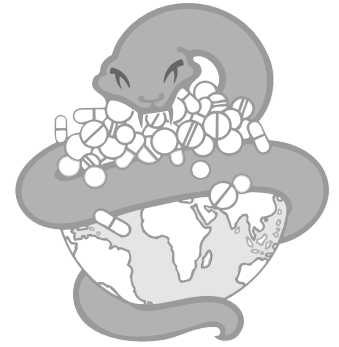


# PHARMA- BRIEF



Nr. 2/2006

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

März/April 2006

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

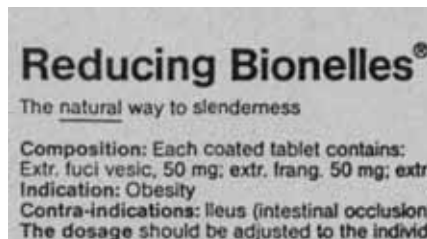
## Falsche Fronten gegen Fälscher

### Zweifelhafte Partner der WHO

**Arzneimittelfälschungen sind ein Problem. Doch wie groß es ist und was zu tun ist, bleibt umstritten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) denkt sich Maßnahmen jetzt gemeinsam mit der Industrie aus. Dementsprechend haben die Vorschläge eine Schiefelage.**

Vom 16.-18. Februar organisierte die WHO gemeinsam mit dem Internationalen Pharmaindustrieverband IFPMA die Konferenz „Gefälschte Medikamente: die stille Epidemie“ in Rom. Mit am Tisch saßen VertreterInnen verschiedener Pharmaindustrie-Verbände, von Arzneimittelkontrollbehörden, die WHO, die Weltpatentorganisation WIPO, Zollbehörden und Interpol.

Die Differenzen beginnen schon bei der Frage, was überhaupt eine Fälschung ist. Oftmals wird dabei nicht zwischen Qualitätsmängeln und absichtlicher Fälschung unterschieden. Entsprechend widersprüchlich sind auch die Angaben zur Häufigkeit von Fälschungen. Die WHO beruft sich ausdrücklich auf das in den USA beheimatete *Centre for medicines in the Public Interest (CMPI)* und nennt für 2010 eine Zahl von 75 Milliarden US\$ Umsatz mit gefälschten Medikamenten.<sup>2</sup> Beim CMPI findet man nur ein mageres dreiseitiges Statement<sup>3</sup> zum Thema, das keine Quellen nennt und den völlig legalen und gut kontrollierten Handel mit Parallelimporten<sup>4</sup> in der EU gleich mit in den Fälschungstopf wirft. Das CMPI handelt keineswegs so im „öffentlichen Interesse“ wie es der Name „Public Interest“ nahe legt. Im Gegenteil finden sich im Beratungsgremium mehrheitlich hochran-



**Fälschung aus Deutschland 1985: Die Frankfurter Firma Merz hatte einem pflanzlichen Schlankmacher für die Dritte Welt heimlich ein chemisches Abführmittel beigefügt.<sup>1</sup>**

gige VertreterInnen von neoliberalen „Think tanks“, die auf Freiheit für die Wirtschaft und Deregulierung setzen, sowie ehemalige Mitarbeiter der Reagan und Bush-Administration.

Dass es Fälschungen gibt, bestreitet niemand. Aber völlig unklar ist, wie häufig Fälschungen sind. Das musste auch ein pakistanischer Professor erfahren, der für sein Land auf Basis einer WHO-Website eine Zahl von 40-50% gefälschten Medikamenten nannte. Eine Nachfrage ergab, dass es keine brauchbare Quelle für die Zahl gab. Sie wurde von der WHO-Website gelöscht.<sup>5</sup> Sollten Fälschungen aber wesentlich seltener sein als behauptet wird, bekäme das Thema eine niedrigere Priorität. Das ist vor allem für arme Länder wichtig, die nur sehr begrenzte Kapazitäten zur Organisation ihrer

### Editorial

Liebe LeserInnen, bald feiern wir das 25-jährige Jubiläum der Pharma-Kampagne (S 8). Leider ist das kein Grund zum Ausruhen, wie die Beiträge dieser Ausgabe zeigen. Der Einfluss der Pharmaindustrie wächst an vielen Stellen – auch wenn er anderswo zurückgedrängt wurde. Subtilere Methoden sind gefragt. Man versteckt sich hinter sogenannten „public private partnerships“ (Leitartikel) oder hinter akademischen Größen, die unter den von der Firma formulierten Text nur noch ihren Namen setzen (S. 2).

Hierzulande wird über die Finanzierung der Krankenversicherung diskutiert. Damit Sie mitreden können, zeigen wir die Hintergründe der unterschiedlichen Modelle auf (S. 5).

Erhellende Lektüre wünscht Ihnen Ihr

Jörg Schaaber

- **Beeinflussung:**  
Die Rolle von Ghostwritern ... 2
- **Forschung:**  
Deutschland aus  
US-Industriesicht ..... 4
- **Deutschland:**  
Bürgerversicherung  
oder Kopfpauschale? ..... 5
- **In eigener Sache:**  
Jahresrückblick 2005 ..... 7

Arzneimittelversorgung haben. Personal, dass sich um Fälschungen kümmert, kann andere – und vielleicht wichtigere – Aufgaben nicht mehr wahrnehmen.

Was genau wird überhaupt gefälscht und wo kommen Fälschungen vor? Ohne dieses Wissen kann man keine vernünftigen Entscheidungen über die besten Maßnahmen treffen. Es ist nämlich durchaus relevant, ob es Qualitätsmängel bereits bei der Herstellung gibt (Fabriken lassen sich vergleichsweise einfach überwachen), oder ob beispielsweise von Kriminellen gefälschte Medikamente über Straßenmärkte verkauft werden.

### Hightech nötig?

Aufwändige technologische Lösungen wie Funkchips auf den Packungen wurden von der Industrie vorgeschlagen. Das Geld könnte man besser in den kontrollierten Einkauf von qualitätsgesicherten Medikamenten stecken. Eine weitere Gefahr von teuren Technologien ist die Marktabgrenzung. Wenn nur Hersteller von teuren Medikamenten sich die Zusatzkosten für schlechter zu fälschende Medikamentenpackungen leisten können, kann das als Marketingargument gegen Hersteller preiswerter Medikamente eingesetzt werden.

