

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11898

Ungleichheit ist tödlich WHO fordert Umverteilung für Gesundheit

Soziale Ungleichheit, Machtlosigkeit und schlechte Lebensbedingungen schaden der Gesundheit überall auf der Welt: So kann man den Bericht der Commission on Social Determinants of Health der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammenfassen.¹ Vielleicht noch wichtiger ist die Botschaft, dass man dagegen etwas tun kann und muss.

Ein Mädchen in Lesotho hat ein 42 Jahre kürzeres Leben zu erwarten wie ein gleichaltriges Kind in Japan. Aber auch in der reichen Welt ist es um Chancengleichheit schlecht bestellt: Ein Junge, der im Glasgower Stadtteil Carlton geboren wird, hat 54 Lebensjahre vor sich. Im dreizehn Kilometer entfernten Lenzie könnte er 82 Jahre alt werden. Das Risiko einer Mutter in Schweden während Schwangerschaft und Geburt zu sterben, beträgt 1:17.400, in Afghanistan ist es 1:8. Die Biologie kann zur Erklärung nichts beitragen, so die WHO: „Stattdessen beruhen die Unterschiede zwischen und innerhalb von Ländern auf der sozialen Umwelt, in die Menschen geboren werden, in der sie aufwachsen, arbeiten und altern.“²



Foto: WHO / Marco Kokic

ist auch: Reichtum bedeutet nicht unbedingt bessere Gesundheit für alle. Was zählt, ist soziale Gerechtigkeit in der Gesundheit.

Reich = gesund?

Drei Jahre hat die Commission on Social Determinants of Health das vorhandene Wissen zu den gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit gesammelt und ausgewertet. Zahlreiche Gruppen und WissenschaftlerInnen wurden in die Diskussion mit einbezogen. Vor allem aber wurde nach positiven Beispielen gesucht, die zeigen, dass es selbst unter schwierigen Bedingungen auch besser gemacht werden kann. Denn eine wichtige Erkenntnis

Global gesehen hat sich die Schere zwischen Arm und Reich in den letzten 25 Jahren noch weiter geöffnet. 1980 hatten die reichsten Länder mit 10% der Weltbevölkerung ein 60 mal so hohes Pro-Kopf-Einkommen wie die 10% der ärmsten Länder. Ein Vierteljahrhundert später ist das Einkommen der Reichen 122 mal so hoch. Schlimmer noch, in vielen benachteiligten Ländern sinkt das Einkommen des ärmsten

Editorial

Liebe LeserInnen, eigentlich haben wir ja schon lange gewusst, dass soziale Ungerechtigkeit der Gesundheit schadet. Aber wenn jetzt eine Kommission der Weltgesundheitsorganisation die Fakten kompakt zusammenfasst und daraus weitreichende Forderungen ableitet, dann stockt einem doch der Atem (Titelgeschichte). Warum schielen wir immer nur auf das nächste Medikament, das eine Krankheit im besten Falle um ein paar Prozent besser behandelt, wenn riesige Gesundheitsgewinne durch mehr soziale Gerechtigkeit erzielt werden könnten? Stattdessen treibt die EU-Kommission mit ihren Vorschlägen zur Pharmawerbung die Medikalisation munter voran (Seite 3).

Ihr

Jörg Schaaber

Inhalt

Europa	3
Verheugen wirbt	
Patente	4
UNITAID Forschungspool	
Tuberkulose	5
Neue Medikamente?	
Neue Bücher	6
Arzneigeschichte – Patente – Beeinflussung der Psyche	



Fünftels. Reichtum alleine macht aber nicht alle gesund. So ist die Lebenserwartung in den USA mit 75 Jahren nicht höher als die auf Kuba. Dafür sind große soziale Unterschiede verantwortlich. Im vorwiegend von Schwarzen bewohnten Washington DC beträgt die Lebenserwartung gerade einmal 63 Jahre, im vorwiegend von Weißen bewohnten Montgomery County 80 Jahre. Kuba ist nicht das einzige Beispiel für die gesundheitsfördernde Wirkung sozialer Gleichheit. Ähnliche Erfolge weisen Länder wie Costa Rica, Sri Lanka, China oder der indische Bundesstaat Kerala auf.

Lösungen nicht im Gesundheitssektor

Die meisten Gewinne an Lebenszeit können nicht durch medizinische Interventionen gewonnen werden. Andere Faktoren sind letztlich bedeutsamer. Ein Vergleich der Säuglingssterblichkeit in 35 armen Ländern zeigt, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Mutter und den Überlebenschancen des Nachwuchses gibt. So stirbt jeder zehnte Säugling von Müttern ohne Bildung, bei Müttern mit Abitur ist es jeder 25ste. Gerechtere Gesundheitschancen können deutliche Verbesserungen bewirken. Beispielsweise fiel in Ägypten die Kindersterblichkeit in knapp 40 Jahren von 235 auf 35 pro 1000 Geburten, während sie in Ghana und Nigeria von rund 260 nur auf knapp unter 200 sank.

