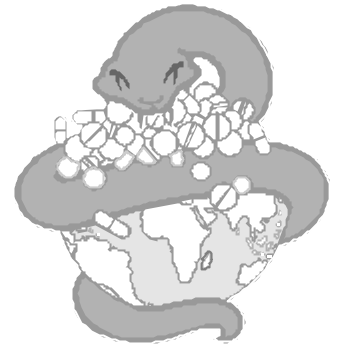


PHARMA- BRIEF



Nr. 2

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

März/April 2002

Health Action International (D)

ISSN 1618-4572

Korruptierte ÄrztInnen

Die Pharmaindustrie investiert 30% ihres Umsatzes in Marketing, doppelt so viel wie für Forschung und Entwicklung neuer Medikamente ausgegeben wird. Wichtigste Zielgruppe des Marketings sind die ÄrztInnen: sie entscheiden mit ihrem Verschreibungsverhalten darüber, wie erfolgreich ein neues Produkt wird. Dabei entscheidet in vielen Fällen nicht der therapeutische Nutzen, sondern die Frage, wie sehr die Ärzte beeinflusst werden konnten.

Dazu ist nahezu jedes Mittel recht, wie der neuste Skandal um den Pharmakonzern SmithKline Beecham (jetzt Glaxo SmithKline) zeigt. Bundesweit wird gegen 1300 Ärzte ermittelt, die als Fortbildung getarnte Angebote für teure Reisen und Kulturveranstaltungen inklusive „kompetenter Begleitperson“ angenommen haben.¹ Solche illegalen Praktiken sind kein Einzelfall. Eine Studie des niederländischen Gesundheitsministeriums² kommt zu dem Ergebnis: Die Hälfte der Marketingausgaben der Pharmakonzerne ist eindeutig gesetzeswidrig oder bewegt sich in einem rechtlich sehr zweifelhaften Rahmen. Niederländische Gesundheitsinspektoren wurden mit staatsanwaltlichen Vollmachten ausgestattet. Sie konnten so Einblick in die Vermarktungsstrategien für rezeptpflichtige Arzneimittel nehmen, die sonst dem Betriebsgeheimnis unterliegen.

Wichtigstes Marketinginstrument sind so genannte Anwendungsbeobachtungen. Ihr wissenschaftlicher Zweck sollte eigentlich darin bestehen, durch eine Vielzahl von Testpersonen nach der Zulassung eines Medikaments umfangreiches Datenmaterial über die Wirksamkeit und seltene unerwünschte

Wirkungen zu sammeln. 20% des Budgets fließen in die Anwendungsbeobachtungen, deren wissenschaftliche Zielsetzung ist allerdings zweifelhaft. In den Marketingplänen werden zwei Drittel der Studien offen als reines Verkaufsinstrument eingeordnet.

30% des Budgets sind für Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen eingeplant. „Offiziell betonen die Unternehmen, dass diese Veranstaltungen der Information der Ärzte dienen sollen. In den Marketingplänen fanden wir einen ganz anderen Sprachgebrauch: Da ging es darum, die Ärzte zu überzeugen, dass das betreffende Arzneimittel das Beste ist oder sie zu bearbeiten, an Anwendungsstudien teilzunehmen“, stellt Hans ter Steege, Projektleiter der niederländischen Studie, klar.³

3,5% fließen in eindeutig illegale Aktivitäten: Werbung für rezeptpflichtige Medikamente, die direkt an die VerbraucherInnen gerichtet ist (DTCA). Sie ist auch nach niederländischem Recht verboten. In den Marketingplänen taucht DTCA trotzdem auf, z.B. in Form so genannter Advertorials⁴ (Werbung, die als unabhängiger redaktioneller Beitrag getarnt ist). Die

Editorial

*Liebe LeserInnen,
wo bleibt das Positive? Nicht wenige ÄrztInnen lassen sich schmierern und die Industrie verdient sich eine goldene Nase. Und wer nicht bestechlich ist, wird einfach in die Irre geführt (weiteres im Leitartikel) Es gerät manchmal in Vergessenheit, dass das Gesundheitssystem für die PatientInnen da ist und übrigens von allen BürgerInnen bezahlt wird. Bleibt noch die Hoffnung, dass vor der Wahl wenigstens noch die Positivliste kommt, damit wir vor unsinnigen Produkten besser geschützt sind (S. 8).*

Wir bemühen uns, die schädliche Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel und weitere verbraucherfeindliche Regeln in der EU zu verhindern. Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung. Bitte beachten Sie den beiliegenden Spendenaufruf.

Es dankt Ihr

- **Leitlinien:**
Mangelnde Unabhängigkeit..... 2
- **Welthandel:**
GATS heißt Privatisierung 3
- **Global Fund:**
Nützt er wirklich? 5
- **Bücher:**
Kontrolle für Konzerne..... 7

niederländische Justiz will nun stärker gegen illegale Werbemaßnahmen vorgehen. Verantwortliche der Firma Roche, die eine öffentliche Werbeveranstaltung für den Fettsenker Xenical organisiert hatten, wurden kürzlich zu einer Geldbuße verurteilt.⁵

Marketingausgaben der Pharmaindustrie in Deutschland⁶ (Jahr 2000 in DM)

Publikumswerbung: 817 Millionen
Anzeigen in Fachzeitschriften: 280 Millionen
 (31 000 Anzeigenseiten in etwa 230 Medizin-Fachzeitschriften)
Werbepost: 100 Millionen
Anwendungsbeobachtungen, Kongress-sponsoring, Honorare für Meinungsbildner: unbekannt
Pharmareferenten: 2,7 Milliarden (einschl. Gehälter, Spesen, Provisionen; ohne Werbematerial)

Raffinierte Werbung.....

