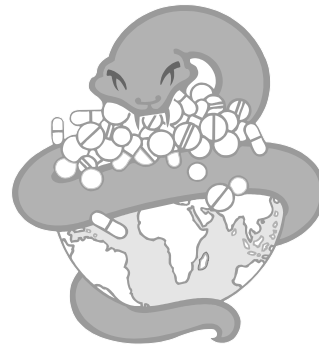


PHARMA- BRIEF



Nr. 2-3/2004

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

März/April 2004

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

Gefahr für Arzneimittelsicherheit

Schmidt setzt Präsidenten der Zulassungsbehörde ab

Am 15. März 2004 hat Gesundheitsministerin Ulla Schmidt den Präsidenten des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Prof. Harald Schweim, kurzerhand zwangsversetzt. Offensichtlich war er nicht industriefreundlich genug. Ein vom Ministerium verfasstes Gutachten, das den Vorwand zur Entlassung bot, lässt Schlimmes für den VerbraucherInnen-schutz erwarten.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat keine glückliche Hand in der Verbesserung der Arzneimittelversorgung bewiesen. Kurz nach Amtsantritt hatte Schmidt die Arzneimittelbudgets für ÄrztInnen ersatzlos abgeschafft. Die Positivliste für Arzneimittel gab sie letztes Jahr in den Konsensverhandlungen mit der Opposition ohne Not als Handelsobjekt preis. Dabei hätte die Liste ohne Zustimmung des Bundesrates eingeführt werden können. Damit war sie nach Horst Seehofer und Andrea Fischer die dritte Ministerin, die vor der Macht der Pharmalobby einknickte. Jetzt schwächt sie durch die Amtsenthebung des BfArM-Chefs die Arzneimittelkontrolle.

Kurze Amtszeit mit positiver Bilanz

Prof. Schweim war noch von Andrea Fischer als Präsident des BfArM eingesetzt worden. Er meisterte den Umzug der Behörde von Berlin nach Bonn, der einen großen Verlust beim wissenschaftlichen Personal mit sich brachte. Trotzdem schaffte die Behörde eine erhebliche Beschleunigung der Bearbeitung von Zulassungen. Hatten die im Jahr 2000 abgeschlossenen Anträge eine Bearbeitungszeit von durchschnittlich fast 400 Tagen, waren es für

die 2002 abgeschlossenen Anträge deutlich unter 200 Tage.¹ Auch die Transparenz der Behörde nahm zu. So kann man im Internet die Bearbeitungsstatistiken, Warnmeldungen, ausführliche Jahresberichte und vieles mehr einsehen. Niemand wird behaupten, dass das BfArM bereits eine optimal arbeitende Behörde ist, aber es waren doch deutliche Fortschritte zu erkennen.

Blattschussvorlage

Um so erstaunlicher sind die Versuche des Ministeriums, in die Behörde hineinzuregieren. Die Ministerin zog 26 Stellen aus dem BfArM ab oder versetzte MitarbeiterInnen nach Berlin² – nicht gerade eine Maßnahme zur Effizienzsteigerung. Zwei Consulting-Firmen untersuchten die Effektivität des Zulassungsverfahrens und die Grundlagen der Gebührenerhebung. Nach Ansicht des Branchendienstes *dfg* pure Geldverschwendung: „Die meisten dabei aufgedeckten Defizite hätte jeder Insider, der sich mit dem Thema Arzneimittelzu- und Nachzulassung beschäftigt, in einem Rutsch niederschreiben können.“²

Da beide Untersuchungen nicht genügend Munition gegen den Behörden-

Editorial

Liebe LeserInnen,
zuviel Nähe zur Pharmaindustrie schadet der Gesundheit. Die Gesundheitsministerin holt sich mit einer „Task Force“ die Industrie ins eigene Haus. Dann wird eine Kommission zur Durchleuchtung der Zulassungsbehörde eingesetzt, mit dabei eine Beratungsfirma, die sonst Pharmahersteller berät (siehe Leitartikel). Gesundheits-Staatssekretär Schröder macht Reklame für die freiwillige Selbstregulierung der Pharmaindustrie (siehe S. 7).

