berichteten über Risiken im letzten Pharma-Brief*). In den USA wurden seit der Markteinführung bereits 3,6 Millionen Rezepte ausgestellt.²³

Nicht nur Viagra ist in aller Munde, sondern eine ganze neue Generation solcher Life-Style-Medikamente drängt auf den Markt: MSD wird mit einem neuen Wirkstoff gegen Haarausfall und Hoffmann LaRoche mit einem Mittel gegen Fettleibigkeit herauskommen, um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Wunschlos unglücklich

Diskutiert wird bei diesen Medikamenten momentan die Frage, ob die Kassen sie erstatten sollen, und damit die Frage, wo Krankheit aufhört und der reine Hedonismus beginnt. Noch wichtiger erscheint uns aber ein anderes Problem: Die Einführung und Verbreitung solcher Medikamente wird mehr noch als schon jetzt suggerieren, daß alle Probleme in jeder Lebenslage durch Medikamente gelöst werden könnten: Egal ob zu dick, zu wenig Haare, potenzschwach, eine Störung der Befindlichkeit oder der Wunsch nach höherer Leistungsfähigkeit, die

Lösung ist da und kann geschluckt werden. Jedes Symptom wird bekämpft; Leid und Schmerzen werden zu scheinbar unnötigen Störungen, jede Stimmung kann zu jedem gewünschten Zeitpunkt erzeugt werden.

In vielen Religionen und Mythen wurde den Menschen die Vision einer Welt verheißen, in der kein Leid, kein Schmerz, kein Hunger und kein Tod mehr sein soll. Doch galten diese Verheißungen Hungernden, Menschen deren Lebenserwartung bei 30 Jahren lag, von deren zehn Kindern acht starben, die nicht ein noch aus wußten. Sie waren und sind die Visionen der Armen und Unterdrückten. Wer heute seine Gefühle und Empfindungen durch Medikamente und Drogen manipuliert und betäubt, sind die wunschlos Unglücklichen einer westlichen Mittelklasse, die keinen Schmerz mehr kennen und empfinden wollen oder können. Medikamente und Drogen werden zum Ersatz für menschliche Beziehungen. Die Beziehungslosigkeit unserer Gesellschaft, die sich in dieser Ersatzbefriedigung ausdrückt, kann nicht mehr ertragen werden.²⁴ Die Grenzen zum Mißbrauch werden immer unkenntlicher. Die Luxusmedizin des „schöner, besser, schneller“ triumphiert, die Gewinne daraus sacken Pfizer, MSD, Roche und andere ein.

Wie eine Studie der Universität Bielefeld²⁵ belegt, hat der Medikamentenkonsument von Jugendlichen (besonders von Schmerz- und Aufputzmitteln) ebenso zugenommen wie die Einnah-

me der Designerdrogen Ecstasy und Speed, die rein äußerlich wie „normale Medikamente“ aussehen und dieses Image bei den KonsumentInnen auch suggerieren wollen. Hurrelmann, der die Studie durchführte, sieht die Gefahr, daß normale Medikamente zur Einstiegsdroge Nummer eins für Ecstasy, Speed und andere Drogen werden oder schon geworden sind. Designerdrogen und Medikament haben das Image, die Leistungsfähigkeit der KonsumentInnen zu steigern, nicht zu lähmen. Eingenommen werden sie daher nicht von sozial Randständigen, sondern von denen, die ihren Platz innerhalb der Leistungsgesellschaft gefunden haben. Die Studie belegt eine eindeutige Tendenz, auf gesundheitliche Störungen vermehrt mit der Einnahme von Medikamenten zu reagieren. Der Zugang zu Medikamenten ist innerhalb der letzten 10 Jahren leichter geworden und die Selbstmedikation hat zugenommen. Auch hiervon profitiert die Pharmaindustrie, die in ihrer Werbung mehr und mehr auf die Zielgruppe Jugendliche setzt.

Life-Style-Medikamente, vermehrter Konsum von Schmerz- und Anreigungsmitteln und Designer-Drogen zielen alle in eine ähnliche Richtung: eine Befindlichkeitsstörung wird mit einer reflexartigen pharmakologischen Reaktion beantwortet, bzw. die Befindlichkeit wird schon im Vorfeld entsprechend manipuliert.

