

Jahrgang 22

Nummer 17/2000

Nateglinid und Pioglitazon: zwei neue orale Antidiabetika (UP. Masche)	65
Nateglinid regt wie Repaglinid oder die Sulfonylharnstoffe die Insulinsekretion an, Pioglitazon ist wie Rosiglitazon ein Insulinsensitizer. Die beiden Substanzen bieten nichts wesentlich Neues und sind bisher noch kaum mit herkömmlichen oralen Antidiabetika verglichen worden.	
Medikamentenpreise: Fairness gefragt (E. Gysling)	67

Synopsis

Nateglinid und Pioglitazon

Zwei neue orale Antidiabetika

UP. Masche

Nateglinid (Starlix®) und Pioglitazon (Actos®) sind zwei neue orale Antidiabetika, die zur Behandlung des Typ-2-Diabetes empfohlen werden. Das erste «Glinid» – Repaglinid (Novo-Norm®) – und das erste in der Schweiz erhältliche «Glitazon» – Rosiglitazon (Avandia®) – sind im letzten Jahr in «pharma-kritik» vorgestellt worden.^{1,2}

Nateglinid

Chemie/Pharmakologie

Von der Struktur her ist Nateglinid ein Derivat der Aminosäure Phenylalanin. «Glinide» führen über einen ähnlichen Wirkungsmechanismus wie die Sulfonylharnstoffe zur Insulinsekretion in den Betazellen des Pankreas. Nateglinid ruft einen raschen *Anstieg der Insulinsekretion* hervor; die Wirkung auf die Insulinsekretion erreicht innerhalb einer Stunde ein Maximum und dauert drei bis vier Stunden. In einer Studie bei 15 gesunden Versuchspersonen wirkte Nateglinid (als Einzeldosis von 120 mg) etwas rascher, aber auch weniger lang als Repaglinid (2 mg).³

Pharmakokinetik

Maximale Plasmakonzentrationen werden durchschnittlich eine Stunde nach Einnahme von Nateglinid gemessen. Die biologische Verfügbarkeit wird auf 73% geschätzt. Der erste Abbauschritt erfolgt in der Leber über das Zytochrom-P450-System, zu 70% über die Isoform CYP2C9, zu 30% über CYP3A4. Unter den neun bekannten Metaboliten gibt es pharmakologisch aktive, sie scheinen allerdings nicht zur Wirkung beizutragen. Die endgültige Ausscheidung findet zu über 80% renal statt. Die Plasmahalbwertszeit von Nateglinid

beträgt ungefähr anderthalb Stunden. Bei Personen mit einer leichten bis mittelschweren Leberfunktionsstörung wurden leicht erhöhte Plasmaspiegel gemessen; bei Niereninsuffizienz fand sich keine signifikante Veränderung der Clearance.⁴⁻⁶

Klinische Studien

In klinischen Studien ist Nateglinid bis anhin bei ungefähr 2400 Personen mit Typ-2-Diabetes geprüft worden; die Hälfte davon hat das Mittel mindestens ein halbes Jahr lang verwendet. Im Doppelblindverfahren ist Nateglinid sowohl mit Placebo wie mit anderen oralen Antidiabetika verglichen worden, wobei nur wenige Studien vollständig publiziert sind. Nateglinid wurde in der Regel dreimal pro Tag, kurz vor den Hauptmahlzeiten gegeben.

Die blutzuckersenkende Wirkung von Nateglinid ist durch mehrere placebokontrollierte Studien dokumentiert.^{4,5} So wurden beispielsweise 289 Personen zwölf Wochen lang entweder mit *Placebo* oder mit einer von vier verschiedenen Nateglinid-Dosen (3mal täglich 30, 60, 120 oder 180 mg) behandelt. Unter Nateglinid sanken die HbA_{1c}-Werte um 0,2 bis 0,6% und die Nüchtern-Blutzuckerspiegel um 0,4 bis 0,9 mmol/l, was signifikanten Unterschieden gegenüber Placebo entspricht. Die Wirkung von Nateglinid war im Bereich von 3mal täglich 30 bis 120 mg dosisabhängig; mit der Höchstdosis von 3mal täglich 180 mg liess sich kein zusätzlicher Effekt mehr erzielen.⁷

