

Globaler Hass

Virginia Day, 13. Mai 2009

Eine fünfundsiebzigjährige Amerikanerin stand auf dem Parkplatz und genoss eine Zigarette, weil die neuen Anti-Raucher-Gesetze sie nicht nur aus dem Restaurant, sondern auch noch aus dessen Eingangsbereich verbannt hatten.

Bevor es das Gesetz gab, hatte der Restaurantbesitzer keine Einwände dagegen gehabt, wenn sie in ihrer Eigenschaft als zahlende Kundin ihre Zigarette drinnen genießen wollte. Ebenso wenig hatten ihre Tischgenossen etwas dagegen gehabt. Und auch die Angestellten hatten keine Einwände, denn sie hatten sich eben diesen Arbeitsplatz ja selbst ausgesucht. Und schließlich machte es auch den anderen Gästen nichts aus, was sie ja schon durch die Wahl eines raucherfreundlichen Restaurants zum Ausdruck gebracht hatten.

Solcherart unter Quarantäne gestellt, obwohl keiner der tatsächlich Betroffenen den geringsten Einwand gehabt hatte, stand die Frau auf dem Parkplatz, wie das Gesetz es befahl. Eine jüngere Frau trat aus einem nahe liegenden Geschäft, und ging auf ihr eigenes Auto zu. Als sie die alleine dastehende alte Dame aus einiger Entfernung erblickte, änderte sie prompt ihren Kurs und ging direkt auf sie zu. Doch nicht etwa, um um Feuer zu bitten? Aber keineswegs: Als sie noch rund drei Meter von ihr entfernt war, bemerkte sie höhnisch zur Raucherin: „Sie sind ja ekelhaft!“ Die ältere Dame, die sich selbst mit einem gewissen Stolz als freundlich und kultiviert bezeichnen würde, gleichwohl aber weiß, dass man Grobianen die Stirn bieten muss, erwiderte mit einer Bemerkung, die ich hier nicht wiedergeben kann. Daraufhin wandte sich die jüngere Frau ab, ging weiter zu ihrem Auto, ließ dessen Motor aufheulen, und fuhr vom Parkplatz, derweil die ältere Dame zurückblieb, um über die Veränderungen der heutigen Gesellschaft zu grübeln.

Scheinbar ohne jeden Zusammenhang mit dem oben geschilderten Vorfall, fand im März 2009 in Mumbai, Indien (vormaliges Bombay, d. Übers.), die 14. Weltkonferenz zu Tabak und Gesundheit statt, die z. T. von der pharmafinanzierten Amerikanischen Krebsgesellschaft ACS, teilweise von den Pharmariesen Glaxo-Smith-Kline und Pfizer gesponsert wurde. Zwei scheinbar unzusammenhängende Vorgänge, denn was können eine Konferenz in Indien und die Konfrontation zweier Frauen auf einem amerikanischen Kleinstadtparkplatz schon miteinander zu tun haben? Es wäre jedoch ein Fehler, zu glauben, die beiden Vorfälle hätten nichts miteinander zu tun. Sie hängen nämlich sehr wohl ursächlich miteinander zusammen. Was nachstehend folgt, ist der Versuch, diesen Zusammenhang näher zu erklären.

In einer kürzlich erfolgten Pressemitteilung der französischen Presseagentur AFP (Agence France Presse) wurde über die Mumbai-Konferenz verlautbart:

„Wir alle erkennen, dass es jetzt an der Zeit ist, den Fokus der Tabakkontrolle auf die Entwicklungsländer zu richten.“ So der Leiter der Konferenz, Prakash C. Gupta, bei einer Pressekonferenz am Dienstag.

Die indische Regierung, welche die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle ratifiziert hat, hat im letzten Oktober ein neues Rauchverbot für öffentliche Orte wie Bars, Restaurants und Bahnhöfe verkündet. Ein bereits vor vier Jahren verhängtes Verbot war weitestgehend ignoriert worden und seine Durchsetzung war nur sehr lückenhaft gewesen.