Als historisches Lehrbild gilt die gute Gesundheit in Skandinavien. Wichtige Faktoren dabei sind soziale Sicherung für alle, Vollbeschäftigung, Geschlechtergerechtigkeit und soziale Teilhabe. Die Einkommen sind relativ gleich verteilt und der Lebensstandard unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist ähnlich.

Wohnen und Gesundheit

Fast eine Milliarde Menschen leben heute in Elendsvierteln. Sauberes Wasser, Kanalisation und Elektrizität können dort innerhalb kurzer Zeit die Lebensbedingungen drastisch verbessern. Die größere Herausforderung ist, solche Viertel gar nicht erst entstehen zu lassen. Dazu gehört auch eine Verbesserung der Lebensbedingungen in ländlichen Regionen und natürlich die direkte Bekämpfung der Armut. Das geht nicht ohne Umverteilung.



Bessere Bildung erhöht die Gesundheitschancen von Frauen und Kindern
Foto: WHO / Marco Kokic

Andere Aspekte des Wohnens und Lebens gelten für Nord wie Süd gleichermaßen. Städte sollten so organisiert sein, dass man viele Wege auch gut zu Fuß oder mit dem Rad zurücklegen kann. Denn Bewegungsmangel ist überall eine Bedrohung für die Gesundheit.

Arbeit und Teilhabe

Eine befriedigende Arbeit, von der man akzeptabel leben kann, ist eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit. Die Kommission

... und in Deutschland?

Das Einkommen wirkt sich auf die Lebenserwartung aus. Deshalb ist es bedenklich, dass in Deutschland die Stundenlöhne des unteren Einkommensviertels von 1995 bis 2006 um 9,8% gesunken sind, während alle anderen Gruppen deutliche Zuwächse verzeichnen konnten. Niedriglöhner abgehängt. Frankfurter Rundschau 26.8.2008

fordert deshalb Mindesteinkommen und Arbeitsgesetze für alle Länder. Krankenversicherung und soziale Absicherung sollte zum selbstverständlichen Standard werden. All das kann aber nur funktionieren (und oft auch erst durchgesetzt werden), wenn alle Gruppen in der Gesellschaft an den demokratischen Prozessen beteiligt werden.

Globale Verteilung

Der Report stellt auch die Frage nach der ungleichen Verteilung von Macht, Ressourcen und ihrer Nutzung. Die durch Verschuldung bedingten Transfers von Süd nach Nord werden ebenso thematisiert wie die skandalöse Tatsache, dass die stagnierende Entwicklungshilfe im Vergleich dazu nicht mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein ist.

Vieles was der Report an Problemen und Zusammenhängen aufzeigt, war schon vorher bekannt. Der Verdienst des Reports liegt nicht nur in der Nennung wichtiger Faktoren, die Gesundheit negativ beeinflussen, sondern vor allem in der Zusammenstellung eines Handlungskatalogs der mit positiven Beispielen unterlegt ist. Die Kommission belebt das Konzept der Basisgesundheitsversorgung wieder, das Gesundheit als politische Querschnittsaufgabe begreift. Ohne die Arbeit des *Peoples Health Movement*³ hätte dieser Gedanke wohl kaum wieder den Weg in die internationale Debatte gefunden. Man darf gespannt sein, wie die Mitgliedsstaaten der WHO reagieren. (JS)

1 CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva 2008, World Health Organization www.who.int/social_determinants/final_report/en/
2 WHO. Inequities are killing people on a „grand scale“ reports WHO commission. Press release 28.8.2008
3 www.phmovement.org



Der Wind wird schärfer EU-Vorschlag zu Werbung für Oktober erwartet

Bisher ist es in der EU verboten, Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel direkt an die VerbraucherInnen zu richten. Das soll sich nach dem Willen der EU-Kommission bald ändern. Besonders EU-Kommissar Verheugen legt sich dafür mächtig ins Zeug.