Durch vermehrte Werbung und Entwicklung von Life-Style Medikamenten ist die Pharmaindustrie für diesen Trend ursächlich verantwortlich. Aus reinem Gewinnstreben nimmt sie in Kauf, daß Medikamente zur Einstiegsdroge werden. Die Grenzen zwischen medizinisch sinnvollen Medikamenten, die Krankheiten bekämpfen, Pseudomedikamenten, die Befindlichkeiten manipulieren und Drogen sind dabei zu verschwimmen. In der Diskussion (nicht nur) um Viagra muß dieser Aspekt unseres Erachtens wesentlich stärker beachtet werden. (CF)

22 A Rogalla, Neue Wunderpillen bleiben Luxus, *taz*, 22.7.1998, S.3

23 FDA, Postmarketing Safety of Sildenafil Citrate (Viagra) Stand 24.8.98, www.fda.gov/cder/consumerinfo/viagraupdate721.htm

24 D Sölle, Uns ist noch nicht erschienen, was wir sein werden, S. 29-34, Stuttgart, 1987

25 K Hurrelmann, Sind Arzneimittel die Einstiegsdroge für Ecstasy?, Universität Bielefeld, 1997



Aus aller Welt

WHO: Besser mit Industriemann?

Der neuen WHO-Generaldirektorin Gro Brundtland wird nachgesagt, frischen Wind in die Organisation zu bringen. Dennoch hat ihre Auswahl des Chefs für den Arzneimittelbereich Befremden ausgelöst.

Generell wird die Auswahl der neuen Führungskräfte bei der WHO auch international positiv bewertet. Von den 10 Top-Positionen wurden 6 mit Frauen besetzt, alle Weltregionen sind gleichmäßig repräsentiert, und auch an Kompetenz und Engagement soll es nicht fehlen.

Nur die Wahl des Direktors für Gesundheitstechnologie und Medikamente ist weltweit unter Leuten, die sich aktiv im Gesundheitssektor engagieren, ziemlich umstritten. Der Grund: Der Deutsche Dr. Michael Scholz kommt direkt aus der Pharmaindustrie. Zuletzt hat er als Vizepräsident und Marketingdirektor bei dem Multi SmithKline Beecham gearbeitet, davor für Ciba-Geigy. Scholtz selbst sieht bei seinem Postenwechsel keine Probleme. Er betonte, daß es bei WHO und der Pharmaindustrie gemeinsame Themen gäbe: Beide trügen zur Gesundheitsversorgung bei. Der Unterschied liege im Zweck und Ziel: „Während Gewinnerzielung zu den wichtigsten Triebkräften der Industrie gehört, ist die WHO gemeinnützig und hat einen viel breiteren Auftrag.“²⁶ Auf Vorwürfe, es mangle ihm an Loyalität mit seinem neuen Arbeitgeber erwiderte er: „Ich habe immer gesagt, wenn ich in Ruhestand gehe, arbeite ich als Freiwilliger für die WHO, um der Gesellschaft eine Schuld zurückzubezahlen. Jetzt ergab sich die Gelegenheit und sie traf meine persönlichen Wertvorstellungen.“²⁶

Auch wenn es ihm vielleicht nicht an gutem Willen fehle, so sei doch die Nähe zur Industrie und die mangelnde Erfahrung mit den Prioritäten einer an den Interessen der Menschen orientierten Gesundheitsversorgung bedenklich, meinen viele KritikerInnen. (JS)

USA gegen südafrikanische Medikamentenpolitik

Der US-Handelsrepräsentant hat bereits beschlossene Zollvorteile für südafrikanische Waren blockiert, um Druck auf die Regierung Südafrikas auszuüben. Erklärtes Ziel ist es, das neue Arzneimittelgesetz des Landes zu Fall zu bringen.