In einer anderen Doppelblindstudie mit 701 Personen wurden vier Gruppen gebildet: Die erste erhielt *Placebo*, die zweite Nateglinid (3mal täglich 120 mg), die dritte *Metformin* (Glucophage®, 3mal täglich 500 mg) und die vierte die Kombination von Nateglinid (3mal täglich 120 mg) plus Metformin (3mal täglich 500 mg). Nach 24 Wochen waren der HbA_{1c}-Wert sowie der Nüchtern-Blutzuckerspiegel unter Nateglinid im Mittel um 0,4% bzw. 0,7 mmol/l und unter Metformin um 0,8% bzw. 1,7 mmol/l gesunken, während er in der Placebogruppe leicht anstieg. Die beste Wirkung ergab sich mit der Kombination: das HbA_{1c} sank um 1,5%, der Blutzucker um 2,5 mmol/l. In allen Fällen war der Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen signifikant, also auch zwischen der Metformin- und Nateglinid-Monotherapie.⁸

Weitere Vergleiche mit anderen oralen Antidiabetika sind nur als «Abstract» publiziert oder werden in Übersichten kurz er-

wähnt. In einer dieser Studien war Nateglinid (3mal täglich 60 oder 120 mg) in Bezug auf HbA_{1c}-Wert und Nüchtern-Blutzuckerspiegel signifikant *weniger* wirksam als *Glibenclamid* (Euglucon® u.a., 10 mg/Tag).⁵ Auch ein Vergleich mit einem «Glitazon» fiel zu Ungunsten von Nateglinid aus (es handelte sich um Troglitazon, das wegen hepatischer Nebenwirkungen nicht mehr verwendet wird).⁹

Unerwünschte Wirkungen

In den klinischen Studien waren zwischen 2 und 3% der Behandelten von einer *Hypoglykämie* betroffen (Blutzuckerspiegel unter 3,3 mmol/l, verbunden mit Symptomen). Es wurde auch über gastrointestinale oder grippeartige Beschwerden geklagt; diese Symptome waren aber nicht signifikant häufiger als unter Placebo. In einzelnen Fällen ist ein Leberenzymanstieg vorgekommen. In einer Studie wurde eine geringfügige, gegenüber Placebo und Metformin indessen signifikante Gewichtszunahme notiert.

Interaktionen: Bislang sind keine relevanten Interaktionen nachgewiesen. Allerdings wird Nateglinid als möglicher CYP2C9-Hemmer betrachtet, weil es in vitro den Metabolismus von Tolbutamid hemmt.

Dosierung, Verabreichung, Kosten

Nateglinid ist kassenzulässig und als Tabletten zu 60 mg (Starlix® mite) und 120 mg (Starlix®) erhältlich. Das Mittel kann beim Typ-2-Diabetes als Monotherapie oder in Kombination mit Metformin verwendet werden. In den USA wird ausdrücklich festgehalten, dass Diabeteskranke, die auf eine Behandlung mit einem Sulfonylharnstoff zu wenig reagieren, nicht mit Nateglinid behandelt werden sollen. Ebenso ist eine Kombination mit einem Sulfonylharnstoff kontraindiziert. Die übliche Nateglinid-Dosis beträgt 3mal täglich 120 mg; bei Personen, deren HbA_{1c}-Wert nur wenig erhöht ist, können 3mal täglich 60 mg erwogen werden. Die Tablette wird vor dem Essen genommen; spätestens 30 Minuten danach sollte die Mahlzeit begonnen werden. Um das Hypoglykämierisiko zu vermindern, darf Nateglinid nur in Kombination mit einer Mahlzeit verwendet werden. Nateglinid sollte bei mittel- bis schwergradiger Leberinsuffizienz mit Vorsicht verwendet werden. Die Anwendung bei schwangeren und stillenden Frauen, Kindern und Jugendlichen ist nicht untersucht und deshalb zu vermeiden.