Gupta, Vertreter von Anti-Tabak-Gruppen und Krebspezialisten brachten ihre Hoffnung zum Ausdruck, dass die von der WHO unterstützte und von 2.000 Delegierten besuchte Veranstaltung dazu beitragen werde, das öffentliche Problembewusstsein zu stärken und eine strengere Gesetzgebung zu veranlassen. (1)

Was soll das nun heißen? Der Satz „Zeit ..., den Fokus der Tabakkontrolle auf die Entwicklungsländer zu richten“ bedeutet schlicht und einfach, dass es das Ziel der Konferenzsponsoren ist, die Männer und Frauen Indiens – wie schon vor ihnen die Männer und Frauen der USA, Kanadas und Europas – weniger freie Willensentscheidungen darüber treffen zu lassen, wie, wo, und wann sie Tabakwaren rauchen.

Es bedeutet, dass die von Pharmafirmen unterstützte WHO, die ebenfalls pharmagestützte Amerikanische Krebsgesellschaft (2) und die riesigen multinationalen Pharmafirmen, die diese internationalen Organisationen finanzieren, noch härter daran arbeiten wollen, dem indischen Volk eine neue Gesetzgebung aufzubürden, und das Volk durch strenge Durchsetzung dieser Gesetze davon zu überzeugen, dass es in seinem eigenen Interesse liege, sich der neuen Ordnung zu beugen.

Unter völliger Missachtung der sozialen Harmonie, von Gebräuchen, Traditionen sowie der Souveränität und Unabhängigkeit des indischen Staates, unter völliger Missachtung des Volkswillens der Inder (den diese durch ihr Ignorieren des vorangegangenen Verbots allzu deutlich gemacht haben) fahren sie, die Interessenwahrer der Pharmaindustrie, die Hersteller von alternativem Nikotin und von Raucher-Entwöhnungsmitteln, damit fort, das Hoheitsrecht der Problemdefinition für sich zu beanspruchen.

In typischem Konzernstil erwarten sie, dass die Menschen widerspruchslos an den „Zufall“ glauben, dass gerade diejenigen, die die Lösung des „Problems“ des Tabakrauchens propagieren, gleichzeitig auch eben diese Lösung zum Verkauf anbieten.

Die Pressemeldung sagt aus, dass das bereits vor vier Jahren in Indien „verhängte“ Rauchverbot „weitgehend ignoriert“ worden sei, und seine Durchsetzung „lückenhaft“.

Von wem ignoriert? Natürlich von der Bevölkerung. Ignoriert von der Bevölkerung, und sogar ignoriert von den örtlichen Vollzugsorganen, die vor nur vier Jahren wohl noch daran geglaubt zu haben scheinen, besser als Außenstehende zu wissen, wie das eigene Leben und der eigene Staat geordnet sein sollen.

Die Pressemeldung macht jetzt allerdings deutlich, dass es dem Volk in Zukunft keinesfalls mehr erlaubt werden darf, die Verkündigungen im Sinne der Profite der Pharmaindustrie einfach so zu ignorieren. Die Freiheit des indischen Volkes, seine eigenen Entscheidungen in Bezug auf Gesundheit, Sicherheit und soziale Arrangements zu treffen, darf nicht respektiert werden. Stattdessen müssen die Pharmainteressen (durch ihre Strohleute, die Weltgesundheitsorganisation und andere vermeintlich „Gemeinnützige“) dadurch vorangetrieben werden, dass man sich eifrig im Bereich der Problemdefinition engagiert (das heißt, dass man das „öffentliche Problembewusstsein fördert“).