### Eine Frage des Preises?

Wer da zusammensitzt, bestimmt auch die Ausrichtung der Maßnahmen gegen Fälschungen. Dabei wird deutlich, dass einige Beteiligte auf einem Auge blind sind. Geld spielt scheinbar keine Rolle (wenn es um Sicherheitsmaßnahmen gegen Fälschungen geht) und ist in Wirklichkeit doch das Entscheidende. Denn aus den spärlich vorhandenen Daten kann man noch am ehesten ablesen, dass besonders häufig (relativ) teure Medikamente gefälscht werden.

Gerade die große Industrie verlangt eine entschiedenes Vorgehen gegen Fälschungen. Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass ausgerechnet die Verfechter eines freien Weltmarktes und des Abbaus von staatlicher Kontrolle nach mehr Kontrollen rufen.

Die Vertretung von VerbraucherInnen und PatientInnen auf der Konfe-

renz kann nur als Feigenblatt bezeichnet werden, zumal letztere durch die *International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)* vertreten wurden, ein von der Pharmaindustrie mit gegründeter und finanzierter Verband.<sup>6</sup>

### Public Private Interaction

Die führende Rolle des internationalen Pharmaindustrieverbands IFPMA bei der Durchführung der Konferenz kann man in der Abschlusserklärung nicht mehr erkennen. Deutlich ist aber der Einfluss der Industrie, vergleicht man die von der WHO in die Konferenz eingebrachten Zielsetzungen<sup>7</sup> und das Abschlussdokument.<sup>8</sup> Forderungen wie Preissenkungen oder die Erstattung der Arzneimittelkosten durch Sozialversicherungssysteme sucht man in der Abschlusserklärung vergeblich.

Dafür wird die Einrichtung einer „Taskforce“ durch die WHO gefordert, bei der die Industrie mit am Tisch sitzt. Sie soll sich ausschließlich um die direkte Bekämpfung von Fälschungen kümmern, aber nicht um die Rahmenbedingungen, die das Fälschen so lukrativ und so einfach machen. Diese Schiefelage ist der Preis der Einbeziehung der multinationalen Pharmaindustrie, die über keine demokratische Legitimation verfügt und nur ihren Aktionären rechenschaftspflichtig ist. (JS)

<sup>1</sup> Kriminelle Bionelles? *Pharma-Brief* 8/1985, S. 4

<sup>2</sup> WHO. Counterfeit medicines. Fact sheet N° 275. Revised February 2006  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/)

<sup>3</sup> 21ST Century International Drug Terrorism. Testimony by CMPI Director, Peter J. Pitts, to the [US] Government Reform Committee Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy and Human Resources, November 1, 2005  
[www.pacificresearch.org/pub/sab/health/2005/21\\_Century\\_Counterfeiting\\_Testimony.pdf](http://www.pacificresearch.org/pub/sab/health/2005/21_Century_Counterfeiting_Testimony.pdf)

<sup>4</sup> Unter Parallelimport versteht man den Import eines Originalpräparats aus einem anderen EU-Land wo es billiger verkauft wird.

<sup>5</sup> Zaheer Ud din Babar. Prevalence of counterfeit medicines in Pakistan (corr). *e-drug* 3.3.2006

<sup>6</sup> Die IAPO erhält etwa zehn mal so viel Geld von der Industrie (mindestens 250.000 US\$) wie von ihren Mitgliedsorganisationen (162 Mitglieder zu einem Beitrag von 30-300 US\$)  
[www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=25&n=131](http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=25&n=131)

<sup>7</sup> Howard Zucker. Combating Counterfeit Drugs: Building Effective International Collaboration. Rom 16.2.2006 [www.who.int/medicines\\_technologies/media/Combating-Counterfeit-Drugs2006\\_Speech-by-Dr-Howard-Zucker.pdf](http://www.who.int/medicines_technologies/media/Combating-Counterfeit-Drugs2006_Speech-by-Dr-Howard-Zucker.pdf)

<sup>8</sup> Conclusions and recommendations of the WHO international conference on combating counterfeit medicines. Declaration of Rome 18 Feb 2006  
[www.who.int/medicines/services/counterfeit/Rome\\_Declaration.pdf](http://www.who.int/medicines/services/counterfeit/Rome_Declaration.pdf)



## Arzneimittelgebrauch

# Leichte Schiefelage Ghostwriter beeinflussen medizinische Meinung

**„Die halbe Wahrheit ist oft schon eine ganze Lüge“ – so heißt ein geflügeltes Wort über die Fallstricke der Berichterstattung in den Medien. Das gilt auch für die medizinische Fachpresse. Anlass zur Besorgnis gibt es genug.**

Anna Mathews vom *Wall Street Journal* veröffentlichte kürzlich das Ergebnis ihrer Recherchen zu heimlichen Schreibern in Medizinzeitschriften unter dem Titel „Geistergeschichte“.<sup>9</sup> Es sei kein Einzelfall, dass das *New England Journal of Medicine* kürzlich einräumen musste, dass ein im Jahr 2000 erschienener Artikel zu Vioxx® (Rofecoxib) vom Hersteller manipuliert wurde: An einem Computer der Firma Merck & Co waren drei im Zusammenhang mit Vioxx® aufgetretene Herzinfarkte aus dem Manuskript gelöscht worden.<sup>8,10</sup> Eine schwerwiegende Manipulation, wurde die Studie doch vom Hersteller in der Werbung als Beweis für die angeblich gute Verträglichkeit des inzwischen weltweit vom Markt genommenen Mittels missbraucht.

Eine Umfrage unter 71 freiberuflichen MedizinjournalistInnen in den USA ergab, dass 80% schon mindestens einen Artikel geschrieben hatten, der nicht unter ihrem Namen veröffentlicht wurde. Oftmals beauftragen Firmen Werbeagenturen mit der Platzierung einer vorteilhaften Berichterstattung über ein neues Medikament. Und da Fachzeitschriften entscheidenden Einfluss auf die VerschreiberInnen, aber letztlich auch auf die öffentliche Meinung haben, werden häufig Ghostwriter eingeschaltet. Durch ein Gerichtsverfahren gegen Pfizer wurde aufgedeckt, welches Ausmaß eine solche Manipulation der öffentlichen

Meinung haben kann. Die Firma beauftragte den Werbegiganten WPP Group mit der Vermarktung des Antidepressivum Zoloft® (Sertralin). Der ließ nicht weniger als 81 Artikel zur Platzierung in Zeitschriften verfassen. Auf nicht wenigen stand „Autor noch festzulegen“. Einige Beiträge schafften es bis in angesehene Zeitschriften wie das *Journal of the American Medical Association (JAMA)* – dort fand sich kein Hinweis, dass der Artikel von einem Ghostwriter stamme.