Nateglinid, dreimal pro Tag verordnet, kostet 111 Franken pro Monat, wobei beide Tablettengrößen gleich teuer sind. Der Monatspreis von Repaglinid (NovoNorm®), das variabler dosiert werden kann als Nateglinid, beträgt 50 bis 142 Franken. Herkömmliche orale Antidiabetika sind erheblich billiger: Selbst in maximaler Dosierung kostet ein Sulfonylharnstoff wie Glibenclamid (Euglucon® u.a.) weniger als 45 Franken; Metformin (Glucophage®) ist noch billiger (weniger als 36 Franken).

Pioglitazon

Chemie/Pharmakologie

«Glitazone» (Thiazolidindione) sind sogenannte Insulinsensitizer. Sie beeinflussen nicht die Insulinsekretion im Pankreas, sondern führen – über die Bindung an einen nukleären Rezeptor («Peroxisomal Proliferator Activator Receptor γ », PPAR- γ) – in Leber-, Fett- und Muskelzellen zu einer Vermehrung der Insulinrezeptoren und -empfindlichkeit. Damit wird in diesen

Geweben die Resorption und der Abbau von Glukose gefördert sowie die Glukoneogenese gebremst. Damit Glitazone wirken können, muss Insulin vorhanden sein. Thiazolidindione wurden ursprünglich als triglyzeridsenkende Medikamente entwickelt; diese Wirkung ist auch Pioglitazon eigen. Die HDL- und weniger auch die LDL-Cholesterinwerte nehmen unter Pioglitazon zu.^{10,11}

Pharmakokinetik

Nach oraler Gabe sind maximale Plasmakonzentrationen binnen zwei Stunden erreicht. Nahrungsmittel verzögern die Resorption, ohne aber die aufgenommene Wirkstoffmenge herabzusetzen. Die biologische Verfügbarkeit liegt bei 83%. Pioglitazon wird in der Leber über das Zytochrom-P450-System hydroxyliert und oxidiert. Die beteiligten Isoformen sind vor allem CYP2C8/9 und CYP3A4, daneben auch CYP1A1/2. Drei der sechs identifizierten Metaboliten sind pharmakologisch aktiv und tragen zur Wirkung bei. Die Halbwertszeit der Muttersubstanz liegt bei 5 bis 6 Stunden, diejenige der aktiven Metaboliten bei 16 bis 24 Stunden. Bei Leberinsuffizienz verändert sich die Pharmakokinetik auf verschiedene Weise; beispielsweise nimmt im Plasma der freie, nicht eiweissgebundene Pioglitazon-Anteil zu. Dagegen hat eine Niereninsuffizienz keinen Einfluss auf die Pharmakokinetik.^{11,12}

Klinische Studien

Rund 4500 Personen mit Typ-2-Diabetes haben im Rahmen von Studien Pioglitazon erhalten. In Form einer Monotherapie ist Pioglitazon hauptsächlich mit *Placebo* verglichen worden. Auch die Kombination von Pioglitazon mit Sulfonylharnstoffen, Metformin (Glucophage®) oder Insulin ist genau geprüft worden.¹¹ Die Untersuchungen umfassen einige (offene) Langzeitstudien, in denen Diabeteskranke bis zu 72 Wochen mit Pioglitazon behandelt wurden. Da noch kaum klinische Studien im Detail veröffentlicht sind, stammen die meisten der Informationen aus Zusammenfassungen oder «Abstracts».