EU-Kommissar Verheugen möchte die EU-Kommissionsvorschläge noch in seiner Amtszeit im Sinne der Pharmaindustrie umgesetzt sehen. Auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit im Juni 2008 in Berlin äußerte er, dass ihn Unbehagen beschleiche, wenn man Kampagnen für gesundheits- oder umweltbewusstes Verhalten mit der Forderung nach Werbeverboten oder –geboten verbinde. Man dürfe den Bürgern nicht vorschreiben, wie sie zu leben hätten.¹ Drastischer wurde er auf einer Tagung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI). Hier griff er die deutsche Gesundheitsministerin Ulla Schmidt scharf an: „Die Gesundheitsministerin eines großen europäischen Landes hat mit großer Geste erklärt: 'Mein Land wird es selbstverständlich aus ethischen Gründen niemals erlauben, dass Informationen direkt vom Hersteller zum Patienten gelangen.' Mit anderen Worten, sie unterstellt ihnen, dass Sie mit Ihren Informationen die Leute betrügen wollen,“ so Verheugen.²

Doch mit seinem Glauben an die Unparteilichkeit steht Verheugen ziemlich alleine da. In der letzten Konsultation der EU: „A legal proposal on information to patients“ äußerte sich eine überwältigende Mehrheit gegen die Pläne der Kommission, die es der Pharmaindustrie

in Zukunft erlauben würde „Informationen“ zu Gesundheit, Krankheit und rezeptpflichtigen Arzneimitteln direkt an die VerbraucherInnen zu richten.⁴ Neben gesundheitspolitischen Gruppen, PatientInnen- und VerbraucherInnengruppen, Professionellen aus dem Gesundheitsbereich, Organisationen von ÄrztInnen etc. positionierte sich auch die Bundesregierung kritisch.⁵ Die Ausweitung der Informationsmöglichkeiten der Industrie wird ausdrücklich nicht unterstützt. Vielmehr zeigten Erfahrungen aus der Praxis, dass sich Informationsangebote der Industrie schon jetzt in einer Grauzone zwischen Werbung und Information bewegten und häufig versteckt zur Absatzwerbung genutzt würden.³ Noch deutlicher formulierte es die deutsche Vertreterin auf dem Gesundheitsministertreffen der EU am 10.6.2008 in Brüssel. Sie äußerte die Befürchtung, das eine zu starke Liberalisierung der PatientInneninformation die Gefahr bringe, Förderprogramm für die Einnahme neuer und teurer verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu werden.⁶ Da die Abgrenzung zwischen Information und Werbung schwierig und innerhalb eines Gesetzesvorschlages kaum leistbar sei, wird von deutscher Seite die Sicherstellung einer hochwertigen und werbefreien Information durch kompetente und unabhängige Informationsanbieter gefordert.

Mit Volldampf wird im Moment in Brüssel an dem Gesetzesvorschlag gestrickt, der im Oktober 2008 vorgestellt werden soll. Es bleibt abzuwarten, was von den vielen kritischen Einwendungen übernommen wird. Wir halten die Einwände der Bundesregierung für richtig und unterstützen sie in ihrem Kurs für industrieunabhängige PatientInneninformation. (HD)

- 1 Tagesspiegel, 7.6.2008 www.tagesspiegel.de/politik/Gesundheit-Guenter-Verheugen:art771,2545889
- 2 www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?id=501153&pid=506992
- 3 Wir berichteten ausführlich: Pharma-Brief 3-4/2008, S. 7. Eine chronologische Auflistung der Konsultationen aus den Jahren 2007/2008 finden Sie auf unserer Webseite: www.bukopharma.de/index.php?page=chronologie-2007-2008
- 4 Schriftliche Stellungnahme der Bundesrepublik Deutschland zur Konsultation zu lesen unter: http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/patients/respons_publ_consult_200805/regulator/federal_government_germany.pdf
- 5 2876th Employment, Social Policy, Health And Consumer Affairs, Council Meeting (HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS) <http://ceuwweb.belbone.be/archivevideo.php?sessionno=1766&lang=EN#>

Impressum

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



Foto: Jörg Schaaber



UNITAID will Patenpool für AIDS-Medikamente

Eine vereinfachte Handhabung von Patenten soll den Zugang zu AIDS-Medikamenten verbessern. Die internationale Organisation UNITAID wird dazu einen „Patent Pool“ konzipieren.¹ So soll die Entwicklung kostengünstiger neuer Kombinationspräparate und Kindermedikamente erleichtert werden.

UNITAID ist eine internationale Organisation, die sich um die Versorgung von armen Ländern mit HIV-Medikamenten kümmert. Sie wird von 44 Ländern getragen (führend sind dabei Frankreich, Brasilien, Chile, Norwegen und Großbritannien). Die Arbeit wird über eine Steuer auf Flugtickets finanziert.

Wozu ist ein Patenpool gut?

Patentpools gelten als eine bedeutende Alternative zu klassischen Arzneimittelpatenten. Mit Hilfe eines solchen „Pools“ könnten die Patente für einen bestimmten Anwendungsbereich gebündelt und kostengünstig verwaltet werden. Zur Produktion oder zur Weiterentwicklung benötigte Patente werden vom Patentpool an den Hersteller oder die Forschungseinrichtung vermittelt. Der Patentpool sorgt zugleich dafür, dass die Patentinhaber für die Nutzung Lizenzgebühren erhalten. Im Unterschied zu bisher üblichen individuellen Lizenzverhandlungen regelt ein Pool die Lizenzen nach einem einheitlichen, transparenten System und bündelt die gesamte Verwaltung. Derartige Modelle sind in vielen Industriebranchen seit Jahrzehnten verbreitet,² jüngste Beispiele sind die Kommunikations- und Unterhaltungselektronik. MP3, Dolby und DVD sind jeweils an eine Vielzahl von Patenten gekoppelt, deren Nutzung über Patentpools geregelt wird.

