

PHARMA- BRIEF



Nr. 3

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

Mai/Juni 2002

Health Action International (D)

ISSN 1618-0933

Editorial

Pharma-Werbung: Patienten lassen sich nicht vor den Karren der Industrie spannen

Mit einer geschickt eingefädelten Diskussionsrunde zur „Arzneimittelinformation“ hat der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VFA) versucht, PatientInnenverbände als Lobby gegen das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel einzusetzen. Doch das Vorhaben wurde durch kritische Gruppen vereitelt. Die Patienten ließen sich nicht als „Fußtruppen“ der Industrie einspannen.

Zu einem Round-Table „Der informierte Patient“ hatte der VFA Patientengruppen am 19. April nach Berlin eingeladen. Das klang unverdächtig, denn bessere Information muss doch in jedermanns Interesse liegen. Doch der wahre Zweck der Veranstaltung war, PatientInnengruppen als politische Waffe einzusetzen, damit die Industrie endlich öffentliche Werbung für ihre neuen teuren Medikamente machen kann. Bislang ist dies verboten, denn es handelt sich um potente rezeptpflichtige Mittel mit teilweise erheblichen Nebenwirkungen. Deshalb dürfen solche Medikamente auch nur durch ÄrztInnen verschrieben werden.

Die Industrie möchte nach dem Vorbild der USA PatientInnen gern direkt beeinflussen. Dort ist seit einigen Jahren solche Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel bei Laien erlaubt – mit drastischen Folgen für die Gesundheitsversorgung: die Ausgaben explodieren, denn es gibt zahlreiche Wunschverschreibungen.

Da die Pharmahersteller wenig Chancen sehen, ihre Werbevorhaben allein durchzusetzen, bemühen sie sich, Patienten für ihre Interessen einzuspannen. Die Veranstaltung des VFA ist ganz offensichtlich Bestandteil einer Strategie, die beim Verband der britischen Industrie (ABPI) schon im Jahr 2000 durchsickerte:

„Die ABPI hat angekündigt, dass sie nun die Schlussphase ihrer Kampagne einleitet, bevor sie die Regierung und die EU frontal angreift. [...] Es ist die Speerspitze einer sorgfältig durchdachten Kampagne. Der Schlachtplan der ABPI sieht vor, Fußtruppen in Form von Patientenselbsthilfegruppen, wohlgesonnener medizinischer Öffentlichkeit und Gesundheitsberufe – auch ‚Stakeholder‘ genannt – einzusetzen. Sie sollen eine Debatte über den informierten Patienten anführen. Der Effekt wird eine Schwächung der politischen, ideologischen und professionellen Widerstände sein. [...] Dann wird die ABPI mit Präzisionsschlägen

Liebe LeserInnen,
in dieser Ausgabe geht es viel um versteckte Beeinflussung durch die Pharmaindustrie. Aktueller Anlass ist ein dreister Manipulationsversuch des größten Industrieverbandes VFA, der PatientInnen für seine Vermarktungsinteressen einzuspannen versuchte (siehe Leitartikel). Laienwerbung für rezeptpflichtige Werbung dient jedoch dem Umsatz und nicht der Gesundheit. Auf S. 7 geht es um ganz „normale“ Zeitungsartikel, die sich (unfreiwillig) zum Werbeträger machen.

Wir informieren über den Zugang zu AIDS-Medikamenten. Dabei geht es um die hohen, nur langsam sinkenden Preise und um ein Spendenprogramm von Boehringer Ingelheim.

Eine abwechslungsreiche Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

- **AIDS-Arzneimittelspende:**
Besser als nichts 3
- **AIDS-Medikamente:**
Im Preisdschungel..... 5
- **Beeinflussung:**
Redaktionelle Werbung..... 7

gegen Regulierungsbehörden in Whitehall und Brüssel durchmarschieren.“¹

Dieses Zitat führte auf der Veranstaltung zu erheblichem Unmut bei zahlreichen PatientenvertreterInnen. „Wir haben ja geahnt, dass noch andere Interessen hinter dieser Veranstaltung stecken – aber dass wir hier für die Interessen der Pharmaindustrie missbraucht werden sollen, ist schockierend“, beschwerte sich der Vertreter einer Selbsthilfegruppe. Denn eingeladen waren sie vom VFA zu einer Veranstaltung zum Thema Zugang zu Information und nicht zur Förderung der Werbung. Dieser schwammige Umgang mit den Begriffen Information und Werbung ist gewollt. Das Recht der PatientInnen auf Information will die Pharmaindustrie missbrauchen, um mehr Werbung durchzusetzen. Allerdings hütet man sich, das auch in der Öffentlichkeit zuzugeben. Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des VFA, gab sich alle Mühe, den Anwesenden zu erklären, die Industrie wolle keine „plumpe Werbung“, sondern eine „Liberalisierung der Informationsweitergabe“. Deshalb sei es völlig ungerecht, die geplante Gesetzesänderung nur auf die drei Krankheiten AIDS, Diabetes und Asthma zu beschränken. Yzer spricht von einer „gravierenden Diskriminierung von Patienten mit anderen Krankheiten“. – Es ist doch bedauerlich, wenn die Industrie erst mal nur einige PatientInnengruppen manipulieren darf.

„USA hat eine andere Kultur als Europa...“

Kritiker wiesen darauf hin, dass die geplante Lockerung des Werbeverbots der Türöffner für eine massive Direktwerbung sei, wie sie bereits in den USA betrieben wird. Denn auch dort kam die Einführung von Fernsehspots für verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht auf einen Schlag, sondern schrittweise. Am Anfang stand die Genehmigung von „Informationen“ in Form von so genannten *disease awareness campaigns*: Pharmaunternehmen wurde erlaubt, ohne Nennung eines Produktnamens darauf hinzuweisen, dass es für eine bestimmte Krankheit Medikamente gebe und man doch den Arzt fragen solle, ob er nicht weiterhelfen kann. Natürlich waren die Ärzte

zuvor von Pharmareferenten auf die „richtigen Ratschläge“ vorbereitet worden. Weitere Lockerungen führten 1997 zur jetzt gültigen umfassenden Genehmigung von Direktwerbung (DTCA). Yzer versuchte zu beschwichtigen, damit wolle die europäische Pharmaindustrie nichts zu tun haben: „Die USA hat eine andere Kultur als Europa“. Was sie dabei verschweigt: der Pharmamarkt ist international und auch die europäischen Multis verdienen kräftig auf dem US-Markt, natürlich auch mit Direktwerbung bei Laien. Die dortigen Marketingstrategien haben sich als sehr lukrativ erwiesen und die Arzneimittel Ausgaben geradezu explodieren lassen. Was liegt da näher, als dieses Erfolgsrezept auch in Europa einzuführen?