In mehreren Doppelblindstudien, die bis zu 26 Wochen dauerten und unter anderem der Dosisfindung dienten, wurde Pioglitazon (über einen Dosisbereich von 7,5 bis 45 mg/Tag) und *Placebo* miteinander verglichen. Diese Studien – wovon eine, die 408 Personen umfasste, vollständig publiziert ist¹³ – lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Im Bereich von 15 bis 45 mg/Tag führte Pioglitazon dosisabhängig zu einem signifikanten Absinken des HbA_{1c}-Wertes und des Nüchtern-Blutzuckerspiegels. Mit einer Dosis von 30 bis 45 mg/Tag vermindert sich der HbA_{1c}-Wert um ungefähr 0,8% und der Nüchtern-Blutzuckerspiegel um 1,7 bis 2,2 mmol/l.¹¹

Zu einem Direktvergleich mit einem anderen oralen Antidiabetikum findet man lediglich eine Kurzinformation: In einer placebokontrollierten, 26wöchigen Doppelblindstudie mit 263 Personen erwies sich niedrig dosiertes *Glibenclamid* (Euglucon® u.a., 2,5 bis 5 mg/Tag) in Bezug auf HbA_{1c} und Nüchtern-Blutzuckerspiegel als wirksamer als Pioglitazon (30 bis 45 mg/Tag).¹¹

Vier grosse Doppelblindstudien waren der *Kombinationstherapie* mit Pioglitazon gewidmet. Personen unter *Glibenclamid* oder einem *anderen Sulfonylharnstoff* (zwei Studien), unter *Metformin* (eine Studie) oder unter *Insulin* (eine Studie) erhielten zusätzlich entweder Pioglitazon (15 bis 30 mg/Tag) oder Placebo. Dabei erzielte man mit der Kombinationstherapie

(Pioglitazon-Gruppen) eine signifikant bessere Blutzuckerkontrolle als mit der Monotherapie.¹¹

Unerwünschte Wirkungen

Wie alle Glitazone führt Pioglitazon zu einer *Flüssigkeitsretention*, die sich in Ödemen und einer Anämie äussern kann; bei vorbestehender Herzinsuffizienz muss man mit einer Verschlechterung und entsprechenden Komplikationen rechnen (z.B. Lungenödem).¹⁴ Ferner wurde unter Pioglitazon über Kopfschmerzen, Infekte der oberen Atemwege, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Wadenkrämpfe berichtet. In Langzeitstudien verzeichnete man eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 5%, die nicht allein auf einer Flüssigkeitsretention, sondern auch auf einer Zunahme des Fettgewebes beruht.^{11,15}

Eine Monotherapie mit Pioglitazon scheint nicht mit einem nennenswerten Hypoglykämierisiko verbunden zu sein. Pioglitazon erhöht aber die Empfindlichkeit gegenüber Sulfonylharnstoffen oder Insulin, so dass bei solchen Kombinationsbehandlungen das Hypoglykämierisiko zunimmt.

Vereinzelte sind Transaminasenerhöhungen aufgetreten. Manifeste Leberschäden, wie sie bei anderen «Glitazonen» vorgekommen sind – bei Troglitazon relativ häufig, bei Rosiglitazon in Einzelfällen –, sind bei Pioglitazon noch nicht beobachtet worden. Das Gesamtcholesterin kann ansteigen, wobei jedoch die HDL- häufiger als die LDL-Werte zunehmen.

Bei Ratten entwickelten sich in Langzeitversuchen Hyperplasien und Tumoren des Harnblasenepithels; bei anderen Tierarten konnte dies nicht reproduziert werden, so dass die Bedeutung dieses Befundes unklar ist.¹¹

Interaktionen

Es sind keine Interaktionen beschrieben. Ein Interaktionspotential dürfte aber bei Substanzen bestehen, welche die beiden wichtigsten abbauenden Enzyme von Pioglitazon, CYP2C8/9 und CYP3A4, hemmen oder induzieren.

Dosierung, Verabreichung, Kosten

Pioglitazon (Actos[®]) ist kassenzulässig und wird als Tabletten zu 15, 30 und 45 mg angeboten. Das Mittel ist in der Schweiz zur Behandlung des Typ-2-Diabetes zugelassen, entweder als Monotherapie oder in Kombination mit anderen oralen Antidiabetika oder mit Insulin. (In der EU wird die Indikation *wesentlich restriktiver* formuliert: das Medikament soll nur in sonst ungenügend behandelbaren Fällen in Kombination mit Metformin oder ausnahmsweise mit Sulfonylharnstoffen verwendet werden.)