Einige Verlage bieten sich für solche Arten von Manipulation auch offen an. So die *Reed Elsevier PLC*, die unter vielen anderen Medizinzeitschriften auch den angesehenen *Lancet* verlegt. *Elsevier* Tochterfirma *Excerpta Medica* preist Firmenkunden auf ihrer Website eine besondere Dienstleistung an: Eine „strategische Veröffentlichungsplanung“. „Unsere Verbindungen zu Elsevier geben uns Zugang zu Herausgebern und Redaktionsgremien, die professionellen Rat und weitreichende Meinungsführer-Netzwerke bieten.“<sup>11</sup>

### Knapp neben der Wahrheit

Natürlich ist nicht alles, was Ghostwriter schreiben, falsch – sie müssen nah genug an der Wahrheit bleiben, um ernst genommen zu werden. Aber der kritische Punkt ist, dass man solchen Artikeln nicht wirklich vertrauen kann.

Dr. Susanna Dodgson schrieb im Auftrag von *Excerpta Medica* für die Firma *Johnson & Johnson* einen Artikel über das Anämiemittel Eprex® (Epoetin alpha). Die Firma hatte eine Studie in Auftrag gegeben, weil ein neues Konkurrenzpräparat nur einmal pro Woche gegeben werden musste. Die Hauptbotschaft war vom Hersteller klar vorgegeben: Auch bei wöchentlicher Gabe ginge es 79,3% der PatientInnen mit Eprex® gut. Bedauerlicherweise stand im Studienprotokoll aber, dass nur 63,2% gut auf die Behandlung angesprochen hatten und das Ziel der Studie verfehlt wurde. Der Unterschied im Erfolg wurde durch eine nachträgliche Änderung erzielt. Entgegen dem Studienprotokoll (und guter Praxis) wurden alle PatientInnen, die die Behandlung abbrachen oder sich irgendwie nicht an die Behandlungsanweisungen gehalten hatten, einfach herausgerechnet.

Die Anweisung der Firma an Dr. Dodgson erwähnte auch, dass einige PatientInnen die hohen Dosen der einmal wöchentlich Anwendung scheinbar nicht so gut vertrügen, warnte die Ghostwriterin aber, dass dieser Punkt „nicht mit der Marketingabteilung diskutiert wurde und nicht eindeutig“ sei.

Die Studie zu Eprex® erschien 2004 in der Zeitschrift *Clinical Nephrology*, als Autor firmierte Paul Barré von der McGill University in Montreal, der nach eigenen Aussagen an der Gestaltung der Studie und der Rekrutierung von Patienten beteiligt war. Weder die Beteiligung von Dr. Dodgson noch von *Excerpta Medica* wurden im Artikel erwähnt.

Barré rechtfertigte die Manipulation mit den Worten: „Ohne die Daten verzerren zu wollen, möchte man dem Ganzen immer einen Dreh geben, der den Artikel positiver erscheinen lässt. [...] Dann hat man höhere Chancen, dass er auch veröffentlicht wird“. Dr. Dodgson, die inzwischen „medical writing“ an der Universität Philadelphia lehrt, war über ihren Auftrag seinerzeit gar nicht glücklich, „aber irgendwie musste ich ja mein Geld verdienen.“

### Nicht alle wollen sich manipulieren lassen

Dass immer mehr Fachartikel über Arzneimittel durch Ghostwriter aufpoliert werden, stößt auf wachsende Kritik. Die Hersteller versuchen zu beschwichtigen: Externe AutorInnen würden die Verständlichkeit erhöhen und vielbeschäftigte WissenschaftlerInnen entlasten. Selbstverständlich hätten die ForscherInnen das letzte Wort.

Robert Califf, Vizekanzler für klinische Forschung am *Duke University Medical Center*, hält solche Argumente für vorgeschoben. „Wissenschaftliche Forschung hat nichts mit Public Relations zu tun. [...] Wenn sie eine Firma sind, die vom Hersteller beauftragt wird, der versucht, ein Produkt zu verkaufen, ist das etwas völlig anderes als wenn man eine unvoreingenommene wissenschaftliche Bewertung vornimmt. [...] Was würde wohl mit einer PR-Firma passieren, die sagt, ‚das

Produkt stinkt‘? Glauben Sie, die würde noch einmal einen Auftrag bekommen?“

ForscherInnen wären also gut beraten, ihre Artikel selbst zu schreiben, und Fachzeitschriften sollten darauf bestehen, dass alle AutorInnen genannt und ihr spezifischer Beitrag zum Artikel beschrieben wird. Eine Erklärung zu Interessenkonflikten sollte eigentlich längst selbstverständlich sein, doch noch allzu viele Zeitschriften verlangen das immer noch nicht. Der Schmerzexperte John Farrer von der *University of Pennsylvania* lehnte einst einen Artikel von einem Ghostwriter ab, der über eine von Farrer selbst mit durchgeführte Studie berichtete. Die Firma war überrascht: Das sei ungewöhnlich. (JS)

<sup>9</sup> Anna Mathews, Ghost Story *Wall Street Journal* 13 December 2005

<sup>10</sup> Gregory D. Curfman, Stephen Morrissey and Jeffrey M. Drazen. Expression of Concern: Bombardier et al., „Comparison of Upper Gastrointestinal Toxicity of Rofecoxib and Naproxen in Patients with Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med.* 200; 343: 1520-8“ *New England Journal of Medicine* 29.12.2005 p. 2813-2814

<sup>11</sup> [www.excerptamedica.com/index.cfm?vid=59BE809F-C09F-296A-6138C29EE8C69671](http://www.excerptamedica.com/index.cfm?vid=59BE809F-C09F-296A-6138C29EE8C69671)

### Impressum

Herausgeberin:  
BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62,  
D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-  
63789, e-mail: [pharma-brief@bukopharma.de](mailto:pharma-brief@bukopharma.de)  
homepage: [www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)

Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V.,  
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld

Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Claudia  
Jenkes, Christian Wagner, Christiane Fischer

Druck: Druck & Medien im Umweltzentrum GmbH,  
Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben  
jährlich. Einzelabo 15 € Institutionen- oder Auslands-  
abo 28 € Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Be-  
zugspreis 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 (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