Pharmaindustrie als gute Informationsquelle?

„Arzneimittelhersteller garantieren die besten Informationen“ – diese Behauptung von Cornelia Yzer hat mit der Realität endgültig nichts mehr zu tun. Mit ihrer aggressiven Vermarktungspolitik disqualifiziert sich die Pharmaindustrie kontinuierlich als „Informationslieferant“ (siehe z.B. *Pharma-Brief* 2/2002: Korruptierte ÄrztInnen). Wer will glauben, dass die PatientInnen mit ausgewogenen Informationen versorgt werden sollen, wenn schon medizinische Fachkreise manipuliert und desinformiert werden? Kein Hersteller wird über Konkurrenzprodukte informieren oder Vergleiche anstellen, was kostengünstiger oder wirksamer ist. Für die Pharmaindustrie sind umsatzstarke „Blockbuster“ zum Schlüssel für die Zufriedenheit der AktionärInnen geworden: sie sichern exorbitante Gewinne. Gute Information ist da nur hinderlich, sie führt in vielen Fällen zur Nutzung bewährter (und meist kostengünstiger) Präparate.

Gesicherte Qualitätsstandards

Um einen gewissen Qualitätsstandard der Information bzw. Werbung zu sichern, sieht die geplante Gesetzesänderung der Europäischen Kommission zwei Kontrollinstanzen vor. Zum einen soll sich die Industrie mit einem eigenen Verhaltenskodex selbst kontrollieren, zum anderen sollen die „Produktinformationen“ der Pharmafirmen einer

Genehmigungspflicht der Zulassungsbehörde EMEA unterliegen. Was nach dreißig Tagen nicht abgelehnt wurde, soll als genehmigt gelten.

Ob diese Überwachung funktioniert, muss angesichts der bisherigen Erfahrungen stark angezweifelt werden. Aggressive Pharmawerbung wird in vielen Ländern praktiziert, richtig erlaubt ist sie nur in den USA und Neuseeland. In den USA fungiert die Arzneimittelbehörde FDA als Kontrollinstanz, und die ist dringend nötig: 1998 verstieß mehr als die Hälfte der im Fernsehen beworbenen Produkte gegen die gesetzlich festgelegten Standards.² Die Kontrolle wird allerdings immer schlechter: aufgrund der stetig anschwellenden Werbeflut ist das vorhandene Personal nicht mehr ausreichend. In Neuseeland dagegen wird auf die Selbstkontrolle der Industrie gesetzt. Trotz einer freiwilligen Vorprüfung verstießen 5 von 6 Fernsehspots und jede vierte Anzeige in Printmedien gegen das Arzneimittelgesetz.³

Dass die Selbstkontrolle auch in Europa nicht so gut funktioniert, zeigt die Arbeit der niederländischen Kontrollbehörde, die extra für die Überwachung der Pharmawerbung eingesetzt und mit staatsanwaltlichen Vollmachten ausgestattet wurde (siehe *Pharma-Brief* 2/2002). Die Behörde hat trotz 330 MitarbeiterInnen so viel zu tun, dass aufgrund Personalmangels eine vernünftige Weiterarbeit in Gefahr ist.⁴ Inzwischen wird auch im deutschen Gesundheitsministerium darüber nachgedacht, Verstöße gegen die bestehenden Werbegesetze verstärkt zu kontrollieren.

Neuere Vorfälle in Russland verdeutlichen, dass amerikanische Werbemethoden durchaus nicht auf die USA beschränkt sind. In Russland waren im vergangenen Jahr die Pharmagiganten Knoll/BASF und Roche mit ihren Werbemethoden unangenehm aufgefallen. Die verschreibungspflichtigen Schlankheitspillen Meridia (Sibutramin) und Xenical wurden in Massenmedien beworben, telefonische Beratung über Hotlines entpuppte sich als „sehr aggressive Telefonwerbung“, in einigen Fällen wurden sogar Bestellungen für die rezeptpflichtigen Medikamente direkt über die Hotline abgewickelt. Nach heftigem Protest von

russischen Verbraucherschutzverbänden erklärten die betroffenen Firmen, diese illegale Praxis einzustellen, was allerdings bisher nicht in allen Fällen geschehen ist.⁵

Es gibt genug Gründe, die eindeutig gegen eine Lockerung des Werbeverbots sprechen. Im Gegenteil, in vielen Bereichen ist eine Verschärfung der Regeln und der Kontrolle bitter notwendig. Dennoch besteht die Gefahr, dass sich Patientengruppen für die Interessen der Pharmaindustrie einspannen lassen. Teils verkennen sie die Tatsache, dass sich die Interessen von Industrie und Patientengruppen in wichtigen Punkten unterscheiden („Werbung ist doch in Ordnung, wenn Patienten an der Werbepaltung beteiligt werden“, so ein Patientenvertreter auf dem VFA-Symposium); teils sorgen z.B. finanzielle Abhängigkeiten für eine hohe Hemmschwelle, sich öffentlich von der Geschäftspolitik der Pharmaindustrie zu distanzieren. Ganz zu schweigen von so genannten Patientengruppen, die direkt von der Industrie gegründet werden. Es ist sehr wichtig, zu erkennen, dass eben nicht alle „in einem Boot sitzen“: Was den Balancen der Pharmaindustrie gut tut, ist oft nicht gut für PatientInnen und Gesundheitssystem. PatientInnen haben ein Anrecht auf Information, aber mit Werbung hat das nichts zu tun. (CW)