Das von diesen Lobbyorganisationen angestrebte Ziel ist es, durch eine Umerziehung der Öffentlichkeit zu einer „wasserdichten Gesetzgebung“ und daraus folgend zu verstärkter sozialer Kontrolle zu kommen. Verstärkte Sozialkontrolle bedeutet, den Leuten weniger Möglichkeiten zum Tabakrauchen zu lassen und gleichzeitig den gesellschaftlichen Druck, sich das Rauchen abzugewöhnen, zu erhöhen, solcherart also die Marktchancen für die Hersteller von Nikotinersatzprodukten massiv zu fördern.

Es ist wahrlich nicht schwer, das Interesse der Pharmabranche an einer Anti-Raucher-Gesetzgebung mit ihrem Streben nach Profiten in Einklang zu bringen.

Unschwer versteht man auch, warum gerade Indien eines der neuen Primärziele werden musste. Einem kürzlich veröffentlichten Marktbericht für den Bereich der Raucherentwöhnungsprodukte zufolge sind z.B.:

2008 die Gesamtverkäufe verschreibungspflichtiger und rezeptfreier Raucherentwöhnungsprodukte weltweit auf über drei Milliarden US Dollar angewachsen... In den nächsten fünfzehn Jahren wird das Gesamtwachstum des Weltmarktes für Raucherentwöhnungsprodukte in zunehmenden Maße aus den Ländern der BRIC-Gruppe (Brasilien, Russland, Indien, China) kommen. In diesen Ländern lebt fast die Hälfte der Raucher der Welt – trotzdem waren die Pro-Kopf-Einnahmen aus dem Bereich der Raucherentwöhnung für diese Länder im Jahr 2008 noch sehr niedrig (3).

Oder, wie kürzlich im Wall Street Journal zu lesen war:

Glaxo plant, in Indien and China zu expandieren

Die GlaxoSmithKline-KG bereitet die Einführung ihrer Raucherentwöhnungsprodukte in zwanzig Schwellenländern vor, was ein weiteres Zeichen dafür ist, dass der britische Medikamentenhersteller seine Verkäufe in einer sich entwickelnden Welt weiter ausbauen will.

Glaxo plant einen großen Marketing-Vorstoß in neue Ländern wie China, Indien und Russland, wo die Firma bislang noch nicht ihre Raucherentwöhnungs-Pastillen und –pflaster verkauft hat. Die Produkte sind unter diversen Markennamen auf dem Markt, beispielsweise NicoDerm CQ, Commit, NiQuitin und Nicabate.

Clive Addison, Vizepräsident für Raucherentwöhnungsprodukte, sagte in einem Interview, man beabsichtige seine Produkte innerhalb der nächsten fünf Jahre für 85 % der Raucher (derzeit: 20%) weltweit erhältlich zu machen.

Wie er sagte, umfasst der globale Markt für Raucherentwöhnungs-Kaugummis und – Pflaster derzeit rund zwei Milliarden US Dollar. Weiter sagte er, dass Glaxo davon derzeit rund ein Drittel umsetzte, wobei man beabsichtige, diesen Anteil innerhalb der nächsten fünf Jahre auf 42 % zu steigern.

Herr Addison sagte ferner, dass die Mehrheit der Raucher auf der Welt in Schwellenländern lebe, die für Glaxo bislang schon deshalb keinen Schwerpunkt dargestellt hätten, weil sie noch keine Anti-Raucher-Kampagnen betrieben hätten. Dies beginne sich jetzt zu ändern. So habe Indien kürzlich ein Rauchverbot für geschlossene öffentliche Einrichtungen verabschiedet, während andere Länder wie Brasilien neue Kliniken eröffneten, um Leuten bei der Rauchentwöhnung zu helfen. Diese neuen Bestrebungen ließen den jetzigen Zeitpunkt als günstigen Moment für die Einführung der Glaxo-Produkte erscheinen, sagte er.