Die Einmischung der Industrie in öffentliche Entscheidungen ist schon weiter fortgeschritten als viele denken. Türöffner sind dabei oftmals „Public Private Partnerships“. Über deren Risiken und Fallstricke berichtet ausführlich der beiliegende Pharma-Brief Spezial. Eine aufschlussreiche Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

Jörg Schaaber

- **Verschreibungssoftware:**
Industrie beeinflusst 3
- **Frauen:**
Illegale Versuche in Indien 4
- **Pharma-Kampagne:**
Jahresbericht 2003 5
- **Pharmaindustrie:**
Zweifelhafte Selbstkontrolle ... 7

Beilage: Pharma-Brief Spezial 1/2004
Hand in Hand mit der Industrie

chef boten, setzte das Gesundheitsministerium (BMGS) eine Kommission „Organisationsstrukturen und Verfahrensabläufe des BfArM“ ein.³ Deren Bericht fällt ziemlich negativ aus – kein Wunder, die Mitglieder der Kommission unterstanden der direkten Dienstaufsicht der Ministerin. Einzige Ausnahme war ein Mitarbeiter von *Boston Consulting*, einer Beratungsfirma, deren Dienste sonst vorzugsweise die Pharmaindustrie in Anspruch nimmt. Als „eine Blattschussvorlage“ für Schweim war der Bericht dann auch gedacht, so der *dfg*.

Schneller ist nicht besser

Durch den ganzen Bericht der Kommission des BMGS zieht sich ein Anliegen: Die Behörde müsse zum Dienstleister der Pharmaindustrie werden, die „schlank“ und schnell zulässt, was die Firmen vermarkten möchten. Die erste Überschrift des Berichts lautet dann auch folgerichtig „Arzneimittelzulassung als Wettbewerbs- und Standortfaktor“.

Auch die Behörde selbst wird als Wettbewerber gesehen. Sie sei gemessen an der Größe des deutschen Arzneimittelmarktes zu selten die erste, die neue Arzneimittel zulässt. Nun ist genau dies ein Problem des europäischen Verfahrens, das es dem Hersteller freistellt, wo er sein Produkt zuerst zulässt. Es ist leider naheliegend, dass Behörden bevorzugt werden, die möglichst schnell und unkritisch zulassen.

Der Bericht ist voller irreführender Aussagen. So wird behauptet, „die durchschnittliche Bearbeitungsdauer“ des BfArM würde die gesetzliche Frist von 210 Tagen für die Entscheidung über Zulassungsanträge „bei weitem übersteigen“. Als Quelle für diese Information wird ausdrücklich die Pharmaindustrie genannt.

Nach Angaben des BfArM brauchte die Behörde für die Bearbeitung nationaler Zulassungen 2002 im Schnitt 150 bzw. 190 Tage.⁴ Der Kommissionsbericht nennt dagegen 16 Monate. Wie die Differenz entsteht, ließ sich in der Kürze der Zeit nicht klären. Eindeutig erkennbar aus den Zahlen der Behörde ist aber, dass die Bearbeitungszeit in den letzten Jahren drastisch reduziert werden konnte.

Zu Bedenken ist auch, dass das BfArM gleichzeitig die Bearbeitung der Nachzulassung von Altarzneimitteln deutlich beschleunigen musste. Dieser Berg an Altlasten – ungeprüfte Mittel, die bereits vor der Einführung einer wirksamen Arzneimittelkontrolle 1978 auf dem Markt waren – war durch die Vorgänger von Prof. Schweim nur extrem langsam abgearbeitet worden. Mehrere industriefreundliche Gesetzesänderungen waren ein weiterer Verzögerungsfaktor.

USA kein Vorbild mehr

Positiv wird von der Kommission die kürzere Zulassungszeit der US-Behörde FDA erwähnt. Leider ging diese durch die Pharmaindustrie erreichte Beschleunigung auf Kosten der Arzneimittelsicherheit. In den USA mussten seither vermehrt neue Mittel nach kurzer Zeit wieder vom Markt genommen oder ihre Anwendung drastisch beschränkt werden.