- 1 M.Jeffris, The mark of Zorro. Pharmaceutical Marketing May 2000, 4-5
- 2 C.Koerner, US FDA. Division of Drug Marketing, Advertising and Communications. The Regulation of Direct-to-Consumer Promotion of Prescription Drugs. Presentation at Health Canada Multi-Stakeholders' Consultation on Direct-to-Consumer Advertising. Aylmer, Québec. April 14, 1999
- 3 P. Pratt, Assessment of Regulatory Compliance for Medicines Advertised Direct to Consumer. Medsafe. New Zealand Ministry of Health. Wellington, 2000
- 4 Controle op reclame marketing medicijnen in gevaar. spitsnet, 18.5.2002
spitsnet.nl/amp/GEZOND/375799.shtml
- 5 Interrepublican Confederation of Consumers' Societies (KonfOP), Russland. Persönliche Mitteilung



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

Besser als nichts, aber nicht genug

Die Arzneimittelspende von Boehringer Ingelheim

Viele Kinder in Afrika werden bereits HIV-positiv geboren, weil ihre Mütter das Virus in sich tragen. Mehrere AIDS-Medikamente können das Risiko dieser Mutter-Kind Übertragung von AIDS (MTCT) verringern, so auch Nevirapine von Boehringer Ingelheim. Die Firma hatte im Juli 2000 angekündigt, das Mittel für MTCT kostenlos abzugeben.⁶ Die BUKO Pharma-Kampagne hatte Ende 2000 die Aktion von Boehringer kritisiert: Die Spende sei begrenzt, die sichere Anwendung nicht gewährleistet und die Mütter sterben trotzdem.⁷ Eine Reihe von Bedenken wurde ausgeräumt, aber das grundlegende Problem des fehlenden Zugangs zu AIDS-Medikamenten besteht weiter. Der folgende Beitrag fasst die Entwicklungen zusammen.

Nevirapine ist ein Medikament von Boehringer Ingelheim, das für die Behandlung von AIDS-Kranken im Rahmen der so genannten Tripeltherapie⁸ entwickelt wurde. Eine Tagesdosis wurde von der Firma für 16 US\$ angeboten.⁹ Zwei Studien zeigten später, dass Nevirapine die Häufigkeit der Übertragung von HIV von der Mutter auf das Neugeborene verringert (MTCT). Als Reaktion auf die internationale Kritik an hohen Preisen entschloss sich Boehringer Ingelheim, das Medikament für diesen Anwendungszweck zu spenden.

Reichweite des MTCT Programms

Ursprünglich war der Eindruck entstanden, Boehringer Ingelheim würde die Spende auf wenige afrikanische Länder beschränken. Die Firma hat klargestellt, dass über 100 arme Länder für das Programm in Frage kommen. Abgewickelt wird das Vorhaben von einer Consulting-Firma, die letzte Entscheidung über Spenden liegt aber bei Boehringer Ingelheim.

800.000 Kinder infizieren sich jährlich mit HIV, fast alle in armen Ländern.¹⁰ UNAIDS schätzt, dass sich 60% davon (480.000 Kinder) vor oder während der Geburt anstecken.¹¹ Bei einer MTCT-Übertragungsrate von 25%¹² müssten also 1,9 Millionen Mütter pro Jahr behandelt werden.

Anderthalb Jahre nach der Ankündigung der Spende wurden von Boehringer Ingelheim für 23 Länder insgesamt erst 60.000 Behandlungseinheiten zur Verfügung gestellt.²¹ Das ist angesichts von fast zwei Millionen betroffenen

Mütter nicht viel. Mit dieser Menge könnte man gerade 164 Erwachsene ein Jahr lang behandeln.

Die Begründung von Boehringer Ingelheim für die geringe Inanspruchnahme des Angebots: Es sei schwierig für die Länder, Programme gegen die Mutter-Kind Übertragung von HIV durchzuführen. Ein Grund liegt sicher darin, dass die Kosten für das Medikament nur einen Bruchteil der Kosten ausmachen. Planung, Infrastruktur, HIV-Test und Beratung machen z.B. in Südafrika 93% der Kosten für das MTCT-Programm aus, der Kauf der notwendigen Medikamente würde nur 7% der Kosten verursachen.¹³

Ministerium für PR eingespannt

Außerdem hatte die Firma eine große PR-Aktion für ihr so genanntes Public Private Partnership mit dem deutschen Entwicklungshilfe-Ministerium (BMZ) gemacht. Dies hatten wir u.a. wegen der geringen Reichweite und des kläglich geringen Beitrages der Firma zu den Kosten kritisiert. Das Projekt wurde nach Auskunft von Boehringer Ingelheim im Sommer 2001 begonnen. Unserem Vorwurf, dass die Firma mit einer Kostenbeteiligung von 1,2% einen zu vernachlässigenden Beitrag leistet, wurde nicht widersprochen.

Bedenken berücksichtigt

Erhebliche Bedenken bestanden auch in der Art der Spende. Vor allem frühe Pressemitteilungen der Firma ließen den Verdacht aufkommen, dass Nevirapine unterschiedslos bei allen Schwangeren eingesetzt werden sollte,

also ohne AIDS-Test. Diesen Bedenken ist die Firma entgegen gekommen, weil sie die Spende ausdrücklich an einen HIV-Test und eine Beratung der werdenden Mutter bindet.¹⁴ Zusätzlich verlangt, die Firma, dass für Nevirapine eine Zulassung im Empfängerland vorliegt.

Es wird zwar darauf hingewiesen, dass möglicherweise existierende Mutter-Kind Programme gestört werden könnten, aber Nachhaltigkeit ist bei dem Spendenprogramm „weniger wichtig“.

Sicherheit

Nevirapine ist ein relativ neues Medikament mit erheblichen unerwünschten Wirkungen, darunter auch einigen Todesfällen.¹⁵ Ob es risikoreicher ist als andere AIDS-Medikamente, ist bislang unklar. UNAIDS empfiehlt dennoch wegen des potentiell großen Nutzens für die Neugeborenen die Anwendung von Nevirapine.¹⁶

Die Nutzen-Risiko-Abwägung für den Einsatz beruht auf dem Einsatz bei relativ wenigen Müttern und Kindern. Deshalb ist es nötig, unerwünschte Wirkungen zu erfassen. Das südafrikanische MTCT-Programm sieht deshalb richtigerweise eine Überwachungskomponente vor. Bei dem Boehringer-Programm konnten wir keine solche Komponente erkennen.