Glaxo beabsichtige ferner, den Konsumenten der neuen Märkte die gleichen “verhaltenstherapeutischen Unterstützungsprogramme” anzubieten wie in den entwickelten Märkten der USA und Europas. Glaxos weltweiter Umsatz im Bereich der Raucherentwöhnungsprodukte belaufe sich auf circa 700 Millionen US Dollar für das vergangene Jahr. Über die Kosten der neuen Marketingaktionen wollte Addison jedoch keine Auskunft geben (4).

Und lassen Sie uns auch Pfizer nicht vergessen. In einer Pressemitteilung wurde im April 2008 folgendes mitgeteilt:

Kewal Handa, der Geschäftsführende Direktor von Pfizer India, sagte: „Champix ist das innovativste und effektivste unter den oral verabreichten Raucherentwöhnungsprodukten, die die amerikanische Bundesbehörde zur Überwachung von Nahrungs- und Arzneimitteln FDA in den letzten zehn Jahren zugelassen hat. Seit seiner Einführung Mitte 2006 hat das Mittel über 5,7 Millionen Menschen geholfen. Wir sind davon überzeugt, dass Champix auch den indischen Rauchern in gleichem Umfange helfen und solcherart zu einer gesünderen Welt beitragen wird.“ (5)

Drei Monate vor dieser Presseerklärung (1. Febr. 2008) hat die FDA – sehr zum Unbehagen von Pfizer – folgende Meldung veröffentlicht:

Die US-Bundesbehörde zur Überwachung von Nahrungs- und Arzneimitteln (FDA) hat heute eine Empfehlung zur Volksgesundheit herausgegeben, um das Personal des Gesundheitswesens, Patienten und Pflegenden auf die neuen Sicherheitswarnungen im Hinblick auf Chantix (Varenicline) aufmerksam zu machen, welches als verschreibungspflichtiges Medikament bei der Raucherentwöhnung Verwendung findet.

... Derweil die Behörde das Auswerten der Schadensmeldungen noch nicht abgeschlossen hat, scheint es immer wahrscheinlicher, dass es einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Champix und ernsthaften neuropsychiatrischen Symptomen gibt ... (6)

Die logische Schlussfolgerung ist, dass die BRIC-Länder bisher noch nicht genügend Umsätze auf dem Pharmamarkt eingebracht haben. Soll heißen: Die Menschen Indiens haben gezögert, zu kooperieren und ihr schwer verdientes Geld für die dubiosen Nikotinersatzprodukte und gefährlichen Pillen der Pharmafirmen herauszurücken. Anscheinend bevorzugen es die Inder, Tabak auf traditionelle Art und Weise zu konsumieren. Zum Glück für die Pharmaindustrie hat man für den Fall, dass das Volk nicht von selbst mitspielt, bereits Zeit gehabt, um den Katalog anwendbarer Zwangsmittel zu perfektionieren. Die Industrie erkennt die Macht von Gesetzen, deren Ziel es ist, das Rauchen so schwierig und unkomfortabel wie möglich zu machen, als ihr bestes Marketing-Instrument. Es ist kein Zufall, dass die vor kurzem abgehaltene Weltkonferenz, die nach „strengeren Regulierungen“ rief, in Mumbai, Indien, abgehalten wurde, da Indien als einer der vielversprechendsten neuen Märkte für Raucherentwöhnungsprodukte erkannt worden ist. Die Industrie wird jede Gelegenheit nutzen, um die Gesetze und Einschränkungen zu fördern, die ihre Produkte verkaufen helfen sollen.

Natürlich ist dies die gleiche Strategie, die die Anti-Raucher-Bewegung unter Führung der Pharmaindustrie auch schon in den USA, in Kanada und in Europa eingesetzt hat.

Es ist wichtig, zu verstehen, dass die Prohibitions-Gesetze, unter denen so viele von uns leben müssen, keineswegs von lokalen Bewegungen oder solchen der Basis ausgegangen sind.

Ebensowenig entspringen sie der Besorgnis um Gesundheit oder Sicherheit.