Weitere 3% des Werbeetats gehen an „opinion leader“, das sind in der Regel Universitätsprofessoren, die aufgrund ihres hohen Ansehens großen Einfluss auf die Fachwelt haben. Prozentual ist der finanzielle Anteil am Werbeetat zwar relativ gering, allerdings verteilt sich das Geld auf nur wenige Köpfe. Die Beeinflussung von Meinungsbildnern zeigt große Wirkung, im Positiven für die Pharmaindustrie, im Negativen für die fachliche Beurteilung von Arzneimitteln. Viele MedizinerInnen verlassen sich auf die fachlichen Empfehlungen der opinion leader, ohne zu ahnen, dass diese oft von der Industrie gekauft sind. So hat die britische Zeitung *The Guardian* Fälle aufgedeckt, bei denen Wissenschaftler gegen Bezahlung ihren Namen unter Fachartikel gesetzt haben, die gar nicht aus ihrer Feder stammten. Die Käuflichkeit sei besonders ausgeprägt in den Bereichen Kardiologie und Psychiatrie. Robin Murray, Abteilungsleiter im Londoner Institut für Psychiatrie, äußert schwere Bedenken: „Es herrscht nun eine Situation, wo ein Publikum während des Vortrages eines bekannten britischen Psychiaters unsicher wird, ob der Vortragende vom Inhalt seines Vortrages überzeugt ist, oder ob der dafür bezahlt wird.“⁷

... die Wirkung zeigt

Es lohnt sich für die Pharmaindustrie, die Ärzte mit Werbung zuzuschütten. Dabei geht der Umsatzgewinn zu einem Drittel zu Lasten von Konkurrenzprodukten, die übrigen zwei Drittel sind zusätzliche Verschreibungen. Diese werbebedingte Umsatzsteige-

runge hat vor allem finanzielle Auswirkungen, da die stark beworbenen Produkte teuer sind und meist keine therapeutischen Vorteile bieten. Sie werden verschrieben, weil die Werbung die Aufmerksamkeit der verschreibenden Ärzte für das Preis-Leistungs-Verhältnis verringert. Zu diesen Ergebnissen kommt eine weitere niederländische Studie eines Instituts, das dem Wirtschaftsministerium angegliedert ist.⁸ Die Experten empfehlen eine strengere Reglementierung der Pharmawerbung wie z.B. ein Verbot industriegesponserter „Fortbildungsmaßnahmen“ oder die Verpflichtung für Meinungsbildner, ihre Verbindungen zur Pharmaindustrie offenzulegen. Einen anderen Weg hat der US-Bundesstaat West Virginia eingeschlagen. Per Gesetz wurde Krankenversicherungen erlaubt, eigene Pharmaberater auszubilden. Versicherungsdirektor Tom Susman will zeigen, dass teure Neuheiten nicht automatisch gut sind: „Wir gehen zu den Ärzten in die Praxis und klären sie über billigere und qualitativ gleichwertige Medikamente auf.“⁹ (CW)

Ver-Leitlinien?

Leitlinien können eine wichtige Hilfe für die rationalere Behandlung von Krankheiten bieten. Doch eine Voraussetzung ist, dass die Qualität der Leitlinie auch stimmt. Daran scheint mitunter Zweifel angebracht, wie eine neue Untersuchung zeigt.

Kanadische ForscherInnen untersuchten 44 Leitlinien für häufige Krankheiten in Nordamerika und Europa auf möglichen Industrieinfluss.¹⁰ Das Ergebnis war erschreckend, obwohl nur bei zwei Leitlinien ein möglicher Interessenkonflikt genannt wurde, gaben 87% der AutorInnen an, Kontakte mit der Pharmaindustrie zu haben. 58% hatten finanzielle Unterstützung für ihre Forschungen bekommen, 38% waren Angestellte oder Berater von Firmen gewesen. Im Schnitt hatten die AutorInnen Kontakt mit über 10 verschiedenen Firmen. Über die Hälfte gab an, dass bei der Erstellung der jeweiligen Leitlinie niemand systematisch nach Interessenkonflikten gefragt hatte. Dennoch glaubten 7% selbst, dass sie durch ihre Verbindungen in ihrem Urteil beeinflusst waren. 19% glaubten, dass die Therapieempfehlun-

gen ihrer KollegInnen durch deren Industriekontakte beeinflusst waren. Da es keine einzige Leitlinie ohne finanzielle Verflechtungen mit der Industrie gab, war kein Vergleich zwischen beeinflussten und unbeeinflussten Leitlinien möglich.

Bob Goodman, Internist an der Columbia University und Mitbegründer von *No Free Lunch*,¹¹ einer Kampagne für unbeeinflusstes Verschreiben, meint, andere Studien hätten schon die engen Verbindungen zwischen vielen ÄrztInnen, ForscherInnen und sogar PolitikerInnen und der Pharmaindustrie gezeigt. Aber den Industrieinfluss auf Leitlinien hält er für noch bedrohlicher: „Jeder Einfluss einer Pharmafirma auf einen einzelnen Autor wird tausendfach multipliziert. Schlimmer noch, es gibt ein subjektives Element bei den Empfehlungen in klinischen Leitlinien, die sie besonders anfällig für Beeinflussung macht.“¹²

Als Konsequenz wird gefordert, dass bereits vor der Erstellung von Leitlinien ein klarer Prozess vorgesehen werden muss, wie mit Interessenkonflikten umgegangen werden soll. Und dass jede fertige Leitlinie eine vollständige Erklärung solcher Interessen enthalten müsste. (JS)

- 1 Kaffeefahrten der Konzerne, *Spiegel* 12/2002, S. 37
- 2 Marketing plans for medicinal products available on prescription only: the current situation. *Staatsrecht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2001. Erhältlich bei *Inspectorate of Health Care, Drug Advertising Department, POB 2680, NL-3500 GR Utrecht* oder unter www.igz.nl (dort English wählen)
- 3 Wer rasier wird, hält besser still. Interview mit Hans ter Steege. *Süddeutsche Zeitung*, 15.3.2002
- 4 Advertising in editorial text
- 5 persönliche Mitteilung vom niederländischen Gesundheitsinspektorat, 15.3.2002
- 6 Quellen: VFA, BPI, Gesellschaft für Pharmainformation. Zitiert nach „Millionen für die Meinungsbildner“, *Deutsches Ärzteblatt C* 1989, 39, 2001
- 7 Sarah Boseley, Scandal of scientists who take money for papers ghostwritten by drug companies. *The Guardian* 7.2.2002
- 8 E. de Laat et al., How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour? CBP-Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, The Hague March 2002
- 9 Read Two Drug Ads and Call Me in the Morning. Prepublication March edition of State Legislatures magazine, 5.2.2002. siehe www.ncsl.org/programs/health/rxads.htm (auf public user klicken)
- 10 Niteesh K. Choudhry/ Henry Thomas Stelfox/ Allan S. Detsky, Relationship Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry, *JAMA* 6.2.2002, p. 612-617
- 11 www.nofreelunch.org
- 12 Alison Tonks, Authors of guidelines have strong links with drugs industry, *British Medical Journal* 16.2.2002, p. 383

Wem gehört der Regen?