Tom Bombelles vom US-Pharmaindustrieverband PhRMA begrüßte die Blockade durch die US-Regierung und sagte: „das ist die Art Maßnahmen, die wir von ihnen erwarten“.²⁷ Südafrika hatte Ende letzten Jahres das Arzneimittelgesetz geändert, um Parallelimporte von Medikamenten und in bestimmten Fällen Ausnahmen vom Patentschutz zu ermöglichen. Das Gesetz konnte jedoch wegen Klagen von Pharmafirmen bislang noch nicht in Kraft treten.

Die US-Regierung versucht in anderen Ländern im Interesse ihrer Pharmaindustrie Parallelimporte von Arzneimitteln zu verhindern, obwohl sie gemäß den TRIPS-Verträgen²⁸ der Welthandelsorganisation (WTO) statthaft sind und in zahlreichen europäischen Ländern erfolgreich zur Senkung der Medikamentenpreise eingesetzt werden.

Bereits im März diesen Jahres hatte Bundespräsident Herzog bei seinem Südafrika-Besuch im Interesse der deutschen Pharmaindustrie interveniert. Auf sein Drängen wurde das Thema Patentschutz bei Arzneimitteln auf die Tagesordnung des Gesprächs mit Mandela-Stellvertreter Thabo Mbeki gesetzt.²⁹

Südafrika hat niedrigere Preise dringend nötig, das zeigte eine HAI-Studie Anfang diesen Jahres. Die Medikamentenpreise in dem afrikanischen Land waren im Schnitt höher als in jedem der acht untersuchten europäischen Länder und vier mal so hoch wie im

benachbarten Zimbabwe.³⁰ Medikamente gegen AIDS kosten in Südafrika zum Teil mehr als in den USA. Gerade bei den teuren patentgeschützten AIDS-Medikamenten sind erhebliche Einsparungen möglich. Eine Studie in Großbritannien zeigte, daß sich durch Parallelimporte Einsparungen von 41% gegenüber dem britischen Listenpreis erzielen lassen.³¹

Das in Washington beheimatete Center for Study of Responsive Law protestierte mit einem mehrseitigen Statement beim US-Vizepräsidenten Albert Gore gegen den Druck des US-Handelsrepräsentanten auf Südafrika: „Wir sehen keinen Anlaß für eine Intervention der US-Regierung im Interesse internationaler Pharmafirmen. In der Tat sollten die USA die durchdachten Initiativen Südafrikas unterstützen und die Gelegenheit nutzen, deutlich zu machen, daß die US-Außenpolitik im Zusammenhang mit Arzneimitteln wirtschaftliche Interessen dem allgemeinen Interesse der Gesundheit der Menschen unterordnet.“³²

Ein Sprecher der südafrikanischen Gesundheitsministerin Nkosazana Zuma sagte zu dem US-Druck: „Die Amerikaner mögen vielleicht nicht, was wir tun, aber die Realität ist, daß die Mehrheit der Südafrikaner arm ist und sich teure Medikamente nicht leisten kann.“²⁶ (JS)

26 The new WHO cabinet looks refreshingly different, *British Medical Journal* 22.8.1998, S. 492

27 Health Department 'determined to amend drug law', *Business Day* (Südafrika) 16.7.1998

28 TRIPS betrifft geistige Eigentumsrechte, im Pharmabereich vor allem durch eine 20-jährige Patentschutzzeit gesichert. Ausführlich berichteten wir im *Pharma-Brief* 8/1996 und 4/1998.

29 Herzog und Mandela hatten auch Zeit für „Zeremonielles“, *Frankfurter Rundschau*, 11.3.1998

30 Retail Drug Prices: The Law of the Jungle, *HAI-News*, April 1998, S. 1

31 Consumer Project on Technology Comments to USTR Regarding FTAA Negotiations - Health Care, Washington 29.7.1998; www.cptech.org/treaty/ftaa/ftaa-290798.html

32 Letter from Ralph Nader, James Love and Robert Weismann to Vice President Gore, 29.7.1998

Zu guter Letzt

„... es gibt den verbreiteten Irrglauben, daß neue Behandlungsmethoden wahrscheinlich besser sind als die vorhandenen Alternativen.“

Klim McPherson (Professor of public health epidemiology) und Ian Chalmers (Director, UK Cochrane Centre) im *British Medical Journal*, 4.7.1998, S.78