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

# Heulen und Zähneklappern

## US-Firmen zum Pharmastandort Deutschland

**Industriestandort Deutschland – ein Zauberwort in der politischen Diskussion. Wie die deutsche industrielle Forschung und Produktion im internationalen Vergleich dasteht, fasst ein Bericht des US-Pharmaverbandes PhRMA zusammen.<sup>12</sup> Dabei wird ziemlich viel gejammt und mehr staatliche Förderung für die Pharmaindustrie verlangt.**

Es ist schon erstaunlich: nun bläst die US-amerikanische Pharmedia auch in Deutschland zum Kampf. Zur Vorbereitung hat das *Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung* zusammen mit der Unternehmensberatung A.T. Kearney eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Die Studie mit dem Titel „Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland“ sieht großen Nachholbedarf. Der weltweite Anteil von Forschung und Entwicklung (F&E) deutscher Unternehmensstandorte ist von 17% in 1973 auf 7% in 2000 gesunken. Nicht miteingerechnet sind die indirekten Beschäftigungseffekte, z. B. auf Universitäten und kleine Biotechnologieunternehmen, bei denen die Big Players ihre Forschung einkaufen. Jeder Arbeitsplatz in großen Unternehmen erzeuge 1,6 weitere Arbeitsplätze (in der Regel hochqualifizierte Jobs). Die Pharmaindustrie liefert knapp 40% der Drittmittel für die Medikamentenforschung an deutschen Hochschulen und Universitätskliniken (800 Mio. € pro Jahr, davon ca. 500 Mio. € für klinische Studien). Trotz der vergleichsweise hohen Kosten führen die befragten Unternehmen<sup>13</sup> etwa ein Viertel ihrer klinischen Studien in Deutschland durch. Grund hierfür seien vor allem fachliche Kompetenz und Patientennähe der Universitätskliniken. Es sei aber eine verstärkte Verschiebung in die neuen EU-Mitgliedsstaaten zu beobachten, „weil sie mit weniger Bürokratie und dadurch schneller Daten mit guter Qualität produzieren.“<sup>14</sup> Auch die akademische Forschung bewege sich im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Derzeit ist keine deutsche Universität unter den Top Ten der Universitäten.<sup>15</sup> Diese „Forschungslücke“ (übrigens eine gefährliche Neubelegung des Begriffs in dem Bericht, die von der Forschungslücke der Pharmaindustrie ablenkt) müsse

gefüllt werden. Modellrechnungen zeigten, dass für jede 100 Millionen €, die in deutsche F&E investiert werden, rund 1400 neue Arbeitsplätze entstünden.

### Welche Konsequenzen?

Interessant ist die Untersuchung der Situation von Pharmastandorten, die in den letzten Jahren stark expandiert sind. Dabei gibt es unterschiedliche Entwicklungen in den Bereichen Forschung und Produktion.

Die klassischen Forschungsstandorte (Deutschland, USA, Großbritannien, Schweiz) bekommen zunehmend Konkurrenz aus den sog. aufstrebenden Ländern: Indien, China, Singapur, Taiwan, Malaysia. Ähnlich wie bei den zuvor genannten Ländern Osteuropas lockt wenig staatliche Regulierung und Kontrolle. Wesentlich mehr dürfte aber ins Gewicht fallen, dass die klinischen Studien in asiatischen Ländern wesentlich billiger durchzuführen sind und in kurzer Zeit viele TeilnehmerInnen rekrutiert werden können.

Singapur hat vor fünf Jahren begonnen, schwerpunktmäßig Start-up-Unternehmen der Biotechnologie anzusiedeln. Ihnen wird eine hochtechnologische Infrastruktur zur Verfügung gestellt.

Als Produktionsstandort haben besonders Irland und Puerto Rico an Bedeutung gewonnen. Irland lockt mit günstigen Steuerbedingungen, Puerto Rico hat eine Sonderrolle durch ein Freihandelsabkommen mit den USA erhalten. Dies ermöglicht Zollfreiheit für US-Unternehmen, die zudem nur eine Unternehmenssteuer von 0-7% statt 35% in USA zahlen müssen. Im Billiglohnland Puerto Rico werden inzwischen 16 der 20 US-Blockbuster hergestellt.

Die Berechnungen des Berichts, nach dem mit 100 Millionen € staatlicher Industrieförderung in Deutschland 1400 neue Arbeitsplätze geschaffen werden könnten, erscheinen ein wenig absurd angesichts der 6000 Arbeitsplätze, die im Zuge der Übernahme von Schering durch Bayer wegrationalisiert werden sollen.

### Geld ist nicht alles

Welche Bedeutung ein Standort für die globalisierte Pharmaindustrie hat, wird also durch mehrere Faktoren bedingt. Niedrige Lohnkosten und Steuervergünstigungen sind eine Sache, qualifizierte Fachkräfte und wissenschaftliche Infrastruktur eine nicht weniger bedeutende Komponente. Beim Lohndumping kann Deutschland kaum mithalten, bei wissenschaftlicher Forschung hingegen schon. So macht es durchaus Sinn, wenn der Bericht eine Stärkung des Forschungsstandortes Deutschland fordert. Aber man beachte – der Bericht geht von einer Standortwahl im Interesse der Pharmaindustrie aus. Dieses entspricht oft nicht den Interessen der öffentlichen Gesundheit. Auch liegen der Untersuchung Annahmen zu Grunde, die nicht geteilt werden können, z.B. dass die „besondere Innovationskraft der Pharmaindustrie“ sich durch die Vielzahl an Patenten zeige. Dass jede Innovation einen therapeutischen Mehrwert habe, ist eine Marketingbehauptung der Pharma-Lobby, die leider immer noch weit von der Wirklichkeit entfernt ist.

Die Studie gibt eine gute Analyse der kommerziellen Seite des Pharmamarktes. Was jetzt folgen sollte, ist eine ähnliche Untersuchung für die Universitätsforschung und für eine Arzneimittelentwicklung im öffentlichen Interesse. (CW)

<sup>12</sup> Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland. A.T. Kearney, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung. 2006 [www.isi.fhg.de/t/projekte/Pharma\\_Wirtschaftsstandort\\_Deutschland.pdf](http://www.isi.fhg.de/t/projekte/Pharma_Wirtschaftsstandort_Deutschland.pdf)

<sup>13</sup> Die Studie wurde im Auftrag des US-Lobbyverbands Pharmaceutical Research and Manufacturers of America PhRMA erstellt. Sie basiert auf der Befragung von 15 Unternehmen, die ihren Firmensitz außerhalb Deutschlands haben, u.a. Abbott, BMS, Genzyme, GSK, Lilly, MSD, Pfizer, Wyeth. Fast alle sind auch Mitglied im deutschen Verband der forschenden Arzneimittelhersteller VFA.