Ein weiteres Bedenken ist die mögliche Resistenzentwicklung gegen Nevirapine durch die einmalige Gabe.¹⁶ Solange die Mütter und Kinder anschließend nicht weiter behandelt werden, ist dies allerdings nur ein theoretisches Problem.

Eine billige Lösung?

Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Spendenpolitik von Boehringer Ingelheim war die Beschränkung auf die Mutter-Kind Übertragung. Zwar überleben mehr Kinder, aber ihre HIV-positiven Mütter (und Väter) sterben weiterhin. Auch ihnen könnte das Medikament als Bestandteil der Tripeltherapie helfen.

Für die Verhinderung von MTCT braucht man die Tagesdosis für einen Erwachsenen, d.h. Nevirapine als Teil der Erwachsenentherapie kostet jährlich

das 365fache. Der Vorwurf an die Firma, mit einer Teillösung preiswerte PR zu machen, bleibt bestehen.

Kinder überleben - Eltern sterben

Zwar beteiligt sich die Firma an dem *Accelerating Access to HIV Care* Programm von sechs Konzernen, die AIDS-Medikamente herstellen, aber das bedeutet nur eine Preissenkung.¹⁷ So wird eine Tagesdosis Nevirapine von Boehringer Ingelheim nun für 1,60 US\$ statt 16 US\$ angeboten.⁹ Das bedeutet aber immer noch, dass allein die Behandlung mit Nevirapine als einem der drei Medikamente der Tripeltherapie fast 600 US\$ kostet. Dagegen liegt das günstigste Angebot indischer Firmen für die gesamte Tripeltherapie unter 300 US\$.

Das Vorgehen der Firmen ist nicht unumstritten, denn ausgehandelt wird der Preis von Land zu Land neu. Am Beispiel Senegal, das die Firma selbst hervorhebt,¹⁸ zeigt sich die Begrenztheit eines solchen Ansatzes.

In Senegal gibt es 80.000 HIV-Positive. Ende 2000 wurden 164 Menschen behandelt, nach dem Angebot von *Accelerating Access* Ende 2001 sollten es 550 sein. Erst für 2007 ist geplant, 25-30% der Behandlungsbedürftigen mit Medikamenten zu versorgen.¹⁸ Eine Ursache ist der immer noch hohe Preis von über 1000 US\$, den die Firmen verlangen.

Verborgene Bedingungen?

Zwangslizenzen sind für arme Länder eine unverzichtbare Möglichkeit, sich wichtige Arzneimittel billig zu beschaffen. Ein führender Boehringer-Mitarbeiter hatte Ende 2000 behauptet, Zwangslizenzen und Medikamentenspenden gingen nicht zusammen.¹⁹ Die Firma hatte sich an der Klage gegen Südafrikas Versuch, sich preiswerte Medikamente zu verschaffen, beteiligt.²⁰ Die Klage ist inzwischen zurückgezogen. Ob die Arzneimittelspende oder reduzierte Preise an den Verzicht auf Zwangslizenzen geknüpft sind, lässt sich nicht konkret nachweisen. Boehringer betont jetzt aber ausdrücklich: „Wir haben keinerlei Restriktionen mit der Arzneimittelspende verbunden.“²¹

Was muss passieren? Preise senken.

Letztlich kommt es darauf an, dass wichtige Medikamente für die AIDS-Therapie zu bezahlbaren Preisen zur Verfügung stehen. Deshalb ist der Wettbewerb um niedrige Preise wichtig (siehe auch *Im Preisdschungel der AIDS-Medikamente*, S. 5). Es hilft nur begrenzt, Nevirapine für ein kleines Anwendungssegment kostenlos zur Verfügung zu stellen, ansonsten aber zu einem zwar gesenkten, aber für viele Länder immer noch prohibitiven Preis anzubieten. (JS)

- 6 www.boehringer-ingelheim.co.uk/news/ndetail_iul00-5.html
- 7 Nevirapine für Afrikas Babys? *Pharma-Brief* 8/2000, S. 1f.
- 8 Die gleichzeitige Behandlung mit drei unterschiedlichen Wirkstoffen, um die Viruslast stark zu senken und Resistenzbildung zu verzögern.
- 9 Die Armen subventionieren, *Der Spiegel* 2.5.2001
- 10 UNAIDS, Global summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2001
www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_en.pdf
- 11 UNAIDS Press release 25.10.2002
www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc00/ge_neva251000.html
- 12 Claire Thorne, Marie-Louise Newell, *Epidemiology of HIV infection in the newborn, Early Human Development* 58 (2000) p. 1-16
- 13 Karen Zwi/ Neil Söderlund, Editorial, *British Medical Journal* 10.6.2000, S. 1551-1552
- 14 „It is of critical importance that any programme to prevent mother-to-child transmission addresses the issues of antenatal care, voluntary counselling and testing, delivery of VIRAMUNE® and infant feeding strategies, as well as care for the mother and children. Without these four components, the feasibility and relevance of the intervention may be compromised.“ Axios International, The Viramune Donation Programme Criteria for Reviewing Applications www.viramune-donation-program.org/en/faq/criteria_for_appl.cfm
- 15 US FDA Important Drug Warning, Re: Severe, life-threatening and fatal cases of hepatotoxicity with VIRAMUNE® November 2000
www.fda.gov/medwatch/safetv/2000/viramune.htm
EMEA public statement on Viramune (Nevirapine) www.emea.eu.int/pdfs/human/press/bus/1126000EN.pdf
- 16 UNAIDS Press Release 25.10.2000 Preventing Mother-to-Child HIV Transmission
www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc00/ge_neva251000.html
- 17 Boehringer Ingelheim Press release, 30.11.2001 World AIDS Day 2001 - Progress in the Battle against AIDS www.boehringer-ingelheim.com/corporate/asp/news/ndetail.asp?ID=207
- 18 Boehringer Ingelheim, Senegal: Progress in the Fight Against HIV/AIDS through Partnership, 22 November 2001 www.boehringer-ingelheim.com/corporate/asp/news/images/WorldAIDSday_2001_Senegal.doc
- 19 Vortrag von Dr. Laudien, Boehringer Ingelheim auf der MSF Tagung Gesundheit - Opfer der Globalisierung, Berlin 17.11.2000
- 20 Niederlage mit Symbolwert, *Pharma-Brief* 4/2001, S. 1-3
- 21 Brief von Boehringer Ingelheim an die BUKO Pharma-Kampagne vom 31.1.2002

Im Preisdschungel der AIDS-Medikamente

Es geht auch anders

Auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2000 in Genf erklärten VertreterInnen der Pharmaindustrie, die Preise für unentbehrliche patentgeschützte AIDS-Medikamente um 80% zu senken. Dies war eine gelungene PR-Aktion. Der Zugang zu diesen lebensnotwendigen Medikamenten hat sich seitdem für die Armen nur unwesentlich verbessert.