Die inhaltliche Qualität der Zulassungsentscheidungen spielt in dem Bericht allenfalls eine untergeordnete Rolle, Hauptsache es geht schnell für die Firmen. Auch im Berliner Ministerium scheint in Vergessenheit geraten zu sein, dass die Zulassungsbehörde einzig und allein dem Schutz der BürgerInnen zu dienen hat und nicht zum Instrument einer falsch verstandenen Wirtschaftsförderung verkommen darf.

Die VerbraucherInnen waren übrigens weder in der Kommission vertreten noch wurden sie angehört. Dafür griff man auf die Meinungen der dubiosen im BMGS eingerichteten „Task Force zur Stärkung des Standorts für die pharmazeutische Industrie“ zurück. In der sitzt die Pharmaindustrie selbst und berät mit dem Ministerium, wie man die Arzneimittelzulassung im Sinne der Industrie verändern kann.⁵

Der Kommissionsbericht trieft übrigens vor Eigenlob für zwei andere Bundesbehörden, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)⁶ und das Deutsche Institut für medizinische Information und Statistik (DIMDI). Er empfiehlt, diesen Aufgaben des BfArM zu übertragen bzw. deren Organisationsmodelle zu übernehmen – kein Wunder, die Chefs beider Behörden saßen in der Kommission.

Wie viel Rückgrat ist erlaubt?

Es bleibt nur der Schluss, dass Schweim sich der Ministerin nicht widerstandslos gefügt hat. Eine Einschätzung, die von gut unterrichteten Kreisen geteilt wird.² Solche Aufsässigkeiten kann die Ministerin aber offensichtlich auch nicht ertragen, wenn sie fachlich gut begründet sind. Bereits kurz nach Amtsantritt von Ulla Schmidt bekam das der im Ministerium für die Krankenversicherung zuständige Abteilungsleiter Hermann Schulte-Sasse zu spüren. Er wurde entlassen, nachdem er intern geäußert hatte, dass die Abschaffung der Arzneimittelbudgets keine besonders gute Idee sei, solange man keine anderen Maßnahmen zur Kontrolle der Medikamentenverschreibung im Köcher habe. Die Geschichte gab ihm Recht. Nach Abschaffung der Budgets explodierten die Ausgaben für Medikamente.

Es muss befürchtet werden, dass die Entlassung Schweims vergleichbare Folgen haben wird. Eine ihrer Führung beraubte Behörde wird chaotischer statt besser werden. Als viel schlimmer noch könnte sich die stromlinienförmige Ausrichtung an den Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie erweisen. Die Arzneimittelsicherheit wird auf der Strecke bleiben und die PatientInnen werden den Schaden haben. Gefordert werden in dem Bericht explizit „schlanke Zulassungsprozesse“. Da das Personal des BfArM dann ja weniger belastet wäre, könne es die gewonnene Zeit dann dem Erhalt der Patientensicherheit widmen. Also: das Kind erst in den Brunnen fallen lassen und dann wieder rausfischen – vielleicht lebt es ja noch. (JS)

- 1 BfArM Tätigkeitsbericht 1998-2002 <http://www.bfarm.de/de/DasBfArM/publ/index.php> Anhang: Statistik S. 15
- 2 „Jagdszenen aus Bad Godesberg“ oder wie mobbe ich einen Behördenchef!?, Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) 12 Februar 2004, S. 5-6
- 3 BMGS, Abschlussbericht und Empfehlungen der Kommission „Organisationsstrukturen und Verfahrensabläufe im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)“ o.J.
- 4 150 Tage für neue Substanzen bzw. 189 Tage für bekannte Substanzen. Siehe EN 1 S. 7
- 5 Wir berichteten: Regierung light, *Pharma-Brief* 10/2003 S. 6
- 6 „Die Weichen für die hervorragende Stellung des PEI sind schon in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts mit auf umfassende fachliche Kenntnisse gegründetem Weitblick gestellt worden.“ Siehe EN 3 S. 7

Der direkte Draht der Pharmaindustrie zum Rezept

von Elke Brüser

Per Praxissoftware beeinflussen Arzneimittelhersteller in Deutschland die Medikamentenwahl des Arztes und können sein Verordnungsverhalten durchleuchten.