<sup>14</sup> a.a.O. S. 51

<sup>15</sup> Ranking basierend auf Zahl der Publikationen, Patente, Nobelpreise und weiteren Parametern



## Deutschland

### Krankenversicherung in Deutschland

# Solidarprinzip oder Einheitstarif?

**Nach längerer Pause ist die zukünftige Finanzierung der Krankenversicherung wieder auf die Tagesordnung gerückt. Gegenwärtig hält sich die Bundesregierung mit konkreten Aussagen noch zurück. Doch soviel ist klar, zwei gegensätzliche Modelle stehen zur Debatte: Bürgerversicherung oder Kopfpauschale. Darum ist es gut, über Vor- und Nachteile der beiden Modelle Bescheid zu wissen.**

Die bisherigen Vorschläge von CDU/CSU und SPD liegen so weit auseinander, dass die große Koalition das Thema Gesundheitsreform zunächst auf die lange Bank schob. Zwar haben sich beide Blöcke dem alles beherrschenden Dogma der angeblich zu hohen Lohnkosten unterworfen und die Senkung der Beitragssätze zur Krankenkasse auf die Fahnen geschrieben. Doch ihre Reformvorschläge zur Sanierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland unterscheiden sich grundlegend. Die Bundestagsparteien mit dem C im Namen wollen das Solidarprinzip aufkündigen, wonach jeder nach seinen Möglichkeiten zahlt und medizinische Versorgung nach Bedarf erhält. Die Sozialdemokratie hält dagegen an der Bismarckschen Sozialversicherungs-idee fest.

#### Warum gibt es Probleme?

Bis heute beruht die GKV in Deutschland auf lohn- bzw. gehaltsabhängigen Beiträgen der Bürgerinnen und Bürger. Die anhaltende Massenarbeitslosigkeit, der zunehmende Anteil nicht sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse und der wachsende Niedriglohnsektor mindern die Einnahmen der Krankenkassen. Ohnehin sind die Arbeitseinkommen nur bis zur Bemessungsgrenze von monatlich 3.562,50 € sozialversicherungspflichtig, das darüber hinausgehende Gehalt bleibt unangetastet.

Zudem können Beamte und Besserverdienende komplett aus der GKV austreten und in eine Privatkasse wechseln. Vor allem aber sind für Vermögenseinkünfte keinerlei Sozialversicherungsbeiträge fällig, obwohl Miet-, Zins- und andere Kapitaleinkünfte einen wachsenden Teil des Volkseinkommens ausmachen.

#### Bürgerversicherung für Alle

Da der Anteil der Arbeitseinkommen hingegen kontinuierlich sinkt, soll eine Bürgerversicherung die Beitragsbemessungsgrundlage erweitern und an heutige Einkommensverhältnisse anpassen. Dafür will die SPD, mit prinzipieller Unterstützung von Grünen und Linkspartei, einerseits alle Bürgerinnen und Bürger des Landes in die Pflichtkrankenversicherung einbeziehen und andererseits Krankenkassenbeiträge auf alle Einkommensarten erheben. Die Bemessungsgrenze soll dabei deutlich steigen, damit die Wohlhabenden mehr beitragen als bisher. Dieses System würde die Umverteilung zwischen reich und arm, zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Aktiven und Passiven fördern und der zunehmenden gesellschaftlichen Ungleichheit entgegenwirken.

#### Alternativmodell Kopfpauschale

Die CDU schlägt hingegen eine „sozialistische Gesundheitsprämie“ vor, die in erster Linie auf eine Verringerung

der Sozialabgaben der in Deutschland tätigen Unternehmen abzielt. Danach führt jede Bürgerin und jeder Bürger einen festen Monatsbeitrag an die Krankenkasse ab, unabhängig vom Alter, Gesundheitszustand und Einkommen. Anders als in der GKV bisher fiel dann auch für nicht berufstätige EhepartnerInnen eine eigene Kopfpauschale an. Damit würde ein Topmanager monatlich genau den gleichen Betrag überweisen wie eine Kassiererin im Supermarkt oder wie eine Hausfrau ohne eigenes Einkommen – vorausgesetzt die Besserverdienenden können sich nicht weiterhin aus der GKV herauskaufen. Für Kinder soll der Bund in Zukunft den Pauschalbeitrag finanzieren. Geringverdiener erhalten einen Zuschuss aus Steuermitteln, wenn der Einheitsbeitrag mehr als einen bisher nicht genau festgelegten Anteil ihres Monatseinkommens erreicht (die Rede ist von 12,5 oder 15 %). Trotz dieses

#### Modell Schweiz?

*In der deutschen Debatte über Bürgerversicherung und Kopfpauschale ist die Schweiz zunehmend ins Blickfeld geraten. Dort unterliegen seit 1996 zwar alle BürgerInnen der Versicherungspflicht, doch das macht die Schweizer System keineswegs zu einer Bürgerversicherung. Denn wie im Kopfpauschalen-Vorschlag der CDU zahlen die EidgenossInnen einen einheitlichen Krankenkassenbeitrag („Kopfprämie“). Allerdings können sie ihre monatlichen Abgaben in gewissem Rahmen durch höhere jährliche Zuzahlungen senken, was vor allem Versicherte mit geringem Krankheitsrisiko nutzen.<sup>16</sup>*

*Wer mehr als 10 % (also deutlich weniger als im CDU-Entwurf) seines Monatseinkommens für die Krankenversicherung aufbringen muss, bekommt einen Zuschuss aus Steuermitteln. Dieser Sozialausgleich kostete die Steuerzahler im 7,2-Millionen-Einwohner-Land bereits 2001, als jeder dritte Eidgenosse Förderung erhielt, knapp 1,8 Milliarden Euro – Tendenz steigend.<sup>16</sup> Dabei kann der Steuerzuschuss die Belastung für viele Familien und Geringverdiener nicht wirksam verringern. Nach Untersuchungen der WHO verarmt in der Alpenrepublik einer von 30 Haushalten aufgrund hoher Gesundheitsausgaben – in Deutschland trifft dies bisher nur für eine von 190 Familien zu.<sup>17</sup>*

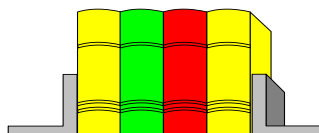
sozialen Ausgleichs bedeutet die Kopfpauschale für viele Menschen mit niedrigem Einkommen eine zusätzliche Belastung, denn bislang zahlen die ArbeitnehmerInnen für die eigene und die Versicherung ihrer Angehörigen 7% bis maximal 8,5% ihres Monatseinkommens an die Krankenkasse. Auch die mittlerweile kursierenden Varianten der Gegenfinanzierung ändern nichts an den grundsätzlich unsozialen Auswirkungen des Kopfpauschalensatzes.