Sie sind vielmehr das Ergebnis einer von oben herab geführten internationalen, zielgerichteten und gewinnorientierten Strategie. Bei dieser Strategie geht es einzig um Profit, nicht aber um Gesundheit. Wieder und wieder, an einem Ort nach dem anderen, konnten wir diese Strategie in der Praxis erleben. Die Pharmafirmen finanzieren jegliche Pseudo-Forschung, so lange sie nur verspricht, das Rauchen oder die Raucher in einem schlechten Licht zu zeigen, und sie geißeln Forscher, die zu konträren Ergebnissen gelangen.

Ihre Propaganda lügt der Öffentlichkeit vor, dass Raucher Dritte schädigen würden. Sie unternehmen alles, um rauchende Menschen zu de-normalisieren, und sie ermutigen andere, Raucher zu diskriminieren und herabzusetzen. Währenddessen veranstalten sie mehr und mehr wichtig klingender Konferenzen, verkünden wichtig klingende Mitteilungen, und finanzieren Organisationen, die in ihrem Sinne Einfluss nehmen und agitieren, um noch strengere Regulierungen, Verbote und Gesetze durchzupeitschen. Verlust grundlegender Freiheiten? Verlust des Selbstbestimmungsrechts? Verlust von Besitzrechten? Man erwartet von uns, dem Volk, dass wir darüber hinwegsehen.

An einem Tag in naher Zukunft wird eine Frau (oder auch ein Mann) auf einem Parkplatz in Indien stehen, dort eine Zigarette rauchen, und dabei darüber grübeln, wie sich ihr einstmals gewohntes politisch-soziales Umfeld dermaßen verändern konnte.

Vielleicht wird sie denken, dass es irgendwie, auf eine Art und Weise, die sie nicht nachvollziehen kann, wirklich Volkes Wille gewesen sei, dass sie aus der zivilen Gesellschaft ausgestoßen sein soll. Wahrscheinlich wird sie dabei das vage Gefühl verspüren, dass es so eigentlich nicht gewesen sein kann, da keiner ihrer Bekannten jemals etwas gegen das Rauchen gehabt zu haben schien, und auch Raucher und Nichtraucher immer problemlos miteinander auszukommen schienen.

Und vielleicht wird auch in Indien eine zweite Frau sich der ersten nähern, wahrscheinlich ohne dabei selbst zu wissen, warum sie Raucher in letzter Zeit abzulehnen begonnen hat. Es mag ihr dabei vielleicht sogar geläufig sein, dass sie noch ein paar Jahre zuvor überhaupt keine Meinung zu diesem Thema gehabt haben würde.

Aber jetzt ist ihr „Bewusstsein“ geschärft, sie ist sensibilisiert, und sie glaubt demzufolge, dass die rauchende Frau Ihr Schaden zufügt.

Die Frau mit der Zigarette ist zum „Problem“ geworden. Die jüngere Frau wird feststellen, dass sie unwillkürlich auf die Frau mit der Zigarette zugeht. Sie wird bemerken, dass sie einer völlig Fremden, die sich auf einem Parkplatz um ihre eigenen Sachen kümmert, hohnlächelnd gegenübertritt. „Sie sind ekelerregend!“ Wird sie möglicherweise sagen.

Wir alle sehen unsere kleinen, lokalen Teile der Welt. Fälschlicherweise nehmen wir dabei an, dass Vorfälle, die uns passieren, auch auf dieser lokalen Ebene erklärt werden können.

Fälschlicherweise glauben wir, dass es da draußen nur einige wenige verrückte Raucherhasser gibt, von der Sorte, die unschuldige Leute auf dem Parkplatz anpöbelt, und wir wundern uns darüber, wie solche Idioten dermaßen viel Macht (und Geldmittel) anhäufen konnten. Manchmal glauben wir gar fälschlicherweise, dass sie fertig sein werden, wenn das Rauchen erst einmal verboten ist; dass sie nicht weitermachen werden, indem sie ihre pharmazeutischen Lösungen der „Probleme“ Nahrung, Alkohol, sogar Persönlichkeit, dadurch zu vermarkten suchen, dass sie eine entsprechende Regulierung und Gesetzgebung für diese Bereiche im Sinne ihrer Firmeninteressen betreiben.