Für Ärzte ist sie ungemein praktisch, die Software für Praxen: Viel eleganter als eine Pappkartei verwaltet sie Patientendaten, bietet Hintergrundwissen, Statistiken und Arzneydatenbanken, warnt vor einer Überschreitung des Budgets und ersetzt sogar den Rezeptblock. Das alles schon ab 1000 Euro Anschaffungskosten und Update-Gebühren ab 50 Euro im Quartal.

Aber billig ist nicht folgenlos. Manche Softwareprodukte aus dem Hause DOCexpert (Bamberg) sind gespickt mit Bannerwerbung und anderer Reklame. Selbst bei anspruchsvollen wie David von Data Vital (Compugroup Dresden) lässt sich die Werbung meist nur von PC-Experten abstellen. Und von vielen Programmen wird dem Arzt sogar in die Verordnung gefunkt: Nachdem er sich bereits für ein Medikament entschieden hat, wird ein anderes vorgeschlagen und – wenn er nicht aufpasst – ins Rezept gedruckt.

Das bringt mittlerweile kritische Mediziner auf die Palme. Sie betrachten es als versteckte Werbung, die nach dem Heilmittelwerbegesetz verboten ist. Oder nennen es wie Bruno Müller-Oerlinghausen in einem Vortrag am Forschungszentrum Frauengesundheit der Freien Universität Berlin unverblümt: „Manipulation des Verordnungsverhaltens.“

TurboMed, erfunden von dem Kieler Arzt Hans-Joachim von der Burchard und jetzt Teil der Compugroup, fragt zum Beispiel, sobald es an die elektronische Rezeptierung geht: „Wollen Sie statt des ausgewählten Präparates „Voltaren 50 DRM 100 ST N3“ das wirkstoffgleiche ratiopharm-Generikum „Diclofenac Ratio 50 TMR 100 ST N3“ verordnen?“

Keine schlechte Idee, denn das würde die Kosten des Rheumamittels um 18 Euro senken - von 28,10 auf 10,64 Euro. Aber wundersamerweise werden

von dieser Software ausnahmslos Ratiopharm-Generika als Alternative vorgeschlagen. Diese Voreinstellung des Programms kann dem Arzt entgehen, wenn er – wie oft Usus - einer Helferin nur den Wirkstoff oder Handelsnamen übermittelt und ihr dann die endgültige Auswahl am Computer überlässt. Erst recht, wenn stillschweigend substituiert wird, weil dies – wie bei MCS Easynet üblich – vom Kundendienst so eingestellt worden ist.

Noch bedenklicher als die Einflussnahme am PoP, dem Point of Prescription, findet Müller-Oerlinghausen Software, die bereits ein bestimmtes Medikament vorschlägt, sobald die Diagnose in den PC getippt wird. „Das gibt dem Ganzen eine pikante Note, denn diagnosebezogene Werbung ist nicht erlaubt“, so der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Dass da einiges im Argen ist, weiß auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Aber Pressesprecher Roland Stahl zieht vorerst den Kopf ein, verweist auf Softwaretipps auf der KBV-Homepage und plädiert dafür, dass „Ärzte sich nicht durch Marketingmaßnahmen die Therapiehoheit aus der Hand nehmen lassen“ sollten.

Dazu müsste Praxissoftware neutral sein und teuer. Ist sie aber nicht, weil Arzneimittelfirmen als Sponsoren fungieren oder zum Teil selbst für die Programmentwicklung gesorgt haben. So steht der Generikahersteller Stada hinter der Software Medistar und Ratiopharm hinter DOCexpert. Da die Firmen oft auf mehreren Hochzeiten tanzen, ist Ratiopharm unter anderem auch mit MCS und Turbomed im Geschäft und die Stada bei der Compugroup.

Dem Arzt den Stift führen

„Üblicherweise sind pro Programm ein oder zwei Generika-Anbieter und

ein Re-Importeur wie Kohlpharma oder Emramed engagiert. Solche Kooperationspartner tun sich nichts, denn die einen bedienen den Markt nach Patentablauf, die anderen reimportieren geschützte Originalpräparate günstig aus dem Ausland“, erklärt der Geschäftsführer eines mittelständischen Pharmaunternehmens und nennt ein Beispiel: MCS Easynet schlägt dem Arzt vor, statt des Originals Rebetol von Essex doch als Hepatitis C Präparat Rebetol Emra zu verordnen, den Reimport seines Sponsors Emramed.