GATS: Privatisierungen ohne Ende

Wir schreiben das Jahr 2002, vor wenigen Monaten haben die Mächtigen dieser Welt in Doha eine neue Welthandelsrunde eingeläutet, um wieder einmal ihre Interessen gegen die armen Länder durchzusetzen. Diesmal sollen Dienstleistungen privatisiert werden, bei denen das bislang als undenkbar galt: Wasser, Bildung, Sozialeinrichtungen aller Art und die Gesundheitsversorgung. Nichts Öffentliches ist sicher vor GATS.

GATS (General Agreement on Trade in Services) ist das nächste Abkommen der Welthandelsorganisation (WTO), das geändert werden soll. Ziel ist es, die Verhandlungen bis 2003 zum Abschluss zu bringen. Die EU begrüßt dies in ihrem Abschlussbericht über die WTO-Ministerialrunde in Doha als großen Verhandlungserfolg.¹³ Angestrebt wird eine radikale Marktöffnung für soziale Dienste, die bisher dem öffentlichen Sektor und gemeinnützigen Organisationen vorbehalten waren. In allen Bereichen sind gravierende Konsequenzen zu erwarten.

privat persönlich, intim. Im 16. Jahrhundert entlehnt aus dem gleichbedeutenden *privatus* (wörtlich: 'abgesondert [vom Staat]'), dem Partizip Perfekt *Passiv* von lateinisch *privare* (*privatum*) 'berauben' ...

nach: Kluge, *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*, Berlin 1989

Um diese Privatisierungswelle in allen WTO-Mitgliedsländern durchzusetzen, plant die WTO ein Sekretariat, das ein Vetorecht gegenüber den Entscheidungen der Nationalstaaten haben soll. Deren Entscheidungsmacht wird dadurch de facto außer Kraft gesetzt. Eine Liberalisierung, d.h. Privatisierung von Bildung, Gesundheit und anderen öffentlichen Aufgaben würde Eliten bevorzugen und gleichzeitig die Versorgung für die meisten Menschen verschlechtern. Gute Bildung und eine angemessene medizinische Versorgung bekämen nur die Reichen, der Rest müsste mit einer Grundversorgung auf niedrigem Niveau vorlieb nehmen. In der Sprache jener, die alles Öffentliche privatisieren wollen, heißt das „Verantwortung übernehmen“. Wer krank wird, muss zahlen, eine solidarische Versicherung hat in diesem System keinen Platz mehr. In England trägt die staatliche Krankenversicherung schon heute manche medizinisch notwendi-

gen Leistungen nicht mehr. Menschen über 60 ohne private Zusatzversorgung werden bei Nierenversagen nicht mehr mit Dialyse (Blutwäsche) behandelt. Die Alternative zur Dialyse ist für sie der Tod.

Ein Beispiel aus Bolivien

Im Frühjahr 2000 hatte die Stadt Cochabamba ihre Wasserversorgung unter dem Druck der Weltbank an ein US-amerikanisches Wasserunternehmen verkauft. Schon nach wenigen Wochen wurden die Wasserpreise so drastisch erhöht, dass die Menschen ein Drittel ihres Einkommens für Wasser ausgeben mussten – mehr als für Nahrungsmittel. Massive Proteste und ein viertägiger Streik brachten die Stadt zum Stillstand. Die Stadt erklärte den Kriegszustand, doch die Proteste gingen weiter. Als einem 17-jährigen Jungen ins Gesicht geschossen wurde, lenkte die Stadt schließlich ein und machte die Privatisierung der Wasserversorgung rückgängig. Hätte Bolivien damals schon GATS ratifiziert, wäre es nicht möglich gewesen, die Privatisierung rückgängig zu machen.¹⁴

Abschreckendes Beispiel Chile

Welche Folgen eine solche Privatisierung der Gesundheitsversorgung hat, kann man in Chile anschaulich sehen. Dort konnten Anhänger des US-Wirtschaftstheoretikers Milton Friedman (die sogenannten Chicago-Boys) unter der Diktatur von Pinochet ihre Modelle in der Praxis erproben. Die staatliche Krankenversicherung wurde teilprivatisiert, man konnte fortan Verträge mit verschiedenen Versicherungen abschließen.

Die Beiträge für junge Menschen bei privaten Versicherungen scheinen günstig und man ist PrivatpatientIn. Versicherungsverträge mit geringen Beiträgen haben aber einen entscheidenden Haken: Im Krankheitsfall muss man kräftig zuzahlen.¹⁵ Bei einem Oberschenkelhalsbruch, der genagelt werden muss, kann das leicht zwei Monatsgehälter ausmachen.¹⁶ Kinder-

reichen Familien und Leute mit geringem Einkommen bleibt ohnehin nur die staatliche Versicherung *Fonasa*, für sie gibt es im Privatsektor keine Verträge, die bezahlbar sind und gleichzeitig ausreichenden Versicherungsschutz im Krankheitsfall bieten.

Da die privaten Versicherungen die Verträge mit ihren KundInnen alle 12 Monate kündigen können, landen die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens wegen der ständig steigenden Beiträge wieder bei der *Fonasa*. Die funktioniert nach dem Solidarprinzip, aber ihre Leistungen sind beschränkt, schließlich fehlen ihr die Beitragszahlungen des wohlhabendsten Fünftels der Bevölkerung. (Siehe auch Buchbesprechung auf S. 4) Das Beispiel Chile ist erschreckend, weil es eine Entsolidarisierung zu Lasten der Armen und Kranken bedeutet. Das staatliche Gesundheitssystem ist ausgeblutet, weil ihm die Beitragseinnahmen fehlen. Gleichzeitig verdienen sich die privaten Versicherungen eine goldene Nase, weil sie sich der Menschen, die den Versicherungsschutz wirklich brauchen, mittels unbezahlbarer Versicherungsprämien entledigen.