Erste Details der Planung für einen Patenpool für HIV-Medikamente wurden am Rande der AIDS-Konferenz in Mexiko City vorgestellt.³ Die Lizenzvergabe soll sich auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen

beschränken. Die Teilnahme soll für die Patentinhaber freiwillig sein. Doch der Patentpool ist letztendlich darauf angewiesen, dass sich die großen Pharmakonzerne, Universitäten und andere Forschungseinrichtungen beteiligen, die Patente an HIV-Medikamenten und Wirkstoffen halten.

Das Eis ist gebrochen

Eine wichtige Funktion von UNITAID wird es also sein, Patentinhaber zum Mitmachen zu bewegen. Bislang reagierte die Pharmaindustrie eher ablehnend bis skeptisch auf Patentpools, ist inzwischen aber nicht mehr völlig abgeneigt – das Eis scheint gebrochen. Ein Vorstand des Konzerns Gilead erklärte in Mexiko die Bereitschaft seines Unternehmens, sich in den Pool einzubringen. Merck (USA) zeigte zumindest Interesse. Gregg Alton von Gilead zu folge bietet ein solcher Pool auch für Pharmaunternehmen Vorteile. Wenn z.B. Universitäten ihre Patente in den Pool einstellen, erleichtert das den Zugang für Pharmaunternehmen. Auch die Entwicklung von Kombinationspräparaten mit Wirkstoffen aus dem eigenen Labor und von Konkurrenzunternehmen würde erleichtert. Für die Hersteller von Wirkstoffen würde die potenzielle Absatzmenge berechenbarer. Bei UNITAID soll eine Task Force bis November ein Konzept einschließlich der Finanzplanung vorstellen. Falls der UNITAID Exekutivrat dem Konzept zustimmt, könnte ein Patenpool bereits Anfang 2009 eingerichtet werden. (CW)

1 www.unitaid.eu/index.php/en/NEWS/UNITAID-moves-towards-a-patent-pool-for-medicines.html
 2 www.keionline.org/misc-docs/ds-patentpools.pdf
 3 www.keionline.org/index.php?option=com_id-wp&Itemid=39&p=135



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 bei der Pharma-Kampagne, A.-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, info@bukopharma.de
www.bukopharma.de



Neue Mittel gegen Weiße Pest? Hoffungsträger der TB Alliance mit Nebenwirkungen

Bis heute ist die Tuberkulose oder weiße Pest, wie sie früher genannt wurde, eine gefürchtete Infektionskrankheit. Die Global Alliance for TB Drug Development¹ hat es sich zur Aufgabe gemacht, die vernachlässigte Forschung anzukurbeln. Jetzt feiert sie erste Erfolge. Aber bringen die neuen Mittel tatsächlich Verbesserungen?

2006 erkrankten über neun Millionen Menschen, 1,7 Millionen starben. Rund 500.000 PatientInnen waren mit der schwer behandelbaren multiresistenten Tuberkulose infiziert - Tendenz steigend.² Seit den 1970er Jahren lag das Feld der Tuberkulose-Forschung brach. Sämtliche Standardantibiotika, die heute zur TB-Therapie angewendet werden, stammen aus den vierziger bis sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts. Neues Forschungsinteresse keimte erst auf, seit in Osteuropa TB-Formen auf dem Vormarsch sind, die nicht mehr auf die gängigen Medikamente ansprechen.³ Wichtige Ursachen für die Ausbreitung resistenter Krankheitsformen sind die unregelmäßige Medikamenteneinnahme, vorzeitige Therapieabbrüche und eine unterbrochene Versorgung. Eine Verbesserung der langwierigen und nebenwirkungsreichen Behandlung könnte die Therapietreue der PatientInnen stärken. Daher besteht dringender Bedarf an bezahlbaren Medikamenten, die die Therapiedauer verkürzen. Nötig wären auch neue Wirkstoffe gegen resistente TB-Formen.

Hoffnung oder fauler Apfel?

Erste Erfolge ihrer Forschungsaktivitäten hat die TB-Alliance nun bekannt gegeben: Die Wirksamkeit von Moxifloxacin gegen TB wird nun in einer klinischen Studien der Phase III an PatientInnen in Kenia, Südafrika, Tansania und Sambia getestet. Moxifloxacin wurde 1991 von Bayer als Antibiotikum auf den Markt gebracht. In den jetzt angelaufenen Studien soll herausgefunden werden, ob Moxifloxacin in Kombination mit

drei weiteren TB-Antibiotika die Behandlungsdauer der nicht resistenten TB um mindestens zwei Monate verkürzen kann. Moxifloxacin soll dabei eines der Standardantibiotika (Ethambutol oder Isoniazid) ersetzen.