### Hoffen auf Wirtschaftimpulse

Die Konservativen hoffen, dass die Kopfprämie zur Entstehung neuer Arbeitsplätze beiträgt, weil die Arbeitgeber dann nichts mehr für die Krankenversicherung der Beschäftigten zahlen. Allerdings haben sich Arbeitsmarkterwartungen durch sinkende Lohnkosten bisher nirgends bestätigt. Bei genauer Betrachtung würden die Herstellungskosten deutscher Produkte nur geringfügig sinken.<sup>18</sup>

Dieser bescheidene Gewinn für die deutsche Exportwirtschaft käme die Steuerzahler teuer zu stehen, denn die erforderlichen Zuschüsse für Geringverdiener sorgen für hohen Mittelabfluss aus dem klammen Bundeshaushalt. Dabei wird der Steuerzuschuss nicht verhindern, dass viele Menschen in Deutschland durch höhere Gesundheitsausgaben von Verarmung bedroht sind. Denn das Kopfpauschalensmodell entlastet nur die wohlhabendere Bevölkerung, während die unteren Einkommensgruppen nicht nur relativ, sondern zum Teil auch absolut mehr bezahlen müssen. Was an der Kopfpauschale „solidarisch“ sein soll, ist nicht zu erkennen.

Allem gegenwärtigen Schlechtreden des Sozialstaats zum Trotz ist die große Mehrheit der Bundesbürger nach wie vor für die Umverteilung von den Bessergestellten zu den Ärmeren und damit für soziale Gerechtigkeit. Dabei ist die Zustimmung bei jüngeren Besserverdienenden besonders hoch.<sup>19</sup> Die Politik sollte nicht allein auf Arbeitgeber und lautstarke LobbyistInnen hören, sondern die Erwartung von drei Viertel der Bürger ernst nehmen und ihrer Pflicht nachkommen, Schaden von der Bevölkerung abzuwenden.  
(Jens Holst)



## Neue Bücher

### Alternativmedizin im Wirksamkeitstest

**Die Stiftung Warentest bewertet 50 häufig verwendete Verfahren auf ihre wissenschaftlich getestete Wirksamkeit.**

Was ist Scharlatanerie, was ist medizinisch überholt, was ist wirklich sinnvoll? Ein Team der Stiftung Warentest hat intensiv recherchiert und die verfügbaren klinischen Studien zu „alternativen“ Diagnose- und Therapieverfahren zusammengefasst. Ein Grundlagenteil von über 50 Seiten widmet sich den Rahmenbedingungen. Wie unterschieden sich Ärzte und Heilpraktiker, was erstatten die Kassen, und als wichtigstes: nach welcher Systematik werden die alternativen Methoden im Buch bewertet?

Das Ergebnis lässt sich sehen: es werden keine ideologisch gelenkten Pauschalurteile gefällt, sondern differenzierte Bewertungen auf Grundlage dessen, was wirklich belegt ist. Aromatherapie, Darmspülungen, Biochemie nach Schüssler – das sind nur einige der untersuchten therapeutischen Ansätze. Detailliert wird aufgeführt, welche klinischen Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit dokumentiert sind. Die Autorinnen gehen auf die Seriosität der einzelnen Studien ein, ob sie unabhängig sind oder vom Hersteller finanziert, ob die Teilnehmerzahl für die Bildung eines sicheren Urteils ausreicht etc. Es wird also die gleiche Maßlatte angelegt wie zur Bewertung von Medikamenten der Schulmedizin. Entsprechend differenziert fallen die Urteile aus. Der Enzymtherapie wird eine mögliche Wirksamkeit zugeschrieben, wenn es um die Milderung von Nebenwirkungen einer Chemotherapie geht. Dagegen sei für Rheumaer-

krankungen kein Nutzen nachgewiesen. Allerdings sollten die Ergebnisse mit Vorsicht gesehen werden: alle Studien wären unter Beteiligung der Produkthersteller durchgeführt worden.

Auch nicht-medikamentöse Verfahren werden bewertet. Für das chinesische Meditationsprinzip Qigong sei eine positive Wirkung auf Bluthochdruck bei älteren Menschen eindeutig nachgewiesen. Die Behauptung, durch Qigong die Dosis von Asthmamedikamenten senken zu können, sei aber nicht belegt.

Das Buch gibt auch Auskunft über besondere Risiken von einigen alternativen Methoden. Diese zu kennen, ist eine wichtige Hilfe. Das Werk liefert einen guten Einblick in häufig angewendete Alternativmethoden und kann den LeserInnen eine Entscheidung erleichtern, ob eine solche Methode in Frage kommt. (CW)



Stiftung Warentest: Die Andere Medizin. „Alternative“ Heilmethoden für Sie bewertet. 336 Seiten, 34 € ISBN: 3-937880-35-6

<sup>16</sup> Gerlinger, Thomas (2001). Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Jahrbuch für Kritische Medizin 38. Argument-Verlag Hamburg, S. 10-30 (<http://gesundheitspolitik.verdi.de/internationale/schweiz/data/JKM-38-Schweiz.pdf>), S. 8, 19.

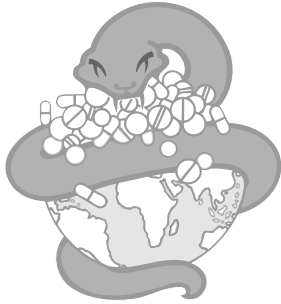
<sup>17</sup> Murray, Christopher; Evans, David (2003). Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. WHO, Geneva. ISBN 92 4 156245 5 S. 525f. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455\(part4\)\\_chp34-42.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455(part4)_chp34-42.pdf)

<sup>18</sup> Ecker, Thomas; Häusler, Bertram; Schneider, Markus (2004). Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. IGES/ BASYS, Berlin/Augsburg S. 85f, 215. [www.iges.de/sites/iges.de/myzms/content/e1871/e1875/e2098/e2113/Versionpostfinal041025\\_ger.pdf](http://www.iges.de/sites/iges.de/myzms/content/e1871/e1875/e2098/e2113/Versionpostfinal041025_ger.pdf)