Die Absenkung der Preise für die Tripel-Therapie erfolgte durch die Konkurrenz der Generika-Anbieter, hauptsächlich indischer Herkunft, wie Tabelle 1 zeigt.

80% Preisreduktion für AIDS-Medikamente, das klang beachtlich und tatsächlich brachen die Preise der Originalanbieter im September 2000 ein. Doch so großspurig das Industrieversprechen vor zwei Jahren tönte, so klein waren die Auswirkungen für die Armen, denn die Pharmaindustrie legte sich nicht darauf fest, für welche Länder und für welchen Zeitraum der Preis reduziert werden soll. Dies wird für jedes Medikament und von jeder Firma jeweils anders festgelegt.

Eine globale Preissenkung wurde seitens der Industrie kategorisch ausgeschlossen, so dass die Industrie Verhandlungen mit jeder einzelnen Regierung führen kann und die Ergebnisse nicht einfach auf ein anderes Land übertragen werden können. Deshalb gelten Preissenkungen in einem Land nur für den öffentlichen Sektor, in einem andern auch für Hilfsorganisationen und in einem dritten auch für den privaten Sektor. Die Gesamtsituation wird dadurch immer undurchsichtiger.

Bisher hat Indien das Abkommen zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS), das den Patentschutz für Arzneimittel regelt, noch nicht ratifiziert. Daher konnten indische Arzneimittelfirmen wie z.B. Cipla und Ranbaxy die Standardtherapie bei HIV-Infizierten, die 10.000 US\$ / Jahr kostete 1998 für 800 US\$ / Jahr und inzwischen für weniger als 300 US\$ / Jahr anbieten.²⁵ So können sich in Indien seitdem wesentlich mehr Menschen (wenn auch längst nicht alle) die Medikamente leisten als in den meisten anderen armen Ländern. Außerdem exportiert Indien die Medikamente in andere Länder, die noch keinen Produktpatentschutz im Sinne des TRIPS-Abkommens kennen – zum Wohle der Kranken.

So verkauft z.B. Abott Ritonavir²² in Afrika und anderen ausgewählten armen Ländern für 1,78 US\$ / Tag (650 US\$ / Jahr), Arme im Jemen und in Bangladesh können dieses Medikament zu diesem Preis beziehen, Menschen im Libanon oder Burma nicht. Abgehen von dem immer noch indiskutabel hohen Preis, bleibt auch die Auswahl der Länder das Geheimnis von Abott. BMS bietet Stavudine nur für Afrika südlich der Sahara für 0,52 US\$ / Tag (54,72 US\$ / Jahr) an, anderen Ländern nur in auszuhandelnden Einzelfällen.²³ Die Preissenkungen nützen vor allem dem Image der Konzerne.

Wohltätigkeit oder Sicherung der Märkte?

Ein wesentliches Motiv für die Preissenkungen war die internationale Kritik an den tödlich hohen Preisen. Gleichzeitig machte die Kampagne für einen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten deutlich, dass die Länder Alternativen haben: Sie könnten sich durch Zwangslizenzen die AIDS-Medikamente auch bei Generika-Anbietern statt bei den teuren Originalherstellern besorgen. So gesehen können die Preissenkungen auch als ein Versuch gesehen werden, sich langfristig die Märkte zu sichern.

Das indische Beispiel zeigt, dass transnationale Konzerne die überhöhten Preise nur senken werden, wenn der Druck durch generische Anbieter groß genug ist. Auch die generischen Anbieter machen Gewinne und bieten die günstigeren Preise nicht aus Altruismus an. Um den Zugang Aller zu diesen unentbehrlichen Arzneimitteln zu gewährleisten, bedarf es weitergehender politischer Konzepte.

**Tabelle 1:
Preissenkungen durch Wettbewerb**

	Marke	Generika
Juli 2000	10.439 \$	2767 \$ Brasilien
September	↓	800 \$ Cipla
Oktober	931 \$	↓
Februar 2001	↓	350 \$ Cipla
März	727 \$	↓
August		295 \$ Ranbaxy

Von 10.000 US\$ auf unter 300 US\$ – die Preise für die Tripel-Therapie mit AIDS-Medikamenten purzeln: Für viele Menschen eine Frage von Leben und Tod.

Nach wie vor orientieren sich die Preise nicht an der Armutssituation der betroffenen Länder. Die erfolgte Preissenkung bei der Tripel-Therapie durch die Originalanbieter im Jahr 2001 z.B. in Uganda, Senegal oder der Elfenbeinküste bringen für einen Großteil der Armen allerdings keine entscheidende Verbesserung: Das durchschnittliche Jahreseinkommen in Uganda liegt bei 320 US\$, im Senegal bei 550 US\$,²⁴ Jahrestherapiekosten von 1000-2000 US\$ bedeuten für die meisten HIV-Infizierten nach wie vor das Todesurteil.