Von der Liaison mit einem Softwareanbieter profitieren Firmen, weil ihre Präparate in der Medikamentenliste an erster Stelle stehen, visuell hervorgehoben werden oder eben als Alternativvorschlag zum Zuge kommen. Derlei Pärchenbildung – auf der Grundlage von Austauschpaaren – hat die Umsätze großer Generikahersteller, die sich Softwaresponsoring leisten können, in die Höhe getrieben. Ärzte mit dem Programm Medistar verordneten zum Beispiel 2002 vier Mal häufiger ein Präparat des Sponsors Stada als ihre Kollegen, die mit Quincy oder Turbo-med arbeiten. Dafür sorgen auch Finessen, wie sie Leisys magna (DOCexpert Group) anbot: Auf Wunsch stelle der Softwareanbieter durch automatische Vermerke und Ausschluss der Substitution auf dem Rezept sicher, dass der Apotheker kein anderes Präparat abgeben könne.

Juristisch haben die Firmen in letzter Instanz bisher immer ihren Kopf aus der Schlinge ziehen können – mit dem Argument, dass es sich nicht um vergleichende Werbung handle und Voreinstellungen abänderbar seien. „Aber Alternativvorschläge wegzudrücken, ist zeitaufwändig, und die Pärchenbildung ganz zu unterdrücken, in der Regel umständlich“, weiß eine Berliner Allgemeinmedizinerin.

Ärzte sind selten Computerfreaks, gelingt ihnen dennoch das Löschen von Voreinstellungen, haben sie oft Daten-salat: Die Medikamentenliste ist nicht mehr nach Wirkstoffen, Hersteller oder Preis alphabetisch sortiert, sondern „gehört dem Zufallsprinzip“, so Müller-Oerlinghausen. Er meint, dass wir „die Entwicklung solcher Programme aus unabhängigen Mitteln brauchen. Zumindest aber eine unab-

hängige Clearingstelle für Praxissoftware.“

Eingebautes Handicap für die Konkurrenz

Es gibt noch fiesere Tricksereien, vor allem beim Updaten oder Uploaden von Datenbanken. Ein Beispiel: Alle zwei Wochen erscheinen neue Preislisten für Arzneien. Aber die Aktualisierung der Software ist nicht an diesen Rhythmus gekoppelt, sondern erfolgt in der Regel vierteljährlich. Weil die Kooperationspartner den Softwarehäusern im voraus ihre Preise bekannt geben, können sie voreingestellt und zeitgenau korrigiert werden. Die Konkurrenz hat das Nachsehen.

Mit dem gleichen Kniff lassen sich Neueinführungen der Sponsoren auf den Tag genau aktivieren und können sofort rezeptiert werden. Produkte anderer Hersteller müssen warten oder bleiben unvollständig – bis zum nächsten Update, manchmal mehrere Monate lang.

Besonders lukrativ ist das, wenn Patente von Originalpräparaten ablaufen – was lange vorher bekannt ist. Dann stehen mehrere der rund 100 Generika-Anbieter in den Startlöchern, damit ihr Präparat, an das Datum gekoppelt, rechtzeitig freigeschaltet wird. Das ist ein enormer Vorsprung: Denn ein Arzt, der statt des Originals erstmals ein neues Generikum verordnet schwenkt später selten auf ein anderes um. Doch nicht nur Firmen, die Praxissoftware sponsern, lassen Medikamente auf den Punkt scharf schalten. Im Prinzip kann jedes Unternehmen diesen Luxus kaufen. „Für 60 bis 80 Tausend Euro, manchmal auch mehr“, verrät ein Insider.

Der lange Arm der Pharmaindustrie reicht noch weiter. Bei bestimmten Diagnosen wird der Arzt etwa von DOCexpert sogleich gefragt, ob er nicht an einer Anwendungsbeobachtung mit Präparat XY teilnehmen möchte. Um reine Marketingstudien handelt es sich dabei, die dem Mediziner aber einen Nebenverdienst von

etwa 40 oder 50 Euro pro Patient einbringen.