Reiners, Hartmut (2005). Lohnnebenkosten – Mythen und Fakten. Die Ersatzkasse 11 [www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Lohnnebenkosten-re-2005.pdf](http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Lohnnebenkosten-re-2005.pdf)

<sup>19</sup> Marstedt, Gerd (2002). Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. I: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hrsg.). Gesundheitsmonitor, Bertelsmannstiftung Gütersloh, S. 112 ff.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden 2003, S. 55ff <http://dip.bundestag.de/btd/15/005/1500530.pdf> (wegen anderer Seitengestaltung dort S. 27)



## Das war 2005

### Jahresbericht der BUKO Pharma-Kampagne

#### Pharma-Kampagne machte Schule und ging mit innovativem Zeitschriftenprojekt neue Wege.

Stellenkürzungen und chronischer Personalmangel machten der BUKO Pharma-Kampagne ihre Arbeit in 2005 nicht gerade leichter. Umso erstaunlicher, dass die Kampagne trotz allem überaus präsent in der Öffentlichkeit war, ihre Projekte erfolgreich fortführte und neue Wege ging.

Erstmals erstellte die Pharma-Kampagne Unterrichtsmaterial für Schülerinnen und Schüler in NRW. Drei Unterrichtsmappen für Primarstufe sowie Sekundarstufe I und II ermöglichen Globales Lernen am Beispiel Gesundheit und verarbeiten die Themen der Kampagne zu altersgemäßem Unterrichtsstoff. Für die Nachmittagsbetreuung an Grundschulen wurde zusätzlich ein Materialkoffer entwickelt. Sämtliche Materialien wurden an ausgewählten Schulen getestet und sollen LehrerInnen ab Sommer 2006 zur Verfügung stehen.

#### Medien machen Druck

Und gleich noch eine Innovation brachte die Pharma-Kampagne mit auf den Weg: Seit Herbst 2005 gibt es in Deutschland erstmals eine kritische und unabhängige Arzneimittelzeitschrift, die sich an Laien richtet. *Gute Pillen – schlechte Pillen* ist ein ehrgeiziges Gemeinschaftsprojekt von Arzneimittelbrief, arznei-telegramm und Pharma-Brief. Letztere stellt auch das Redaktionsteam.

Außerdem publizierte die Pharma-Kampagne ihre Arzneimittelstudie in

englischer Sprache und ließ sie aufgrund großer Nachfrage auch ins Portugiesische und Spanische übersetzen. Kritische Gruppen weltweit können sie nun als pdf-Datei von unserer Website herunterladen. Last but not least hat die Pharma-Kampagne auch ihre englischsprachige Website komplett umgestaltet. Die Seiten wurden neu programmiert und inhaltlich aktualisiert.

Der Pharma-Brief nahm in einer Artikelserie die Geschäftspraktiken einiger deutscher Firmen gezielt aufs Korn und leitete damit konkrete Verbesserungsmaßnahmen ein.

#### Eigener Film zu AIDS

Mit der renommierten Filmemacherin T. Jayashree und der indischen NGO Sanghama aus Bangalore produzierte die Pharma-Kampagne den Dokumentarfilm *AIDS – eine Frage der Menschlichkeit*, der AIDS als weltweite Entwicklungskrise fokussiert. Der knapp einstündige Film ist für 2006 auf diversen internationalen und bundesweiten Filmfestivals angemeldet. Er ist über der Pharma-Kampagne ausleihbar oder käuflich zu erwerben.

#### Pillen statt Profit!

Unter dem Motto *Pillen statt Profit* gestaltete die Pharma-Kampagne einen Thementag im Afrika-Zentrum des Evangelischen Kirchentags in Hannover. Wir warben dabei u.a. für die Unterschriften-Kampagne Aktion Leben des Bündnisses gegen AIDS. Im Anschluss an den Kirchentag begleiteten wir Prof. Andy Gray aus Durban/Südafrika auf seiner einwöchigen Deutschlandreise. Bei Informationsveranstaltungen in Weltläden, Universitäten, Kirchengemeinden und bei Eine Welt Initiativen berichtete der Arzneimittelexperte und langjährige Aktivist über AIDS im südlichen Afrika.

Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen der Pharma-Kampagne sprachen im vergangenen Jahr bei zahlreichen Veranstaltungen in der ganzen Republik und teilweise darüber hinaus. Die längsten Anreisen erforderten Vorträge in Cuenca und Melbourne.

Auch die Theatertour 2005 griff das Thema auf und nahm die Haltung Europas gegenüber der Aids-Pandemie

aufs Korn. Schluck & weg präsentierte den Kampf um lebensrettende Medikamente als rücksichtsloses Strategiespiel auf einem riesigen Schachbrett.

#### Forschung für die Armen!

Unsere Arbeit zum Thema Arzneimittelforschung/vernachlässigte Krankheiten führten wir in 2005 gemeinsam mit Health Action International (HAI) weiter. Wir erarbeiteten Forderungen nach einem Richtungswechsel in der Arzneimittelforschung, erstellten mehrere Positionspapiere und Publikationen (zuletzt *Pharma-Brief Spezial 2/2005: Arzneimittelforschung: Wissenschaft im öffentlichen Interesse?*). Die Problematik wurde mit verschiedenen VertreterInnen aus Forschungs-, Gesundheits- und Entwicklungspolitik auf nationaler wie internationaler Ebene diskutiert. Wichtiger Anlass war die Erarbeitung des 7. Forschungsrahmenprogramms (FP7) durch die Europäische Kommission. Im FP7 werden die Ziele der europäischen Forschungspolitik für den Zeitraum 2007-2013 festgelegt. Nachdem die Europäische Kommission Anfang 2005 einen ersten Entwurf vorgelegt hatte, galt es, Abgeordnete des Europäischen Parlaments und Verantwortliche der Kommission (Generaldirektorat Forschung) für die Probleme der Arzneimittelentwicklung zu sensibilisieren. In Zusammenarbeit mit europäischen Partnern gelang es, die Forderung nach mehr Forschung zu vernachlässigten Krankheiten in der öffentlichen Diskussion zu verankern.