Dass Menschen in der Dritten Welt mit der Standard-Tripel-Therapie behandelt werden können, zeigt Brasilien auf eindrucksvolle Weise: Brasilien behandelt kostenlos alle HIV-Infizierten und produziert viele unentbehrliche AIDS-Medikamente in der staatlichen Fabrik FarManguinos selbst.²⁶ Dadurch konnten die Preise stark gesenkt werden (Tabelle 2). Brasilien hat dies gegen den erbitterten Widerstand der USA und der transnationalen Konzerne durchgesetzt. Die USA haben nur deshalb ihre Klage gegen Brasilien vor der WTO zurückgenommen, weil sie zeitgleich eine Zwangslizenz auf Ciprofloxacin, dem Standardmedikament gegen Milzbrand erwogen. Interessanterweise haben die USA in anderen Branchen über 100 Zwangslizenzen vergeben. Dennoch versucht das Land die Aus-

CD für Arzneimittel-forscherInnen

Wer den Arzneimittelgebrauch systematisch untersuchen will, braucht eindeutige Klassifikationen und Tagesdosen. Die bietet auf neuestem Stand das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) jetzt mit umfassenden umfangreichen Erläuterungen zur Methodik auf CD an. sind Auf dem deutschen Markt befindliche Arzneimittel sind nach den therapeutischen Zuordnungen der Weltgesundheitsorganisation (ATC-System) klassifiziert und mit einheitlichen Tagesdosen (DDD) versehen.

© Uwe Fricke/ Judith Günther, Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt, CD ISBN 3-922093-28-0, 21 €, Bezug WiDO, Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn, www.wido.de

- 22 Die aufgeführten Beispielmedikamente sind unentbehrliche Arzneimittel zur Behandlung HIV-Infizierter
- 23 Carmen Perez-Casas, Cécile Macé, Daniel Berman, Julia Double, Accessing ARVs: Untangling the Web of Price reductions for Developing Acountries, Genf, MSF, 5.10.2001, S. 6-9
- 24 World Development Report 1999, World Bank
- 25 Richard Gerster, How WTO/TRIPS threatens the Indian pharmaceutical industry, Third World Network, Sept. 2000, S. 1-5
- 26 Wehe dem, der selber handelt, *Pharma-Brief* 1/2001, S. 5
- 27 www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/PreciosBRA.pdf
- 28 Presseerklärung, Time to start treatment: AIDS treatment is working in developing countries, MSF, 1.12.2001, wir berichteten im *Pharma-Brief* 1/2001, S. 8
- 29 Die Armen bleiben außen vor, *Pharma-Brief* 10/2002, S. 1-2
- 30 Brasilien zwingt Roche, *Pharma-Brief* 6/2001, S. 8

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
 Druck: Druck & Medien im Umweltzentrum GmbH, 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.

übung dieses verbrieften Rechts in anderen Ländern zu verhindern.

Tabelle 2: Preise in Brasilien (in US\$)²⁷

	ddI, 100mg	d4T, 40mg	3TC, 150mg
1996	1,85		2,90
1997	1,39	2,32	2,70
1998	1,02	1,02	2,39
1999	0,76	0,64	1,51
2000	0,50	0,27	0,81
2001	0,49	0,27	0,34

Häufig argumentiert die Pharmaindustrie, dass die Tripel-Therapie in Ländern des Südens nicht funktionieren würde, da die PatientInnen aus armen Schichten die Medikamente nicht richtig einnehmen würden. Die Versorgung aller Betroffenen in Brasilien und Projekte von MSF (Ärzte ohne Grenzen) in Südafrika und Guatemala bestätigen das Gegenteil: Auch in Ländern des Südens funktioniert die Tripel-Therapie bei AIDS!²⁸

Theorie und Praxis internationaler Abkommen

Auf der letzten Ministerialrunde der Welthandelsorganisation (WTO) in Doha im November 2001 wurden die bestehenden Ausnahmeregeln innerhalb des TRIPS-Abkommens in einer Zusatzklärung noch einmal bestätigt.²⁹

- ♥ Gesundheit hat Vorrang vor kommerziellen Interessen
- ♥ Parallelimporte sind grundsätzlich gestattet, d.h. ein Land darf die patentgeschützten Medikamente aus einem anderen Land importieren, in dem der Hersteller sie billiger anbietet. Da die Preisunterschiede groß sind, ist dies ein wichtiger Mechanismus zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.
- ♥ Regierungen haben das Recht, Zwangslizenzen zu vergeben und legen die Rahmenbedingungen selbst fest. D.h. sie dürfen den Patentschutz außer Kraft setzen, um die Medikamente selbst billig generisch nachzuproduzieren.

♥ Länder können nicht mehr vor den WTO verklagt werden, wenn sie Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ergreifen.

Allerdings ist die Frage noch nicht geklärt, ob die ärmsten Länder zwangslizenzierte Medikamente aus einem anderen Land importieren dürfen, was für die ärmsten Länder ohne eigene Pharmaindustrie die Bedingung dafür ist, von ihren Rechten Gebrauch zu machen.

Nachdem die wohlklingende Doha-Erklärung zum Schutz der öffentlichen Gesundheit verabschiedet wurde, hat sich in der Praxis der Zugang zu unentbehrlichen patentgeschützten Arzneimitteln für Menschen in der Dritten Welt kaum verbessert. Kein einziges Dritte Welt Land hat sich bislang getraut, Zwangslizenzen für wichtige Medikamente zu erteilen. Einzig Brasilien hatte im September 2001 angekündigt, eine Zwangslizenz zu erteilen. Doch die internationale Pharmaindustrie übte auf Roche Druck aus, den Preis „freiwillig“ zu senken, um einen Präzedenzfall zu verhindern.³⁰

Unsere Forderungen

- ♥ Die Preise für unentbehrliche Arzneimittel müssen transparent werden.
- ♥ Die Preise für patentgeschützte unentbehrliche Arzneimittel müssen weltweit auf ein Niveau gesenkt werden, das es allen Menschen den Zugang sichert, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wiederholt als Menschenrecht bestätigt wurde.
- ♥ Die Festlegung der Arzneimittelpreise darf nicht der Industrie und dem Markt alleine überlassen bleiben, sondern muss politisch entsprechend dem Bedarf gesteuert werden.
- ♥ Kein Land darf gehindert werden, die bestehenden Ausnahmeregeln zum Schutz der Gesundheit im TRIPS-Abkommen anzuwenden.
- ♥ Patentrechte und andere kommerzielle Interessen müssen dem Menschenrecht auf Gesundheit und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln untergeordnet werden. (CF)

Wenn der Text zur Werbung wird

Immer wieder machen sich Zeitungs-JournalistInnen freiwillig oder unfreiwillig zum Werbehelfer der Pharmaindustrie. Industriegesteuerte Meinungen fließen in den redaktionellen Text ein, ohne dass das für die LeserInnen erkennbar ist.