Die TB-Alliance hofft, dass Moxifloxacin bis 2011 seine Zulassung gegen TB erlangt.⁴ Doch es gibt auch schwerwiegende Kritik: Im Gegensatz zur TB-Alliance, die das Medikament als sicher und nebenwirkungsarm einstuft, hat die Europäische Zulassungsbehörde EMEA jüngst eine Einschränkung der Anwendung angeordnet.⁵ Bayer musste vor gravierenden Schäden bis hin zum tödlichen Leberkoma warnen.⁶ Von der TB-Alliance erhielten wir bis Redaktionsschluss keine Auskunft, ob das Einfluss auf den Fortgang der Versuche hat.

Bayer und die TB-Alliance betonen zwar, dass das Medikament, sollte es zum Einsatz kommen, zu einem bezahlbaren Preis zur Verfügung stehen wird. Es fällt jedoch schwer, das zu glauben. In Indien, dem weltweit wichtigsten Generika produzierenden Land, hat die Firma gleich mehrere Patentanträge gestellt.⁷ Und Bayer hat letztes Jahr die generische Produktion von Moxifloxacin in den USA gerichtlich verhindert und stolz verkündet, dass sein Patent dort bis mindestens 2014 gilt.⁸

Ein weiteres Mittel der TB-Alliance, PA-824, hat die klinische Phase II erreicht. Hierbei handelt es sich um ein völlig neues Medikament, ein Hoffnungsträger für die Behandlung der MDR-TB.

2002 erwarb die TB Alliance die Rechte an dem Mittel für arme Länder von Chiron (heute Novartis). Damit kann das Antibiotikum, sollte es tatsächlich wirken, in besonders betroffenen armen Ländern preiswert, weil ohne Lizenzgebühren, zum Einsatz kommen.⁹ In wieweit Novartis im Falle des Falles in Ländern mit mittlerem Einkommen auf mögliche Einnahmen aus Lizenzgebühren verzichtet, wird aber eine Frage des öffentlichen Drucks bleiben. Gerade für die von Tuberkulose schwer betroffenen Länder Osteuropas wäre das wichtig.

Gerade einmal zwei Medikamente der TB-Alliance haben derzeit eine realistische Chance auf Marktreife. Die übrigen 12 potentiellen neuen TB-Mittel der Alliance stecken noch in vorklinischen Studien. Ob überhaupt eines davon irgendwann TB-Kranken helfen kann, steht in den Sternen. Fazit: Um die Tuberkulose weltweit zu besiegen, muss noch viel passieren. Vor allem ein stärkeres öffentliches Engagement in der Tuberkulose-Forschung wäre wünschenswert. (CF)

1 www.tballiance.org

2 WHO. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2008, Geneva, p 3

3 In Osteuropa sind mittlerweile rund 15% aller Neuerkrankungen multi- oder hochresistent. WHO Europe. Fact Sheet EU TB, Epidemiology of tuberculosis in Europe. Copenhagen, September 2007

4 TB Alliance. TB Alliance Advances Two Drugs In Clinical Trials On Path To Faster, Better Tuberculosis Treatments, News from the TB Alliance 11.8.2007, www.tballiance.org/newscenter/view-brief.php?id=726

5 EMEA recommends restricting the use of oral moxifloxacin-containing medicines, EMEA Press Release 24.7.2008, www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/38292708en.pdf

6 Direct Healthcare Professional Communication regarding moxifloxacin, February 2008, www.cbg-meb.nl/NR/rdonlyres/40FA65BB-64F8-46AA-9027-2FB4521FAA5C/0/DHPC20080208_Avelox_UK.pdf

7 z.B. Indisches Patentamt, Application IN/PCT/2001/00446/MUM published 2007-06-22, filed 2001-04-23, 29.10.1999

8 Bayer AG. Bayer obsiegt in Patentrechtsstreit zu Avalox, Pressemitteilung 26.10.2007, www.viva.vita.bayerhealthcare.de/index.php?id=385&tx_ttnews%5Btt_news%5D=12120&cHash=accba6fd74