#### Kampagne im Kino

Öffentliche Aufmerksamkeit erhielt die Pharma-Kampagne nicht zuletzt durch den Kinofilm *Der Ewige Gärtner* nach John le Carrés gleichnamigem Roman. Um Hippo, alias BUKO Pharma-Kampagne im Film möglichst realistisch darzustellen, trat die Produktionsfirma in einen regen Austausch mit der Kampagne. Sogar ein Fotograf wurde nach Bielefeld geschickt, um das Setting einzufangen. Auch das Filmbuch wurde durch ausführliche Informationen zur Arbeit der Kampagne ergänzt. Bleibt zu hoffen, dass Ruhm und Ehre auch dringend benötigte finanzielle Mittel einbringen werden. (CJ)



## Aus aller Welt

### Pfizer presst Philippinos aus

**Mit Klagen versucht Pfizer auf den Philippinen die Arzneimittelpreise hoch zu halten.**

Auch bescheidene Schritte, die Arzneimittelpreise in armen Ländern zu senken, stoßen mitunter auf harschen Widerstand großer Hersteller. Die philippinische Regierung will ein Pfizer-Medikament billiger aus Indien importieren. Dafür gibt es gute Gründe: Das blutdrucksenkende Medikament Norvasc® (Amlodipin) kostet auf den Philippinen rund sieben mal so viel wie in Indien. Die meisten Menschen können sich das Medikament nicht leisten, aber Pfizer macht durch den hohen Preis trotzdem gute Geschäfte. Die Philippinen wollen das Pfizer-Medikament nach Ablauf des Patentschutzes im Juli 2007 aus Indien importieren (sogenannter Parallelimport). Pfizer hat daraufhin nicht nur die staatliche Importfirma verklagt, sondern auch die Zulassungsbehörde und zwei der dort beschäftigten Beamten.<sup>20</sup> Medien, die über den Fall berichten, wurde der Entzug von Werbung angedroht.<sup>21</sup>

Pfizer argumentiert, dass bereits die Beantragung einer Zulassung für die Importversion gegen das Patentrecht verstoße. Im Mutterland des Konzerns, den USA, dürfen Generika-Firmen seit 1984 die Zulassung bereits vor Ablauf des Patents beantragen. Wenn erst nach Patentablauf eine Zulassung beantragt werden kann, verzögert sich die Einführung von preiswerten Generika um ca. anderthalb Jahre. Das paradoxe an der Geschichte ist, dass es sich im konkreten Fall sogar um das Originalpräparat des Herstellers handelt, also nur um einen sogenannten Parallelimport. Der ist innerhalb der Europäi-

schen Union gängige Praxis und schon vom ersten Tag der Vermarktung eines neuen Medikaments an zulässig. In der EU wartet niemand mit Parallelimporten, bis das Patent abgelaufen ist. Pfizer versucht also selbst diesen bescheidenen Schritt der Philippinen zur Preissenkung zu stoppen. Für weitere Pfizer-Präparate gibt es dort ähnlich hohe Preisunterschiede. (JS)

## In eigener Sache

### Straßentheater: Noch Plätze frei!



Im Herbst 2006 wird unsere Theatergruppe *Schluck & weg* wieder auf Tournee gehen: Vom 4. bis zum 16. September rollt ihr buntbemalter Reisebus quer durch Deutschland. Die Pharma-Kampagne sucht noch theaterbegeisterte Menschen, die *Schluck & weg* in diesem Jahr mit ihrem Talent unterstützen möchten. Theatererfahrung ist dabei hilfreich, aber keine notwendige Voraussetzung. Notwendig sind hingegen Spaß an der Sache, Eigeninitiative, ein wenig Organisationstalent, mitunter starke Nerven und Lust auf ein zweiwöchiges Abenteuer. Geplante Auftrittsorte sind u.a. Potsdam, Berlin, München, Augsburg, Tübingen und Heidelberg.

Das Thema des diesjährigen Theaterstücks lautet *Mangel und Überfluss*. Jedes Jahr sterben Millionen Menschen in armen Ländern an Infektionskrankheiten wie Lungenentzündung, AIDS oder Tuberkulose, weil sie keinen Zugang zu lebensnotwendigen unentbehrlichen Medikamenten haben. Diesem Mangel steht der Überfluss an Stärkungssäften oder Vitamintabletten und der Überkonsum an Schmerzmitteln gegenüber, für die massiv geworben wird.

Anmeldung und Kontakt: Claudia Jenkes  
Tel. 0521-60550 [cjenkes@bukopharma.de](mailto:cjenkes@bukopharma.de)

## Einladung: 25 Jahre Pharma-Kampagne

**Die BUKO Pharma-Kampagne wird 25 Jahre alt. Am 15. und 16. Sept. 2006 wird das Jubiläum in Bielefeld mit einem Symposium begangen.**

Liebe FreundInnen der BUKO Pharma-Kampagne, feiern Sie mit uns unser 25-jähriges Bestehen, die kritische Arbeit, ihre kleinen und größeren Erfolge und diskutieren Sie mit uns Perspektiven für die Zukunft. Wir laden ein zu unserem Jubiläums-Symposium am 15. und 16. September 2006 in Bielefeld: *Mangel und Überfluss - Medikamente in Nord und Süd*.

Eine kleine Auswahl an RednerInnen schon mal vorab: Mebrat Woldetnsaie aus Uganda wird für HAI Africa berichten, was Mangel an unentbehrlichen Arzneimitteln bedeutet, Dr. Axel Munte von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, zeigt Alternativen zu Pharmavertretern auf, Erika Feyera-bend, hat sich kritisch mit der Rolle von PatientInnengruppen auseinandergesetzt, Peter Mansfield (Australien) von Healthy Skepticism analysiert die subtilen Methoden der Beeinflussung von ÄrztInnen. Merken Sie sich den Termin schon einmal vor, ein detailliertes Programm folgt im Mai.

<sup>20</sup> Judith Rius Sanjuan. Pfizer is suing Philippine's governmental officials in their personal capacity in order to stop parallel trade. *Secondview* 31 March 2006  
<http://secondview.blogspot.com/2006/03/pfizer-is-suing-philippines.html>

<sup>21</sup> Terrorism, Pfizer Style. *Huffington Post* 1 April 2006  
[www.huffingtonpost.com/james-love/terrorism-pfizer-style\\_b\\_18290.html](http://www.huffingtonpost.com/james-love/terrorism-pfizer-style_b_18290.html)

## Das Letzte

**Frage:** *Wen fragt der öffentliche Sender ARTE, wen er zur Pharmakritik interviewen soll?*

**Antwort:** *Den Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA).*

Der deutsch-französische Sender ARTE hatte einen Interviewtermin mit der BUKO Pharma-Kampagne bereits fest vereinbart, machte aber einen Rückzieher, nachdem er mit dem VFA gesprochen hatte.