Das Menschenbild der GATS-Ideologie

Der menschliche Egoismus wird zur menschlichen Gesamtnatur hochstilisiert, die nicht zu ändern ist. Daraus leitet sich das Credo an den Markt ab, zu dem es keine Alternative gibt. Das eigennützige Privatinteresse gilt als der einzig funktionierende Motor der Wirtschaft, die daraus Rechte für sich ableitet. Demokratische Regeln werden entsprechend dem Markt untergeordnet und nicht umgekehrt. Eine Kontrolle des Marktes findet nicht oder kaum statt, da diejenigen, die davon profitieren an der Erhaltung dieses Status quo Interesse haben und diejenigen, die unter die Räder gekommen sind, nicht die Macht haben, eine Veränderung herbeizuführen. Nicht mehr das Wohl aller in der Gesellschaft zählt, sondern das Wohl der Reichen. Der Rest erhält nur soviel, dass er nicht systemgefährdend wird, eine minderwertige Gesundheitsversorgung, Bildung und Kulturarbeit. Alle Aspekte des öffentlichen Lebens werden gnadenlos ergebnispflichtig. Eine unabhängige For-

schung kann in diesem Denksystem ebenso wenig betrieben werden wie eine humane Medizin und eine eigenständige Kulturarbeit.



Adivasi-Kinder in Indien. Sie werden von privaten Versicherungen sicher nicht profitieren. Foto: Christiane Fischer

Die Triebfeder für GATS ist allein die Erschließung neuer profitträchtiger Unternehmungen bei Dienstleistungen, die bislang als öffentliche Aufgabe angesehen wurden und deshalb nicht „vermarktbar“ waren. Nicht mehr die geregelte Versorgung der Grundbedürfnisse steht im Vordergrund, sondern die Gewinnerzielung mit sozialen Bedürfnissen. Eine nähere Betrachtung der Hauptargumente der GATS-BefürworterInnen zeigt die soziale Schiefelage deutlich:

- ♥ Planwirtschaft wird als einzige und schlechte Alternative zur Liberalisierung angeführt. Dabei werden Beispiele gemeinwesenorientierten Wirtschaftens, die nicht planwirtschaftlich sind, wie z.B. Stiftungen, eine echte soziale Marktwirtschaft oder Grameen-Banken in Indien,¹⁷ einfach unterschlagen.
- ♥ Freiheit wird mit Neoliberalismus gleichgesetzt. Werden die Gesetze neoliberaler Ideologie eingehalten, ist die Einhaltung demokratischer Prinzipien unwichtig. Im Gegenteil, durch GATS werden Länder genötigt, ihre Sozialstandards massiv zu senken, da diese als marktfeindlich und wettbewerbshemmend gelten. Dagegen werden totalitäre Regime, die sich der neoliberalen Ideologie verschrieben haben, herzlich willkommen geheißen.¹⁸

Es ist erst 5 vor 12

Noch können wir die Auswirkungen des GATS-Abkommens stoppen, noch wird verhandelt. Dies haben auch die TeilnehmerInnen des Weltsozialgipfels in Porto Allegre gefordert. „Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe und muss

es bleiben!“¹⁹ Wie das MAI (Multilateral Agreement on Investment) zu Fall gebracht wurde und die WTO-Konferenz in Seattle gescheitert ist, so können wir auch GATS zu Fall bringen. An die Stelle der Diktatur der Ökonomie müssen wieder die Menschenrechte treten, die die Würde jedes Menschen in den Mittelpunkt stellen. Staaten und ihre Gesellschaften müssen sich dagegen wehren, Befehlsempfänger eines als liberal getarnten ökonomischen Totalitarismus zu werden. Soziale Dienste dürfen nicht liberalisiert werden, sondern freie Einrichtungen müssen gemeinnützige und solidarisch finanzierte Dienstleistungen verbindlich übernehmen. Nur so kann das Menschenrecht auf Gesundheit, Bildung, Ernährung und Wohnen für alle Menschen gesichert werden. (CF)

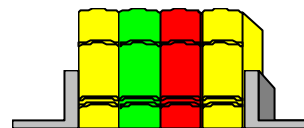
- 13 EU-Kommission, DG Trade, Abschlussbericht, 29 November 2001, S.7
- 14 Maude Barlow, Die letzte Grenze, *Contraste*, Oktober 2001, S.9
- 15 Jens Holst, Krankenversicherung in Chile, Lage 2001, S. 16
- 16 Jens Holst, Krankheit kann den Ruin bedeuten, *Frankfurter Rundschau* 10.7.2001
- 17 Bei diesen Banken können Arme gegen sehr geringe Zinsen und fast ohne Sicherheiten Kleinkredite bekommen.
- 18 Christoph Strawe, Wem dient GATS?, *Contraste*, Oktober 2001, S.1, 7-8
- 19 Conclusion Of The 1st International Forum For The Defense Of The Health Of The People, Health as an essential Human need, a right of citizen and a public good, Porto Allegre, Brasilien, 29.-30.1.2002

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.bukopharma.de
 Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V.,
 August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
 Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Christian Wagner, Gopal Dabade, Christiane Fischer
 Drpuck: Off-Set, Bielefeld
 Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 15 € Institutionen- oder Auslandsabo 28 € 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 (BLZ480 501 61),
 Gesundheit & Dritte Welt e.V.
 Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.
 Der Inlandsauflage liegen Faltschichten zu Arzneimittelspenden und eine Ankündigung des nächsten BUKO Kongresses bei.

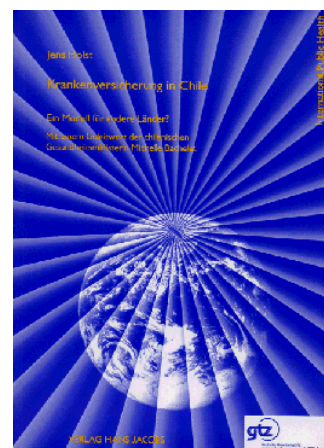


Der Pharma-Brief ist Mitglied der International Society of Drug Bulletin



Kranke Versicherung

Das Buch *Krankenversicherung in Chile – Ein Modell für andere Länder?* von Jens Holst enthält trotz seines nüchternen Titel brisante Informationen, die auch für die deutsche Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens wichtige Impulse bietet.