9 TB-Alliance. PA-824 Background, August 2008, www.tballiance.org/new/portfolio/html-portfolio-item.php?id=18



Arzneimittel: Trost, Täuschung, Heil und Handelsware

Prof. Erika Hickel, ehemals Leiterin der Abteilung für Geschichte der Pharmazie und der Naturwissenschaften der Uni Braunschweig, hat mit ihrem neuen Buch eine herausragende historische Übersicht zur Arzneimittelgeschichte vorgelegt. Ihr umfangreiches Werk unternimmt erstmalig den Versuch, den Arzneimittelgebrauch in der Menschheitsgeschichte kultur- und epocheübergreifend darzustellen. Beschrieben werden Arzneimittel in den frühen Hochkulturen Asiens und Afrikas, die Zeit zwischen Hippokrates und Galen (5. Jhd. n. Chr.), im Mittelalter – z.B. vertreten durch die Klostermedizin –, während der Seuchenzüge und Entdeckungsreisen und in der Zeit der Chimiatrie bis ca. 1670. Eindrucksvoll und interessant sind vor allem die Ausführungen zur neueren Geschichte bis 1980 mit den Wechselwirkungen zwischen Arzneimittelherstellung und naturwissenschaftlicher Forschung.



Hickel stellt ausführlich dar, wie sich seit dem 19. Jhd. ein Fortschrittsglauben an die Heilkraft vor allem der naturwissenschaftlich fundierten Arzneimittel entwickelt hat. Gut ein Viertel des Buches widmet die Pharmaziehistorikerin dem Zeitabschnitt seit Beginn der industriellen Herstellung von Arzneimitteln etwa ab Mitte des 19. Jahrhunderts.

Hickel weist auf die Probleme bei der Auffindung, Herstellung und Anwendung von Arzneimitteln

hin und legt den Finger oftmals in die Wunden derjenigen, die in der Entwicklung des Arzneimittels bis zu seiner heutigen Bedeutung eine lupenreine Erfolgsgeschichte sehen wollen. Es ist wohl ein wesentliches Ziel der Autorin, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Arzneimittel Teil des jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Umfeldes sind. So zeigt sie anhand von Beispielen, wie sehr archaische oder aufklärerische Vorstellungen, soziokulturelle Voraussetzungen, militärische Überlegungen oder Strukturen der „industrialisierten Forschung“ auf den Umgang mit Stoffen, Pflanzen, Tieren und Menschen einwirkten und die Bedeutung der Arzneimittel für die Menschen bestimmten. Hickel beschreibt für verschiedene Epochen wie Arzneimittel als Trost und Täuschung, Heil und Handelsware genutzt wurden und werden. Arzneimittel wurden z.B. bis tief ins 19. Jahrhundert nicht verbraucht, sondern in Notfällen als Gottesgabe angesehen.

In Exkursen zu den einzelnen Kapiteln problematisiert die Autorin die in der jeweiligen Epoche vorherrschenden Arzneimitteltheorien und die praktische Anwendung von Arzneimitteln. Wesentliches Ziel von Erika Hickel ist es, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Arzneimittel in ihrer Auffindung, Entwicklung, Herstellung und Anwendung Teil des jeweiligen historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Umfeldes sind. Sie tritt damit dem heute in der Arzneimittelforschung und -anwendung vorherrschenden eindimensionalen naturwissenschaftlichen Ansatz

entgegen und befürwortet stattdessen einen Erkenntnispluralismus. Andererseits wendet sie sich auch gegen die unkritische Zuwendung „esoterischer“ Richtungen zu traditionellen Heilmitteln z.B. der chinesischen oder ayurvedischen Medizin.

Das Buch ist ein Muss für alle, die sich entweder von der naturwissenschaftlichen oder alternativmedizinischen, aber auch der sozialanthropologischen Seite mit der Geschichte der Arzneimittel beschäftigen.

Margit Urhahn / Udo Puteanus

Erika Hickel. Die Arzneimittel in der Geschichte. Trost und Täuschung – Heil und Handelsware. Nordhausen 2008: Verlag Bautz. 631 S., ISBN 978-3-88309-439-7, 140 €

Patienten, Patente und Profite

Lebensrettende Medikamente sind für Menschen in armen Ländern oft unerreichbar teuer oder werden gar nicht erst entwickelt. Gegenwärtige Marktmechanismen im Arzneimittelsektor sind kaum geeignet, den Zugang zu einer elementaren medizinischen Versorgung zu sichern – erst recht nicht, wenn die PatientInnen nur über geringe Kaufkraft verfügen. Der jüngste medico-report bleibt nicht bei einer Bestandsaufnahme stehen, sondern stellt die Frage nach Alternativen.

Sechzehn Autorinnen und Autoren aus Südafrika, Kenia, Brasilien, Thailand, Deutschland und den USA präsentieren innovative Ideen für eine alternative Medikamentenpolitik. Die Beiträge sind zugleich Ergebnis einer internationalen Konferenz, die medico gemeinsam mit der BUKO Pharma-Kampagne und anderen im Mai 2007 in Berlin organisierte. In einer gemeinsamen Erklärung forderten die KonferenzteilnehmerInnen Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln.