Wir glauben fälschlicherweise, dass man diese Idioten auf lokaler Ebene bekämpfen kann.

Aber das können wir wirklich nicht. So lange wir nicht verstehen, wer der Feind ist, wie man ihn entlarvt, in welche Richtung alles fließt, und wie man letzten Endes den Kampf aufnimmt, so lange sind unsere Anstrengungen fehlgeleitet.

Die machtvollen Interessen, die sich kürzlich in Mumbai versammelt haben, haben heutzutage mehr Einfluss auf Ihr und mein Leben als die Menschen und Vorgänge in unseren Heimatstädten, -dörfern, -staaten und -ländern. Machen Sie keinen Fehler: Sie sind die wahre Bedrohung unserer Freiheit.

Quellen :

1. AFP
<http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5hKSIBeAHrsJaZ4jSbJSyiJcqXNQw>
2. HSCNews 2005 review of health campaigners' Annual Reports ",
in HSCNews, issue 15, February 2005, S. 6-27; plus 62-S.-Anhang. (Pressemitteilung) .
Im letzten Monats-Briefing von HSCNews International wurden die Jahresberichte von 125 Gesundheitsinitiativen auf der ganzen Welt analysiert. Ihre Gesamteinnahmen lagen bei mehr als acht Milliarden US Dollar. U. a. wurden die folgenden Erkenntnisse gemacht:
„Pharmaspenden an gemeinnützige Gesundheitsorganisationen sind zumeist marktbestimmt. Die Erhebung betrachtete die zwölf Top-Spender aus dem Pharmabereich, die Geld an Gemeinnützige geben (Pfizer, GSK, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Merck, Novartis, Aventis, Roche, Eli Lilly, Bristol-Myers Squibb, Wyeth, und Abbott), sowie die Arten gemeinnütziger Gesundheitsorganisationen, denen diese Firmen Geld zukommen ließen. In fast 100 % der Fälle suchten die Firmen Verbindung zu Patientenorganisationen in Therapiebereichen, in denen sie selbst Forschung, Entwicklung und Marketing betreiben... Gemeinnützige Einrichtungen hohen Bekanntheitsgrades erhalten den Löwenanteil der verfügbaren Gelder. Die ersten zehn der meist-dotierten Verbände, die Geld von der Pharmaindustrie annehmen, sind (nach Einnahmen geordnet): Die Amerikanische Krebs-Gesellschaft, die Amerikanische Herz-Gesellschaft, die Amerikanische Diabetes-Gesellschaft, Marie-Curie-Krebsfürsorge (GB), Altenhilfe (GB), Herz- und Schlaganfallstiftung Kanadas, Arthritis-Stiftung (US), Kanadische Krebsgesellschaft, Rethink (GB) und die Kanadische Diabetes-Gesellschaft.
<http://express-pressrelease.net/11/A%20new%20survey%20on%20pharmaceutical%20funding.php>
3. http://www.bioportfolio.com/cgi-bin/acatalog/Smoking_Cessation_Report__2009-2024.html#a481
4. Glaxo Plans Expansion in India and China, Jeanne Whalen. WSJ, March 10, 2009.
<http://online.wsj.com/article/SB123663993183877143.html>
5. <http://www.dancewithshadows.com/business/pharma/champix-smoking-india.asp>
6. <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2008/NEW01788.html>

Das englische Original dieses Artikels - Global Hate – findet sich unter folgender URL:
http://www.forces.org/Forces_Articles/article_viewer.php?id=659

Veröffentlicht bei Netzwerk Rauchen: <http://www.netzwerk-rauchen.de>, Mai 2009