Im englischen Sprachgebrauch ist für diese subtile Form der Beeinflussung der Begriff *Advertorial* geprägt worden: Werbung (*advertising*) im redaktionellen (*editorial*) Text. Ein deutliches Beispiel lieferte die *Frankfurter Rundschau* am 10. Mai mit der dpa-Meldung „Diabetes wird zur Epidemie“. Der Beitrag berichtete über die Tagung der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG). Es wurde einfach unkritisch die Meinung der Fachorganisationen übernommen. Besonders bedenklich ist, dass in dem Artikel andere Meinungen mit dem Hinweis auf Interessenkonflikte abgetan werden, ohne selbst auf die tatsächlich engen Verbindungen der DDG mit der Pharmaindustrie einzugehen.

Wie Werbung erkennen?

LeserInnen sollten immer skeptisch sein, wenn Artikel sich offensichtlich nur aus einer Informationsquelle speisen. Aber auch mehrere Quellen garantieren nicht immer eine unabhängige Meinung. In international angesehenen Medizinzeitschriften wie dem *British Medical Journal*, *The Lancet* oder dem *Journal of the American Medical Association (JAMA)* geben deshalb die AutorInnen auch unter jedem Artikel Erklärungen über mögliche Interessenkonflikte ab.

Richtigerweise wurde in dem Zeitungsartikel auf den Nutzen von Vorbeugung gegen das Entstehen von Typ 2 Diabetes hingewiesen. Aber die Behauptung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), die Behandlungsprogramme in einem von der Bundesregierung vorgelegten Eckpunktepapier seien „eine Billiglösung auf dem Standard der 70er Jahre“ und das liege an „Interessenkonflikten“ der beteiligten Experten, die „Extremauffassungen“ verträten, kann nicht unwidersprochen bleiben. Begründet wird dies mit der

Behauptung, eine nicht näher bezifferte Anzahl der Experten seien Angestellte der AOK. Abgesehen davon, dass die Kassen den gesetzlichen Auftrag haben, eine sinnvolle Versorgung der Kranken zu gewährleisten, werden damit pauschal alle an dem Eckpunktepapier beteiligten Experten diskreditiert. Viel interessanter wäre es zu wissen, welche Interessenkonflikte die DDG und die von ihr ins Feld geführten Experten haben. Schließlich gibt es da auch noch die Pharmaindustrie, die gern ihre neuen Antidiabetika unter die Leute bringen möchte. Die sind aber unter unabhängigen ExpertInnen sowohl wegen ihrer zweifelhaften Vorteile als auch zusätzlicher Risiken umstritten. Was liegt da näher als eine Fachorganisation für das Marketing einzuspinnen?



Grabkreuz aus Zuckerwürfeln – Industriegesponserte Werbung der von der DDG gegründeten Deutschen Diabetes-Stiftung

Foto: Jörg Schaaber

Die DDG gibt zwar auf ihren Internetseiten keine klare Auskunft über Sponsoren, aber ihre Ärzte-Suchmaschine wird z.B. von dem Pharmahersteller Berlin-Chemie gesponsort und die Förderpreise der DDG werden von sechs verschiedenen Firmen bezahlt.³¹ Die Führungsgremien der DDG sind mit industrienahen Wissenschaftlern besetzt, entsprechend sehen dann auch die „Leitlinien“ der DDG aus, die unterschiedslos praktisch alle Diabetesmedikamente empfehlen.³² Dies ist übrigens nicht nur ein deutsches Pro-

blem: Eine kanadische Untersuchung von europäischen und nordamerikanischen Leitlinien ergab, dass bei allen Diabetesleitlinien die beteiligten Forscher Verbindungen zur Pharmaindustrie hatten, nur in Ausnahmefällen wurden diese aber offengelegt.³³ Professor Burkhard Göke, der für die inkriminierten Äußerungen verantwortlich zeigt, hat sich auf dem 108. Internistenkongress (übrigens gesponsort von Aventis) selbst als Gegner der am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis orientierte evidenz-basierten Medizin geoutet.³⁴

Es ist bedenklich, dass sich die *Frankfurter Rundschau* mit dem Artikel zum Fürsprecher für nicht ausreichend erprobte und nach gegenwärtigem Wissensstand nutzlose und risikoreiche Schein-Innovationen³⁵ macht. Damit wird der Strategie der Ärzteseite Raum gegeben, von der Industrie oder Verbänden unabhängige Experten als kassenhörig und Vertreter einer Billigmedizin zu diskreditieren.

Ein Blick in die USA sollte uns über die möglichen Folgen belehren: Dort begann man vor ein einigen Jahren mit tatkräftiger Unterstützung der Industrie sogenannte „Disease awareness“ Kampagnen. Geendet hat es mit der Freigabe von Laienwerbung für rezeptpflichtige Medikamente, die nicht nur den unnötigen Einsatz neuer Mittel, sondern auch die Kosten explosionsartig in die Höhe trieben. Pikanterweise gehörte auch ein neues Antidiabetikum (Troglitazon) dazu, das wegen mindestens 63 Todesfällen nach kurzer Zeit wieder vom Markt genommen werden musste.³⁶ Weitere Mittel dieser Gruppe (Glitazone) – von der DGG empfohlen – stehen ebenfalls unter dem Verdacht lebergiftig zu sein. Zu fragen bleibt also, wer hier eigentlich Interessenkonflikte hat. (JS)

31 Die Preise wurden gestiftet von Aventis, Bayer, Berlin Chemie, Lily, Novo Nordisk und Roche www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/preise/ddgpreise.htm

32 Praxis-Leitlinien der DDG, 2002, S. 11 www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/frames/frame9.htm

33 Choudhry/Stelfox/Detsky, Relationship Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry, *JAMA* 6.2.2002, S. 612-617