Im Vorwort umreißt Thomas Gebauer zunächst globale gesundheits- und forschungspolitische Entwicklungen der vergangenen Jahre. Weitere Texte beschreiben im ersten Abschnitt detailliert die heutige Problemlage, etwa die Bedingungen für WissenschaftlerInnen in Deutschland, die Funktion des Europäischen Patentamtes, aber auch den Kampf für patentfreien Zugang zu AIDS-Medikamenten in Südafrika, die Erfahrungen mit Zwangslizenzierungen in Brasilien und Thailand bis hin zu Finanzierungsfragen in der globalen Gesundheitspolitik.

Im zweiten Abschnitt wird nach neuen Wegen und Steuerungsmöglichkeiten gefragt, um die Arzneimittelforschung an den drängenden Problemen der Bevölkerungsgesundheit auszurichten, die gerade auch ärmere Länder betreffen. Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation als mögliche Koordinatorin einer internationalen Forschungsagenda wird diskutiert, ebenso wie ein Prämienfonds als alternatives Entlohnungsmodell. Erfolge bei der Entwicklung eines patentfreien Malaria-Medikamentes gibt es aus einer „Public Private Partnership“ zu berichten.

Schlussfolgernd ruft der dritte Abschnitt zu einem Paradigmenwechsel auf und leitet zur o.g. „Berliner Erklärung“ über. Es werden verschiedene Initiativen vorgestellt, die sich für einen Wandel im Arzneimittelmarkt stark machen: So berichtet Christian Wagner von der Pharma-Kampagne über die von der Weltgesundheitsorganisation 2006 eingerichtete zwischenstaatliche Arbeitsgruppe für

öffentliche Gesundheit und geistiges Eigentum und die daran anknüpfende Plattform „Innovation plus Access“. Ein weiterer Textbeitrag präsentiert Argumente für öffentlich finanzierte klinische Tests im Sinne einer Grundlagenforschung.

Trotz des angefügten kritischen Glossars zur globalen Patentdebatte ist das Buch für Nichteingeweihte keine leichte Lektüre. Es bildet jedoch ein Mosaik aus hochaktuellen, fundierten und innovativen Beiträgen rund um den Konflikt zwischen Markt und Gesundheit als öffentlichem Gut.

Maren Bredehorst

Medico International (Hrsg.). Patienten, Patente und Profite. Globale Gesundheit und geistiges Eigentum. Medico-report 27. 146 Seiten. Frankfurt am Main 2008: Mabuse-Verlag, ISBN: 978-3-940529-13-8, 12 €

Pillen für den besseren Menschen

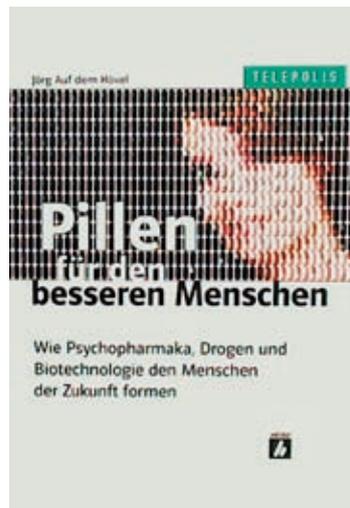
„Folgen den Nahrungsergänzungsmitteln nun die mentalen Ergänzungsmitel?“ Diese Frage ist ein spannender Einstieg in eine Auseinandersetzung mit Medikamenten, die in irgendeiner Weise auf das Gehirn und seine Funktionen wirken. Dabei geht es ebenso um klassische Psychopharmaka zur Behandlung von Alzheimer oder Depressionen, als auch um das Bemühen, die Lernfähigkeit durch Medikamente zu verbessern. Schon bei dieser Aufzählung wird klar, wie unterschiedliche Aspekte hierbei diskutiert werden können: die Grenzen von krank und gesund, kommerzielle Interessen der Pharmaindustrie, Partydrogen, gesellschaftlicher Leistungsdruck.

Der Autor bearbeitet die Themen auf verschiedene Weise. Psychopharmaka werden ausführlich in ihrer Geschichte und Verwendung beschrieben, das aktuelle Wissen über die Wirksamkeit wird kritisch besprochen. Die Kapitel über „cognitive enhancement“, das Ansinnen zur Steigerung von Aufmerksamkeit, Erinnerung, Lernen und Kreativität, sind eher unbefriedigend. Protokolle über Selbstversuche mit Aufputzmitteln und „Konzentrationsförderern“ bieten zwar eine zusätzliche Perspektive, tragen aber wenig zu einer reflektierten Betrachtung bei. Hinweise auf Blogs zeigen immerhin, dass es offenbar nicht wenige Menschen gibt, die bereit sind, alles Erdenkliche zu schlucken, um irgendeine Wirkung zu spüren. Wenn im Kapitel zu Ethik dann angemerkt wird, dass der „Zugang zu Gedächtnisförderung [...] schon heute stark von den finanziellen Mitteln abhängig“ sei, vermisst man die zentrale Frage: Sind solche Mittel überhaupt notwendig? Und dass Forschung zu solchen Medikamenten in großem Stil militärmedizinisch motiviert (und finanziert) wird – zur Erhöhung der Kampfkraft – wird kaum erwähnt.