In Deutschland gibt es eine bislang wenig beachtete Diskussion im Privatisierungen im Gesundheitswesen, die meist als Aufspaltung der Versorgung in Pflicht- und Wahlleistungen daherkommt. Wer die fatalen Folgen einer Zerstörung der solidarischen Krankenversicherung betrachten will, ist mit dem Buch von Jens Holst hervorragend bedient. Denn die ChilenInnen wurden unfreiwillig (unter der Pinochet-Diktatur) zum Versuchsobjekt wirtschaftsliberaler Ansätze und das bedeutete eben auch die Privatisierung der Krankenversicherung. Holst zeigt faktenreich und detailliert auf, wie die von oben verordnete Entsolidarisierung der sozialen Sicherung die unterprivilegierte Bevölkerungsmehrheit traf und immer noch trifft. Holst gelingt es, die komplexe Problematik auch für Laien verständlich darzustellen. Angesichts der internationalen Diskussion um die geplante Liberalisierung von sozialen Dienstleistungen unter dem GATS-Abkommen ist das Buch hochaktuell. (JS)

Jens Holst, *Krankenversicherung in Chile*, Verlag Hans Jacobs, Lage 2001, 144 Seiten, ISBN 3-932136-7, 34,90 €

Zum Nutzen der Kranken?

Der Global Health Fund

Der Global Health Fund zur Bekämpfung von Malaria, Aids und TB wurde im Januar 2002 auf Initiative des UN-Generalsekretärs Kofi Annan gegründet. Jedes Jahr sterben sechs Millionen Menschen an diesen drei Krankheiten. Sie sind für ein Viertel aller Todesfälle durch Infektionskrankheiten verantwortlich. Doch es scheint fraglich, ob der Global Fund tatsächlich geeignet ist, die Bekämpfung dieser Krankheiten zu verbessern.

Anlässlich des G8-Treffens in Genua im Sommer 2001 wurde in der Öffentlichkeit immense Kritik an der fehlenden Bekämpfung vom AIDS, der andauernden Verschuldung vieler Länder und an der weltweit wachsenden Armut laut. Diese Proteste förderten den Entschluss der UN-Vollversammlung Ende 2001, den Global Fund zur Bekämpfung von Aids, Malaria, und TB zu gründen. Damit wurde ein neues Instrument geschaffen, das durch *Public Private Partnerships* neue Geldquellen erschließen und das Geld effektiv an arme Länder verteilen soll. Laut Einschätzungen des Global Fund wären für die Gesundheitsprogramme jährlich zehn Milliarden US\$ notwendig.

Schon während der Planung des Global Fund äußerten viele NGOs Kritik an der Struktur und dem Aufbau des Global Fund. Insgesamt stellt sich die Frage, ob er die Gesundheitssituation der Menschen wirklich verbessern kann. Christian Aid,²⁰ Oxfam²¹ und das PHM (People's Health Movement)²² sind nur einige, die die Bedenken der Basis artikulieren.

Konkurrenz zu bestehenden Strukturen

Es existieren bereits bi- und multinationale (Entwicklungshilfe-) Strukturen, die die Aufgaben im Bereich Aids, Malaria und TB zum Teil erfüllen (darunter die eigens dazu gegründete UN-Organisation UNAIDS). Diesen Strukturen zu mehr Geldmitteln und zu mehr Effizienz zu verhelfen, ist dringend notwendig. Mit dem Global Fund wird eine neue globale Administration aufgebaut. Dies nimmt viel Geld, Zeit und Arbeitskraft in Anspruch, die ansonsten in Prävention und Therapie fließen könnte. Eine neue Struktur aufzubauen, garantiert zudem keine größere Effizienz und Transparenz.

Über die Anträge zur Förderung durch den Global Fund entscheidet der Vorstand auf Vorschlag des Technical Review Panel (TRP). Der Vorstand setzt sich aus zwei Blöcken zusammen:

- a) Sieben RegierungsvertreterInnen der Geberländer, ein Vertreter der Privatwirtschaft (*Anglo American plc*) und einE VertreterIn der Privatstiftungen (*Gates Foundation*).
- b) Sieben RegierungsvertreterInnen aus der Dritten Welt und je einE NGO-VertreterIn aus dem Norden und dem Süden

Insgesamt entscheiden also 18 Personen. Das soll in der Regel im Konsens geschehen. Wenn aber doch abgestimmt wird, muss in beiden Blöcken eine 2/3 Mehrheit erzielt werden. Damit kann jede Seite Entscheidungen blockieren.²³

Vertikale Gesundheitsprogramme

Der Global Fund ist ein vertikales Gesundheitsprogramm, das sich auf drei Krankheiten beschränkt und das als Top-Down-Modell organisiert ist: Entscheidungen werden oben getroffen, die Basisgruppen und Betroffenen haben so gut wie keine Möglichkeit der Einflussnahme darauf. Auf die jeweilige Gemeinschaft orientierte, kulturell angepasste Ansätze werden vermutlich kaum gefördert. Bereits in den 80er Jahren zeigten ähnliche so genannte *Selective Primary Health Care-Programme*, dass diese zwar oft in sich funktionieren, die Gesamtsterblichkeit aber nicht absenkten.²⁴ Diese Gefahr besteht auch bei den Programmen des Global Fund.

Finanzierung

Staatliche Gelder, die jetzt in den Global Fund fließen, werden längst nicht alle zusätzlich aufgebracht. In

vielen Fällen werden sie nur umverteilt und gehen der Entwicklungshilfe an anderer Stelle verloren. Die von Großbritannien in Aussicht gestellten 200 Millionen US\$ werden z.B. anderen Hilfsvorhaben entzogen. Deutschland hat 150 Millionen US\$ in Aussicht gestellt, davon werden 50 Millionen anderen Projekten entzogen. Weitere 50 Millionen sollen von der Industrie kommen und nur 50 Millionen sollen zusätzlich aufgebracht werden, ohne dass es dafür allerdings bisher einen Finanzierungsplan gibt.

Die Industrienationen haben sich bereits vor 30 Jahren dazu verpflichtet, 0,7% ihres Bruttonationalproduktes als Entwicklungshilfe zu geben. Die meisten sind davon jedoch weit entfernt, nur die Niederlande, Norwegen, Schweden, Luxemburg und Dänemark erfüllen diese Quote. Die EU-Staaten geben durchschnittlich 0,33%, Deutschland rangiert bei 0,27%, an letzter Stelle der G7 Staaten rangieren die USA mit 0,1%.²⁵ Würden die Staaten ihren Verpflichtungen nachkommen, könnten integrierte Programme zur Armutsbekämpfung im Sinne des WHO-Konzepts von Primary Health Care durchgeführt werden. Solche Programme würden sich an den lokalen Gegebenheiten orientieren, wären partizipatorisch und würden Aids-, Malaria- und TB-Programme mit einschließen.