Verschiedene Softwareprogramme machen den Arzt selbst zum gläsernen Patienten, denn sie speichern automatisch was er wie oft verschreibt. Kommt dann ein Pharmareferent und schlägt vor, das „Verordnungsverhalten zu optimieren“, erhält er leicht Akten-einsicht. „Das ist für Arzneimittelfirmen Gold wert“, versichert ein Branchenkenner. „Hat nämlich der Arzt im letzten Quartal etwa den Blutdrucksenker Nifedipin des eigenen Unternehmens selten verordnet, wird er gleich entsprechend bearbeitet.“ Auf unsichere Angaben aus der Apotheke von der anderen Straßenseite können die Firmenkundschafter verzichten.

Rund 100.000 Arztpraxen nutzen in Deutschland unterstützende Software. Sie ist praktisch, auch für die Pharmaindustrie, die per Mausclick oft den direkten Draht zum Rezept hat.

Elke Brüser ist Wissenschaftsjournalistin. Eine Kurzfassung dieses Artikels erschien in der *Süddeutschen Zeitung*

Antibiotikum zur Sterilisation Illegale Versuche an fast 800 indischen Frauen

Unethische und illegale medizinische Forschung ist in Indien an der Tagesordnung: Medikamententests werden nicht selten ohne behördliche Genehmigung durchgeführt. Die meisten klinischen Forschungsprojekte sehen im Fall von bleibenden Gesundheitsschäden oder gar im Todesfall der Versuchspersonen keine Entschädigung vor. Mit behördlicher Genehmigung werden Arzneimittel an Menschen getestet, noch bevor die gesetzlich vorgeschriebenen Tierversuchsreihen abgeschlossen sind.⁷ Eine jüngst veröffentlichte Studie zur Anwendung von Erythromycin als Verhütungsmittel bestätigt, wie leicht verletzliche Bevölkerungsgruppen in Indien als Versuchspersonen missbraucht werden können.⁸

790 Frauen wurde im Rahmen einer nicht legalen klinischen Studie (August 1999 bis Oktober 2002) in West Bengal das Antibiotikum Erythromycin direkt in die Gebärmutter eingeführt, um sie dadurch unfruchtbar zu machen. Die Versuchspersonen bekamen das Mittel direkt in den Uterus verabreicht. Das Mittel sollte die Frauen dauerhaft unfruchtbar machen. 35% der Frauen aus der ersten und 28% aus der zweiten Versuchsgruppe wurden dennoch im Zeitraum eines Jahres schwanger.⁸ Die *Indian Rural Medical Association* distanzierte sich mittlerweile von der

Studie: Die beiden ehemaligen Mitglieder Biral Mullick und Natai Bairagy, die die Studie durchgeführt und publiziert hatten, hätten nicht im Namen der Ärztevereinigung gehandelt.

Bedenkliche Grundlage

Grundlage der Erythromycin-Versuche der beiden Ärzte aus Calcutta war eine im Jahr 2000 erschienene Studie der umstrittenen US-Gruppe *Family Health International*, die nahe legte, das Antibiotikum sei eine effektivere Sterilisationsmethode als der Wirkstoff Chinacrin.

Chinacrin, ein altes nebenwirkungsreiches Malariamittel, wurde in Indien 1998 für die Anwendung zur chemischen Sterilisation bei Frauen verboten. Über 30.000 indische Frauen hatten das Mittel illegal zu Studienzwecken verabreicht bekommen und erst vehementer öffentlicher Druck konnte diese Praxis beenden.⁹

Delikaterweise sind im Fall Erythromycin dieselben Personengruppen beteiligt, die sich auch schon der Chinacrin-Forschung verschrieben hatten. Die beiden indischen Ärzte hatten zuvor Sterilisationsversuche mit Chinacrin durchgeführt. Auch die US-amerikanische Hilfsorganisation *Family Health International* hatte bereits in den 1990er Jahren die Studien zur Sterilisation mit Chinacrin finanziell unterstützt.¹⁰ Die Organisation setzt sich auch heute noch für die Erforschung und Zulassung von Erythromycin und Chinacrin als Verhütungsmittel ein.¹¹

Spottbillig, schnell und irreversibel

Beide Mittel wirken auf ähnliche Weise: Mit Hilfe eines Applikators wird das Medikament in die Gebärmutter

ter eingeführt. Es entzündet die Gebärmutterwände und die Eileiter. Während sich die Gebärmutter mit der nächsten Menstruation erneuert, vernarben die Eileiter und werden so verschlossen.