Pioglitazon wird einmal pro Tag eingenommen. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 15 bis 30 mg/Tag; bei einer Monotherapie mit Pioglitazon kann, falls nötig, im Abstand von einigen Wochen bis auf 45 mg/Tag erhöht werden. Weil sich insbesondere Troglitazon als hepatotoxisch erwiesen hat, sollen unter Pioglitazon sicherheitshalber die Leberenzyme in regelmässigen Abständen kontrolliert werden. Bei Zeichen einer Lebererkrankung darf Pioglitazon nicht angewendet werden. In der Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern und Jugendlichen ist Pioglitazon kontraindiziert.

Der Monatspreis von Pioglitazon (15 bis 45 mg/Tag) beträgt 87 bis 131 Franken. Pioglitazon ist somit marginal billiger als Rosiglitazon (Avandia[®], 4 bis 8 mg/Tag), das 91 bis 156 Franken pro Monat kostet. Über die Kosten von anderen oralen Antidiabetika orientiert oben der Abschnitt zu Nateglinid.

Kommentar

Mögliche Vorteile und Hoffnungen, die man mit den «Gliniden» und «Glitazonen» verbindet, wurden letztes Jahr in dieser Zeitschrift in einem Gasteditorial beschrieben.¹⁶ Zurzeit muss bei der Anwendung dieser neuen und teuren Substanzen immer noch zu grosser Zurückhaltung geraten werden, natürlich auch, weil ihr Nutzen im Hinblick auf diabetische Spät-komplikationen nicht untersucht ist.

Sowohl die «Glinide» wie die «Glitazone» sind erst wenig mit herkömmlichen Antidiabetika verglichen worden. Schon bei Repaglinid und Rosiglitazon gewann man den Eindruck, dass «Glinide» und «Glitazone» – gemessen am HbA_{1c}-Wert – wohl nicht so potent sind wie Sulfonylharnstoffe oder Metformin. Was bisher zu Nateglinid und Pioglitazon dokumentiert ist, nährt solche Zweifel weiter. Insbesondere die «Glitazone» sind auch bezüglich ihres Nebenwirkungspotentials noch nicht klar definiert. Nicht klar ist auch, welche Konsequenzen sich aus den Veränderungen des Lipidprofils ergeben. Es wundert deshalb nicht, dass die Indikation für Pioglitazon in der EU bisher so stark eingeschränkt wurde. Es ist dringend nötig, dass diese neuen Antidiabetika in grossen Studien mit Sulfonylharnstoffen und Metformin verglichen werden.

Literatur

- 1 Masche UP. *pharma-kritik* 1999; 21: 49-51
- 2 Koch T, Masche UP. *pharma-kritik* 1999; 21: 33-4
- 3 Kalbag JB et al. *Diabetes Care* 2001; 24: 73-7
- 4 Dunn CJ, Faulds D. *Drugs* 2000; 60: 607-15
- 5 <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2000/212041bl.pdf>
- 6 Weaver ML et al. *Drug Metab Dispos* 2001; 29: 415-21
- 7 Hanefeld M et al. *Diabetes Care* 2000; 23: 202-7
- 8 Horton ES et al. *Diabetes Care* 2000; 23: 1660-5
- 9 Rosenstock J et al. *Diabetes* 2000; 49 (Suppl 1): A123
- 10 Gillies PS, Dunn CJ. *Drugs* 2000; 60: 333-43
- 11 <http://www.eudra.org/humandocs/PDFs/EPAR/Actos/201400en6.pdf>
- 12 Eckland DA, Danhof M. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2000; 108 (Suppl 2): S234-42
- 13 Aronoff S et al. *Diabetes Care* 2000; 23: 1605-11
- 14 Thomas ML, Lloyd SJ. *Ann Pharmacother* 2001; 135: 123-4
- 15 Belcher G, Matthews DR. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2000; 108 (Suppl 2): S267-73
- 16 Diem P. *pharma-kritik* 1999; 21: 51-2