Bisher gibt es Zusagen für insgesamt 2 Mrd. US\$, die im Verlauf von 5 Jahren für den Global Fund aufgebracht werden sollen. Davon stammen weniger als 6% aus privaten Mitteln, den Löwenanteil bringen Staaten auf.²⁶ Kofi Annan geht dagegen von einem Bedarf von 10 Mrd. US\$ *pro Jahr* aus! Eine tragische Unterfinanzierung des Vorhabens ist demnach vorprogrammiert – es wäre sinnvoller, wenn die Staaten ihrer Verpflichtung nachkämen und 0,7% ihres Bruttonationalproduktes in Entwicklungshilfe investieren.

Rechenschaftspflicht und (Un)Abhängigkeit

Bill Gates will 100 Millionen US\$ in den Global Fund geben, gleichzeitig erhält seine Stiftung einen Sitz im Vorstand des Global Fund. Zusätzlich ist einE VertreterIn der Industrie im Vorstand. Privatwirtschaftliches Spon-

soring eines solchen Programms birgt die Gefahr einer Einflussnahme der Industrie auf die Politik des Global Fund.

Verknüpfungen des Global Funds mit der Pharmaindustrie könnten auch dazu führen, dass unentbehrliche Arzneimittel nur von den Originalanbietern zu überteuerten Preisen gekauft werden. Dadurch würde der Aufbau einer unabhängigen lokalen Arzneimittelproduktion unterminiert, ein Großteil der Mittel würde an die Pharmaindustrie der reichen Ländern zurückfließen.

Eine entscheidende Frage ist, wem gegenüber der Global Fund rechen-schaftspflichtig ist. Er unterliegt nicht der Kontrolle der internationalen Staatengemeinschaft; die Möglichkeiten der Empfängerländer, Einfluss auf Entscheidungen zu nehmen, wird eher gering sein. Weiter stellen sich die Fragen: Was passiert, wenn Ländern ihrer Verpflichtung zur Ko-Finanzierung oder Projektauflagen nicht nachkommen? Fordert der Global Fund dann die Mittel zurück? Und was passiert, wenn die Geberländer die Mittel, die sie zugesagt haben, doch nicht zur Verfügung stellen? Gibt es Sanktionen?

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Diskussion um Finanzierung, Transparenz und Einflussnahme in den nächsten Monaten entwickeln wird. Die BUKO Pharma-Kampagne wird den Global Fund kritisch begleiten und Sie auf dem laufenden halten. (GD, CF)

20 www.Christian-aid.org.uk/indepth/0160aids/aids/e8aids.htm

21 www.oxfam.org.uk/policy/papers/e8/e8.html

22 www.pha2000.org

23 www.globalfundatm.org/publicdoc/1-Governance.pdf

24 Ben Winsner, Henri Luce, GOBI versus PHC? Some dangers of SPHC. *Social Science and Medicine*, Vol 26, No 9, 1988, S. 963-970

25 www.Christian-aid.org.uk

26 www.globalfundatm.org/files/Finacial-contributions.html, Stand 5.3.2002

Arzneimittel spenden?

Seit 1997 bemüht sich die DIFÄM²⁷-Arzneimittelhilfe und eine Reihe weiterer Organisationen die „Leitlinien für Arzneimittelspenden“ der Weltgesundheitsorganisation bekannt zu machen. Was konnte erreicht werden?

Die Verbände der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit richten inzwischen ihre Arbeit nach den Leitlinien aus. Ortsgruppen und Kirchengemeinden erreichte ein entsprechendes Faltblatt. vielerorts wurde das Sammeln von Arzneimitteln weitgehend eingestellt, so z.B. in Wolfenbüttel und Berlin. Die Dachverbände des pharmazeutischen Großhandels befolgen die Leitlinien. Die Dachverbände der Apothekerschaft unterstützen entsprechende Aufrufe. Apotheker ohne Grenzen Deutschland setzt sich sehr aktiv für die Verbreitung der Leitlinien ein.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt widmete ein Editorial im *Bundesgesundheitsblatt* dem Thema Arzneimittelspenden. Dieser Text wurde in einem Rundschreiben an alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg aufgegriffen. Der Arbeitsstab Humanitäre Hilfe der Bundesregierung fördert nur pharmazeutische Projekte von NROs, die sich zur Einhaltung der Leitlinien bekennen.

Der German Pharma Health Fund, eine Einrichtung des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller, unterzeichnete eine Gemeinsame Erklärung mit der Verpflichtung, „Arzneimittelspenden ausschließlich nach den Leitlinien anzufordern, anzubieten und zur Verfügung zu stellen“.

Der German Pharma Health Fund, eine Einrichtung des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller, unterzeichnete eine Gemeinsame Erklärung mit der Verpflichtung, „Arzneimittelspenden ausschließlich nach den Leitlinien anzufordern, anzubieten und zur Verfügung zu stellen“.

Gemeinsam mit der Bundesärztekammer und Ärzte ohne Grenzen publizierte DIFÄM ein Faltblatt „Arznei-

mittel spenden? Ein Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte“. Ein Infostand auf der Medica folgt.

Wer fehlt in dieser Aufzählung? E-mail vom Januar 2002: „Mein Vater ist Arzt, und hat Unmengen Medikamente und bekommt sie regelmäßig geliefert...“ Deshalb wurde für Privathaushalte ein weiteres Blatt gemeinsam mit Apotheker ohne Grenzen und pharmazeutischen Fachverbänden herausge-



Arzneimittelspenden sind eine gutgemeinte Hilfe, doch schaffen sie in den Empfängerländern meist Probleme. Mühsames Sortieren von fremdsprachig beschrifteten Medikamenten.

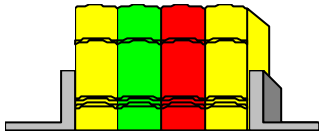
Foto: www.drugdonations.org

bracht. Beide Blätter liegen diesem Pharmabrief bei (nur Inland). Letztlich ist eine Lehrinheit zu diesem Thema für Studentinnen und Studenten der Medizin und Pharmazie in der Entwicklung.