Das Buch bietet viele hoch interessante Ansätze zur Rolle psychoaktiver Substanzen in der Gesellschaft. Leider verliert man sich als LeserIn leicht in den detaillierten Exkursen und sucht

den roten Faden oft vergeblich. Aber eines macht das Buch klar: die Psyche unserer Gesellschaft ist schon stärker medikalisiert als mancher denkt. (CW)

Jörg Auf dem Hövel. Pillen für den besseren Menschen. Wie Psychopharmaka, Drogen und Biotechnologie den Menschen der Zukunft formen. TELEPOLIS/Heise Verlag 2008, 196 S. ISBN-13 978-3-936931-44-0, 18 €





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 schönen 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 Entwicklungsbereich 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 hatten (immerhin ein Zuwachs von 42 Prozent gegenüber dem Vorjahr).¹ Nach wie vor leben aber weitere sieben Millionen HIV-Positive in Ländern des Südens, die Behandlung bräuchten, sie aber nicht bekommen.² Das jetzt erreichte Ziel, drei Millionen PatientInnen mit Aids-Therapien zu versorgen, hatte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits für 2005 vorgenommen.³ Ein Zugang zur Aids-Therapie für alle, die sie brauchen, ist noch lange nicht erreicht, so das traurige Resümee von New York.

HIV-Positive haben ein um das 50-fache höheres Risiko, an TB zu erkranken, wenn sie eine latente TB-Infektion haben wie HIV-Negative.⁴ 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 einer von 1.000 HIV-Positiven diese vorbeugende Behandlung.⁵ 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.² 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-Kranker 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.⁶ Immerhin ein Schritt in die richtige Richtung! (CF/CJ)

PharmavertreterInnen: Emotionen zählen

VertreterInnen zählen zu den wirksamen Instrumenten des Marketings. Doch was genau macht sie so erfolgreich? Dass sie Fachwissen verbreiten oder kostenlose Muster dalassen? Völlig falsch meint *PeopleMetrics Rx*. Die Marketingfirma untersuchte den Erfolg von VertreterInnen der Firmen Pfizer, Lilly, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb und Janssen.⁷ Am erfolgreichsten waren die, die ein gutes Verhältnis mit dem Arzt /der Ärztin aufbauen konnten. Schlecht lief es, wenn die MedizinerInnen „auf der Hut“ blieben. Schlussfolgerung von *PeopleMetrics Rx*: „Tatsächlich sind emotionale Komponenten wie Freundschaft mit dem VertreterInnen die stärksten Indikatoren für völlig verpflichtete ÄrztInnen. Das wiederum hat einen positiven Einfluss auf die Dauer und Häufigkeit von Kontakten und die Verschreibungs-

gewohnheiten der ÄrztInnen.“ Der bekannte Pharmablogger Ed Silverman meint dazu lakonisch: „Na dann man los. Sag diesen PharmavertreterInnen ‘Umarme heute deinen Doktor’ [...] Und wirf diese Studien – wer auch immer sie bezahlt hat – in den Mülleimer. Sorg nur dafür, das die /der VertreterIn wie die Art Person aussieht, die der Arzt immer schon kennenlernen wollte.“⁸ (JS)

- 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_him_pr_en.pdf
- 2 www.avert.org/aidstarget.htm
- 3 WHO 3 by 5 initiative, 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
- 5 HIV TB Global Leaders Forum 2008. Facts on HIV/TB. 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
- 7 National Study by PeopleMetrics Rx Confirms Importance of Emotional Connection Between Pharmaceutical Sales Reps and Physicians pharmalive.com 11.8.2008 www.pharmalive.com/News/index.cfm?articleid=563119&search=1#
- 8 Ed Silverman. Sales Reps, Doctors & ‚Emotional Connections‘ Pharmalot.com 18.8.2008 www.pharmalot.com/2008/08/sales-reps-doctors-emotional-connections/

Das Letzte

Affinity IQ™ can be used to improve your brand health. By identifying brand lovers and the factors driving affinity we can raise your Intimacy Quotient™. Determine what drives brand lovers and you have the ability to directly influence your customers' behaviour. We can help create lovers for your brand, rekindle an old flame or put a shaky relationship back on solid ground.

Werbestrategie einer PR Agentur, die auch die Pharmaindustrie zu ihren erfolgreichen Kunden zählt www.affinityiq.net/raise_your_iq.html