ceterum censeo

Medikamentenpreise: Fairness gefragt

Als ich letzthin im Kollegenkreis berichtete, die jährlichen Kosten für Marketing und Vertrieb von Valsartan (Diovan[®]) lägen in der Grössenordnung von einer Milliarde Franken, erntete ich nur ein müdes Lächeln: entweder hätte ich eine Fehlinformation aufgelesen oder ich verstünde nichts von Zehnerpotenzen. Die Information stammt jedoch aus einer verlässlichen Quelle – dem NZZ Folio – und entspricht einer Aussage von Thomas Ebeling, des Chief Executive Officers des Pharmasektors bei Novartis.¹ Präzisierend findet sich noch die An-

gabe, im Betrag von 1 Milliarde seien auch die Kosten der sogenannten Beobachtungsstudien enthalten. Beobachtungsstudien sind bekanntlich die unkontrollierten «Studien», die nach der Einführung eines Medikamentes oft in Kliniken und Praxen durchgeführt werden und die zweifellos unter der Rubrik Marketing richtig eingeordnet sind. Man erfährt auch, dass Diovan® für die Firma ein Massenprodukt darstellt, das einen besonders hohen Einsatz von Marketing- und Vertriebskosten erfordert. Mit anderen Worten: die entsprechenden Kosten liegen deutlich über den 30 bis 35% des Pharmaumsatzes, die nach der konservativen Schätzung Ebelings *durchschnittlich* für Marketing und Vertrieb eingesetzt werden. Für naive Menschen wie mich ist lediglich störend, dass dagegen nur 15 oder bestenfalls 20% des Umsatzes der Sparte «Forschung und Entwicklung» zufließen. Dabei höre ich immer wieder das Gejammer, wie unwahrscheinlich teuer die Entwicklung eines neuen Arzneimittels sei!

Was Ebeling nicht sagt, was sich jedoch in den entsprechenden Novartis-Informationen im Internet findet, sind weitere Angaben zu Diovan®: es handelt sich dabei um das antihypertensive Flagship der Firma, dessen Umsatz (mit Co-Diovan® zusammen, in lokalen Währungen) im Jahr 2000 um 55% auf über 1,2 Milliarden Franken zugenommen hat.² Die Marketingbemühungen sind nicht vergeblich: «it is now the fastest growing of the top ten branded antihypertensives» – in den USA steht auf rund einem Drittel der Rezepte für einen neu verschriebenen Angiotensin-Rezeptorantagonisten der Name Diovan®.

Es ist aber nicht meine Absicht, anhand des Diovan®-Beispiels über die Novartis herzufahren. Im Gegenteil: ich halte es für sehr gut, dass Ebeling Klartext redet und auch Zahlen nennt. Das Beispiel dient nur dazu, sichtbar zu machen, wie es in dieser Industrie zugeht. Selbstverständlich gilt für die ganze Branche, dass 35% des Umsatzes oder mehr für Marketing und Vertrieb verwendet werden. Immer wieder höre ich das Argument, wie ungünstig sich das Verschreiben von Generika für die forschende Industrie auswirke. Und nicht wenige Kolleginnen und Kollegen haben sich kürzlich mit abschätzigen Bemerkungen zu Generika vor den Karren der Industrie spannen lassen. Sie sollten sich mindestens bewusst sein, dass es bei den Industrieinteressen schwergewichtig nicht um Forschung geht, sondern um Geld, Geld für die Aktionärinnen und Aktionäre.

Offensichtlich denken die meisten Leute, es gebe keinen Grund, weshalb sich die pharmazeutische Industrie anders als alle anderen Industrien, nämlich ausschliesslich gewinnorientiert, verhalten sollte. Seit vielen Jahren steigen die Umsätze der Pharmaindustrie um 5 bis 10% pro Jahr. In der Schweiz wurden im Jahr 2000 rund 5 Milliarden Franken für Medikamente ausgegeben; diese Summe ist doppelt so gross wie vor 15 Jahren. Berechnet man den internationalen Gesamtumsatz der Pharmaindustrie auf Grund der Herstellerabgabepreise, so kommt man für das gleiche Jahr auf etwa 500 Milliarden Franken. Wer sich für weitere Einzelheiten zum Pharmamarkt interessiert, findet z.B. auf der Website von IMS Health relativ detaillierte Angaben zu den 13 wichtigsten Ländern.³