Albert Petersen (DIFÄM)

Weitere Informationen: DIFÄM-Arzneimittelhilfe, Paul-Lechler-Str. 24, 72076 Tübingen, Email: AMH@difaem.de, www.drugdonations.org, Weitere Exemplare der Faltblätter können dort kostenlos angefordert.

27 Deutsches Institut für ärztliche Mission, Tübingen (Fachstelle der Evangelischen Kirche für Gesundheit)



Neue Bücher & Medien

Holding Corporations Accountable

International agierende Unternehmen haben einen enormen Einfluss auf die Lebensbedingungen und Gesundheit von Menschen überall auf der Welt. Ihre Aktivitäten werden meist nur vor Ort und oft mangelhaft kontrolliert, obwohl ihr Handeln doch global ist. In den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gab es eine Debatte über eine neue Weltwirtschaftsordnung. In diesem Zusammenhang wurde auch die internationale Kontrolle multinationaler Konzerne gefordert. Heute sind klare Regeln für das Verhalten von Konzernen nicht mehr gefragt, sondern es wird auf Selbstregulierung gesetzt. Judith Richter untersucht in ihrem Buch die Hintergründe dieses Paradigmenwechsels.

Als Beispiel dient ihr der WHO-Kodex für Muttermilch-Ersatzprodukte, der als eine der wenigen verbindlichen internationalen Regeln 1981 verabschiedet wurde. Anlass waren die skrupellosen Vermarktungsmethoden von europäischen Konzernen, die Millionen von Babys das Leben kosteten. Vor allem das International Baby Food Action Network (IBFAN) hat zur Schaffung des Kodex beigetragen. Doch damit war die Arbeit von IBFAN noch nicht zu Ende. Erst 21 Länder haben den Kodex ganz in nationale Gesetze umgesetzt. Noch heute sterben nach Schätzung der WHO jedes Jahr anderthalb Millionen Kinder, weil sie nicht gestillt werden. Der Markt für künstliche Babynahrung ist hart umkämpft und lukrativ: Er wird auf sechs Milliarden US\$ geschätzt.

Judith Richters Arbeit reicht aber weit über das konkrete Beispiel hinaus. Ein historischer Abriss beschreibt die Versuche, das Handeln von Konzernen zu kontrollieren und Gegenstrategien der Firmen. Judith Richter zeigt klar die krassen Demokratiedefizite in der gegenwärtig stattfindenden wirtschaft-

lichen Globalisierung auf, die mit viel leerer PR über die soziale und ethische Verantwortung von Konzernen begleitet wird. Dennoch ist das Buch keineswegs resignativ, denn es wird deutlich, dass durch Widerstand von kritischen Gruppen Veränderungen erzielt werden können. Sinnvolle Ansätze einer demokratischen Regulierung globalen wirtschaftlichen Handelns werden aufgezeigt. Bemerkenswert ist, dass Judith Richter das Buch im Auftrag des UN-Kinderhilfswerks UNICEF verfasst hat. (GD/JS)

📖 Judith Richter, *Holding Corporations Accountable*, Zed Books, London 2001, 241 Seiten, ISBN 1-85649-984-7, ca 23 € www.zedbooks.demon.co.uk

Das Roche Lexikon Medizin auf CD

Das Roche Lexikon kommt als Doppelpack: Ein Nachschlagewerk mit 60.000 Einträgen plus eine Rechtschreibprüfung für den PC. Der Inhalt des Lexikons entspricht der gedruckten Ausgabe. Die Erklärungen sind in der Regel knapp, aber verständlich gehalten. Die fehlertolerante Suche ist ein Plus für medizinische Laien. Und es ist viel einfacher, die Erklärung von Ausdrücken, die man im Lexikoneintrag nicht versteht, durch Mausclick anzuzeigen, als umständlich in einem Buch zu blättern. Durch logisch angeordnete Schaltflächen kommt man schnell wieder zu seinem ursprünglichen Stichwort zurück.

Ein gefundener Lexikoneintrag kann in die Zwischenablage kopiert werden und somit in jeden beliebigen Text eingefügt werden. Die CD muss immer im Laufwerk bleiben – ansonsten läuft das Lexikon nicht. Das kann lästig sein, wenn man das CD Laufwerk auch noch für andere Zwecke benötigt.

Roche Rechtschreibprüfung

Die Rechtschreibprüfung funktioniert mit Word einwandfrei. Die Anzahl und Sinnhaftigkeit der Vorschläge ist abhängig von der einstellbaren Treffergenauigkeit. Das ist eine nützliche Option: Auch mit einer nur ungefähren Ahnung der Schreibweise lässt sich das passende Wort noch finden. Wenn man auch das Lexikon besitzt, kann man sich durch zwei Mausclicks zusätzlich

jeden Fachbegriff erklären lassen. Das Programm ist ein kleiner Speicherfresser: Wenn der Computer nicht allzu schnell ist oder wenig Arbeitsspeicher besitzt, wird die Textverarbeitung deutlich träger. (JS)

- ⊙ Roche-Lexikon Medizin mit Rechtschreibprüfung CD, Urban & Fischer, ISBN 3-437-15071-5, Preis: 49,95 €
- ⊙ Roche Rechtschreibprüfung CD, Urban & Fischer, ISBN 3-437-15071, Preis 34,95 €



Aktionen

Aids-Kampagne gegründet

Am 8. und 9.3. trafen sich in Wuppertal zahlreiche kirchliche und gesundheitspolitische Gruppen zur Auftaktveranstaltung der deutschen Aids-Kampagne. Die BUKO Pharma-Kampagne gehört zu den Gründungsmitgliedern. In einem Appell fordert die Kampagne die Bundesregierung auf jährlich 350 Millionen US\$ für die Bekämpfung der Aids-Pandemie und zur Aids-Prävention zur Verfügung zu stellen. Alle nationalen und internationalen Gremien sind aufgerufen, sich dafür einzusetzen, dass das Menschenrecht auf Leben und Gesundheit, wirtschaftlichen Interessen vorgeordnet wird. Die Aids-Kampagne möchte eine breite Öffentlichkeit erreichen und hat sich die Erfolge der Entschuldungskampagne zum Vorbild genommen. Der Appell wurden bereits von 30.000 Menschen unterzeichnet. (CF)