34 Diabetologe warnt vor Überbewertung evidenzbasierter Daten, *Ärzte-Zeitung* 8.4.2002

35 *arznei-telegramm* 8/2001, S. 77-79; blitz a-t 2002/04 Rosiglitazon

36 *arznei-telegramm* 12/1997, S. 127



Aus aller Welt

Die Weißwäscher bei der WHO

Metamizol ist ein umstrittenes Schmerzmittel, das in vielen Industrieländern ganz verboten ist oder nur sehr eingeschränkt verwendet werden darf. Glaubt man dem *WHO Pharmaceutical Newsletter* ist alles gar nicht so schlimm.³⁷

Dass ausgerechnet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sich für unfundierte Industriepropaganda hergeben würde, kam doch überraschend. Dr. Wong von der Universität São Paulo verfasste den Beitrag mit dem Titel „Eine Neubewertung von fiebersenkenden und schmerzlindernden Medikamenten“ im *Pharmaceutical Newsletter*. Einziger Zweck des Artikels: Ein Persilschein für Metamizol. Selektive Auswahl der Quellen und unbelegte Behauptungen machen nur einen Teil der verzerrten Darstellung aus. Sie enthält auch schlichtweg falsche Behauptungen: Metamizol sei weltweit rezeptfrei erhältlich. Das trifft aber nur auf Dritte Welt Länder zu, in Industrieländern ist die Substanz entweder verboten oder rezeptpflichtig. Sogar die von Hoechst gesponserte „Boston Studie“, ein früherer Versuch, das Mittel zu rehabilitieren, wird falsch zitiert. Dort wird das Risiko, eine lebensbedrohliche Agranulozytose zu bekommen als 1 Fall pro Million Anwender und Woche bezeichnet. Bei Wong wird daraus ein Jahr. Kein Wort davon, das Schweden Metamizol im Jahr 1999 zum zweiten Mal verbot. Der Grund waren häufige Agranulozytosen. Ein Fall pro 1.700 Patienten und Jahr.

Die Pharma-Kampagne und eine Reihe von Wissenschaftlern protestier-

ten bei der WHO. Angeblich soll jetzt eine Richtigstellung erscheinen. Wegen der großen Bedeutung der Fehlinformation haben wir uns entschlossen, eine englischsprachige Gegendarstellung zu dem Artikel im *WHO Pharmaceutical Newsletter* zu verfassen. Sie ist bei uns erhältlich. (JS)

Undermining scientific standards: WHO's Pharmaceutical Newsletter and Dipyron, *BUKO Pharma-News* 2/2002

Schöner Abend versalzen

Firmen tun so einiges, um ÄrztInnen von den Vorteilen ihrer Medikamente zu überzeugen. Nur schlecht, wenn die Presse davon erfährt.

Es hatte alles so schön geklungen: Man hätte mit Begleitung im Palm Restaurant in Manhattan speisen (Dinner durchschnittlich für 59 US\$) und danach sich das Musical „Oklahoma“ im nahegelegenen Gershwin Theater anschauen können (Preis 95 US\$). Man hätte sich nur vorher einen Vortrag über das Aventis-Medikament Nasacort anhören müssen, das leider ziemliche Umsatzeinbußen hat. Wenn nicht ein Journalist auf den dummen Gedanken gekommen wäre, nachzufragen wie sich das mit den neuen Richtlinien der US-Pharmaindustrie zu Geschenken an Ärzte verträgt, die am 1. Juli in Kraft treten. Bei Aventis ruderte man heftig zurück: Das Essen sei abgesagt und Theaterkarten wolle man auch nicht bezahlen.³⁸ (JS)

DES Opfer entschädigt

Viele Jahre nachdem Frauen durch ein Hormonpräparat geschädigt wurden, muss jetzt der Hersteller Schadensersatz zahlen.

Diethylstilbestrol (DES) wurde früher Frauen gegen Fehlgeburten verabreicht. Nicht nur, dass das Mittel nicht nützte, es schadete den Müttern, die ein erhöhtes Brustkrebsrisiko hatten. Aber auch die Kinder sind betroffen: Töchter bekommen häufiger Gebärmutterkrebs. Das Gericht in Nanterre (Frankreich) verurteilte am 24.5. den Hersteller UCB, zwei an Krebs erkrankten DES-Töchtern Schadensersatz zu zahlen.

Mitmachen

Schluck & weg sucht MitspielerInnen

Es ist wieder so weit: Die Theatergruppe der Pharma-Kampagne geht vom 23. September bis zum 3. Oktober 2002 auf Tour! Dafür suchen wir noch spielbegeisterte Menschen, die mit Witz und Biss die Themen der Pharma-Kampagne unter die Leute bringen möchten. Ende Juni trifft sich *Schluck & weg* erstmals zur Vorbereitung. Wir freuen uns über neue Gesichter! Näheres unter Tel. 0521-60550 oder kurze mail bukopharma@compuserve.com

Patente, Profite und AIDS

Internationale Konferenz der BUKO Pharma-Kampagne in Kooperation mit der Evangelischen Akademie Bad Boll, 3. - 4. 10. 2002

Arme Länder müssen Patente für Arzneimittel anerkennen. Vor allem AIDS-Medikamente werden dadurch unbezahlbar. Die Konferenz wird nach Strategien suchen, die den Zugang Aller zu unentbehrlichen Arzneimitteln dauerhaft sichern helfen. ReferentInnen aus Afrika, Asien, Lateinamerika, USA und Europa werden im Plenum und in Arbeitsgruppen das Thema von verschiedenen Seiten beleuchten. *Die Konferenzsprache ist englisch.*

Weitere Information und Anmeldung bei Evangelische Akademie Bad Boll, Frau Segatz. Tel: +49-(0)7164-79-384 Fax (0)7164-79-1251 doris.segatz@ev-akademie-boll.de (Der Inlandsausgabe liegt das Programm bei)

37 A. Wong, A Reappraisal of Antipyretic and Analgesic Drugs, *WHO Pharmaceutical Newsletter* No 1, 2002

38 Ed Silverman, Drug maker cancels tony N.Y. 'lecture', *New Jersey Online* 10.5.2002

Das Letzte

„... wer sonst, wenn nicht die Hersteller selbst, sollte denn überhaupt die gerechtfertigten Fragen der Patienten zu Arzneimitteln beantworten können?“

Cornelia Yzer vom Verband forschender Arzneimittelhersteller beim VFA-Round-Table am 18.4.2002 in Berlin. Siehe auch Artikel S. 1