Der unaufhaltsam steigende Umsatz beruht zwar gewiss teilweise auf der Tatsache, dass neue, nützliche Arzneimittel entwickelt werden. Auch die stete Erweiterung des Marktes infolge der zunehmenden Überalterung wirkt sich profitsteigernd aus. Die Umsatzzunahme ist jedoch in hohem Masse auch dem geschickten Marketing zu verdanken. So gelingt es immer

wieder, marginale Vorteile neuer Präparate so in den Vordergrund zu rücken, dass bewährte ältere Substanzen durch neue, teurere ersetzt werden. Es ist als ob erstklassige Medikamente nach Ablauf der Patentfrist plötzlich auch therapeutisch minderwertig würden. Die kranken Menschen sind ein zuverlässiger Wachstumsmarkt: wen kümmert es, ob sie ihre Arzneimittel bezahlen können?

Ich bin wohl ziemlich altmodisch, wenn ich denke, dass diese Branche nicht nur ihren kommerziellen Erfolg sichern, sondern auch Verpflichtungen ethischer Natur eingehen sollte. Es gibt kaum andere Industrieerzeugnisse, die ähnlich wie Medikamente eine lebenswichtige Funktion haben. Kranke Menschen haben meistens nicht die Wahl – wenn sie gesund werden wollen, müssen sie sich behandeln lassen. Deshalb sollte die Pharmaindustrie Arzneimittel zu einem fairen Preis verkaufen. Ein fairer Preis, das würde wohl in erster Linie bedeuten: ein Preis, der es Kranken auf der ganzen Welt ermöglicht, behandelt zu werden.

Die AIDS-Katastrophe in Afrika führt uns allen vor Augen, dass die Arzneimittelpreise heute *nicht fair* sind. Schon 1997 wollte Südafrika mit einem Gesetz den Import und die Herstellung von Anti-HIV-Generika ermöglichen. Da damit die Patentrechte verletzt worden wären, hat die Pharmaindustrie einen Prozess gegen die südafrikanische Regierung angestrengt. Erst im April 2001, nachdem die ganze Welt auf die unerhörte Geldgier der Industrie aufmerksam geworden war, haben sich die Pharmagewaltigen zu einem Rückzug ihrer Klage entschlossen. Die faire, in diesen Kreisen aber offenbar undenkbar Lösung des Konfliktes hätte darin bestanden, auf den Patentrechten zu beharren, gleichzeitig aber weltweit die Preise der antiretroviralen Medikamente so zu senken, dass wirklich alle behandelt werden können, die diese Medikamente benötigen. Ich weiss nicht, wieviele in Südafrika und anderswo gestorben sind, weil keine bezahlbaren Medikamente zur Verfügung standen (und wohl vielerorts weiterhin nicht zur Verfügung stehen). Wenn ich aber jeweils höre, wie sich die pharmazeutische Industrie für das Wohl der Menschheit einsetzt, fällt es mir schwer, die Assoziation «Heuchler» fernzuhalten.

Etzel Gysling

1 Stollorz V. NZZ Folio 2001 (April); 55-60

2 http://www.info.novartis.com/investors/index_reports.html

3 <http://www.imshealth.com/>

Diese Nummer wurde am 28. April 2001 redaktionell abgeschlossen.

pharma-kritik

Internet-Adresse: <http://www.infomed.org>

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)

unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St.Gallen) und Urs A. Meyer (Basel)

Redaktionsteam: Ariane de Luca, Etzel Gysling (Leitung), Urspeter Masche, Peter Ritzmann, Thomas Weissenbach

Abonnementspreis für den Jahrgang 22 (2000, 20 Ausgaben): Fr. 96.-

Infomed-Verlags-AG, Blumenaustrasse 7, 9500 Wil

Telefon (071) 910 08 66, Telefax (071) 910 08 77, e-mail: infomed@infomed.org

© 2001 Infomed Wil. All rights reserved.