Informationen und den Appell erhältlich bei: Aids-Kampagnenbüro, DIFÄM, Postfach 11307, 72003 Tübingen, Tel: 07071-206-504, Fax: 07071-206-510, e-mail: aids-kampagne@difaem.de Homepage: www.aids-kampagne.de



Aus aller Welt

WHO nennt Preise

Ein wichtiger Schritt zu billigeren AIDS-Medikamenten: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat begonnen zuverlässige Anbieter von AIDS-Medikamenten aufzulisten und bietet einen Preisüberblick.²⁸

Mit diesem Schritt wagt die UN-Organisation die Konfrontation mit den großen Pharmamultis. Denn auch Generika-Hersteller, darunter die für billige Medikamente bekannte indische Firma Cipla, sind in der Liste vertreten. Die WHO listet Informationsquellen für Preisvergleiche. (JS)

Lipobay – Mehr Tote

Durch den Blutfettsenker Cerivastatin (Lipobay®) sind mehr Menschen gestorben als bislang bekannt.

Wir berichteten über den Arzneimittelskandal ausführlich.²⁹ Die Bayer AG korrigierte die Zahl der Toten kürzlich nach oben: Etwa 100 Menschen starben an Cerivastatin. Etwa 1.600 PatientInnen erlitten einen Muskelzerfall, sind aber nicht daran gestorben.³⁰

Keine Generika - Automatik

Die Verschreibung preiswerter Generika statt teurer Originalprodukte schlägt in Deutschland Wellen. In Australien hat die Industrie clevere Wege gefunden, die Generika-Verschreibung zu verhindern.

Hierzulande wird über die gerade eingeführte „aut idem“ Regelung diskutiert. Ein Blick nach down under ist instruktiv, um zu sehen was uns noch erwartet. Die Pharmaindustrie hat dort

bei der beliebtesten Praxis-Software *Medical Director* nicht nur Anzeigen neben dem elektronischen Rezept platziert, sondern auch das Kreuzchen „Keine Generika-Substitution erlaubt“ standardmäßig aktiviert. Auf den normalen Rezeptblöcken ist das Kästchen natürlich erst mal leer. Pikanterweise hat die australische Regierung diese Software subventioniert, aber keine Standards gesetzt, denen sie genügen müsste.³¹ Australische ÄrztInnen, die sich über diese Art von Beeinflussung ärgern, erarbeiten gerade eine frei zugängliche Software, die anzeigefrei ist.³² (JS)

Erfolg in Südafrika

Seit mehreren Jahren kämpft die Treatment Action Campaign (TAC) für das Recht auf Behandlung von AIDS-Kranken. Jetzt erzielte sie einen Teilerfolg vor Gericht.

Nach einem zweiten Urteil des höchsten Gerichts muss die südafrikanische Regierung allen schwangeren Frauen, die HIV-positiv sind, Medikamente gegen die Übertragung von Aids auf das Neugeborene zur Verfügung stellen. TAC hatte auf sofortigen Vollzug geklagt, nachdem ein Bericht der Regierung die Behandlung in 18 Pilotprojekten positiv bewertet hatte. Die Richter urteilten, dass die Behandlung mit Nevirapine in allen staatlichen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden kann, bei denen HIV-Tests und Beratung sichergestellt sind. Der Sofortvollzug wurde angeordnet, obwohl die Regierung vor dem Verfassungsgericht gegen das erste Urteil zugunsten von TAC klagt.³³

Deutschland

Wo bleibt Positivliste?

Deutschlands zweiter Anlauf zur Schaffung einer Positivliste für Arzneimittel ist fast abgeschlossen. Noch vor den Sommerferien könnte es so weit sein: Die Positivliste wird veröffentlicht.

Jetzt müssen nur noch die Wirkstoffnamen um eine Liste der Markenpro-

dukte ergänzt werden. Auch die Kasernenärztliche Bundesvereinigung hat sich deutlich für die Liste ausgesprochen. Es gibt keinen sachlichen Grund mehr, die Liste weiter zu verzögern. Wir hoffen, dass die Regierung nicht kurz vor der Wahl der Mut wieder verlässt. Denn Verbesserungen in der Arzneimitteltherapie lassen sich nur mit entschiedenen Schritten erreichen. BürgerInnen haben einen Anspruch auf wirksame und sichere Medikamente, die Positivliste ist ein wichtiger Schritt dahin. (JS)

Keine Sucht mehr?

In Deutschland steht das Frühwarnsystem Sucht (FWS) vor dem Aus. Es hat bei zahlreichen Medikamenten eine suchterzeugende Wirkung belegt.

Durch systematische Befragung von SuchtpatientInnen hat das FWS seit 1976 viele neue suchtrelevante Substanzen erfasst. In den vergangenen Jahren wurde die bessere Kontrolle (Rezeptpflicht) oder sogar der Rückzug von riskanten Substanzen – wie z.B. das viel missbrauchte Ephedrin – erreicht. Jetzt wollen die zuständigen öffentlichen Stellen das FWS nicht länger finanzieren. Eingespart werden dadurch ca. 250.000 € *Der Arzneimittelbrief* schreibt dazu: „Sein Nutzen war für viele weitaus größer.“³⁴ (JS)

28 www.who.int/inf/en/pr-2002-19.html

29 bewusste Verantwortungslosigkeit. Was lehrt der Fall Lipobay? *Pharma-Brief* 6/2001, S. 1-3

30 *arznei-telegramm* 2/2002, S. 22

31 Ken Harvey, Further dirty tricks in Australia: the battle continues, *Pharm-policy* 5.8.2001

32 www.enumed.org

33 Judge Gives TAC Interim Relief in MTCTP Court Case. Information von TAC 11.3.2002

34 Das Frühwarnsystem Sucht – ein effektives Instrument verstimmt, *Der Arzneimittelbrief* Februar 2002, S. 15

Das Letzte

„Weil Armut das Hauptproblem beim Zugang zu Medikamenten darstellt, ist langfristig sicher die beste Lösung mit dem Problem umzugehen, reich zu werden.“

Richard Tren, The Boys From Brazil, *Wall Street Journal* 25.2.2002