Bevölkerungspolitik

Die chemische Sterilisation ist spottbillig, schnell und irreversibel – ein ideales Instrument für bevölkerungspolitische Massen Anwendungen.¹² Allerdings treten bei der Anwendung zahlreiche Nebenwirkungen auf – das Arzneimittel ist höchst unsicher und im Vergleich zur chirurgischen Sterilisation ist die Erfolgsquote wesentlich geringer. Chinacrin wurde massenhaft angewendet, bevor Untersuchungen zur Giftigkeit, zur potentiellen Schädigung eines Embryos und zur Kanzerogenität gemacht wurden. Grundlegende medizinische Standards für die Entwicklung eines neuen Arzneimittels wurden nicht eingehalten. Gleiches gilt für die Anwendung von Erythromycin.

Statt vorgesehener 100 wurden 790 Frauen mit Erythromycin behandelt, weil die Nachfrage so groß gewesen sei, so Mullick und Bairagy in ihrem Forschungsbericht. Doch große Nachfrage kann keine Rechtfertigung für unethische Forschung sein. Dr. Samiran Nundy, Herausgeber des *Indian Journal of Medical Ethics* postuliert, damit sei Indiens Fähigkeit in Frage gestellt, medizinische Forschung nach ethischen Kriterien zu betreiben: „Die Behörden sind nicht stark genug und Mediziner-Vereinigungen weigern sich, gegen irrige ÄrztInnen vorzugehen.“⁸ Das macht wenig Hoffnung für zukünftige Forschungsprojekte. (CJ)

7 Dr. Chandra M. Gulhati: Needed: Closer Scrunity of Clinical Trials *Indian Journal of Medical Ethics*, Jan-Febr 2004 zitiert nach: e-drug www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200401/msg00026.php

Dinesh C. Sharma: Illegal tests done on 790 Indian women. *Hindustan Times*, 17.1.2004

8 Ganapati Mudur/ New Delhi: Use of antibiotic in contraceptive trial sparks controversy. *British Medical Journal* 24.1.2004, Vol. 328 p: 188 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7433/188-a>

9 Chinacrin in Indien verboten. *Pharma-Brief* 2-3/1998, S. 8.

10 vgl. Annette Will: Sterilisation im Handumdrehen, *Pharma-Brief* 4/1997, S. 1-4

11 Family Health International, Update on FHI's Research on Nonsurgical Sterilization, June 2002 www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/6-02research.htm

12 zum Missbrauchspotential chemischer Sterilisation vgl. vgl. Annette Will: Sterilisation im Handumdrehen, *Pharma-Brief* 4/1997, S. 3.

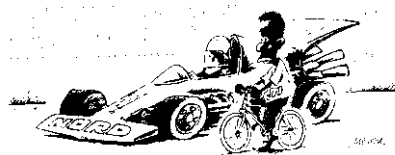


In eigener Sache

Ungleiche Chancen

Jahresbericht 2003 der BUKO Pharma-Kampagne

Während die reichen Nationen im Rennwagen sitzen, gehen die Armen mit dem Fahrrad an den Start – mit einer Karikatur von Gerhard Mester kommentierte der Pharma-Brief Spezial 1/2003 die ungleiche Chancenverteilung im Weltwirtschaftssystem. Dieses Bild begleitete uns durchs Jahr: Ungerechte und krankmachende Strukturen internationaler Handelsabkommen blieben auch 2003 ein Arbeitsschwerpunkt der Kampagne. Außerdem setzten wir uns für eine verbraucherfreundliche europäische Arzneimittelkontrolle ein und beschäftigten uns mit den Risiken von sogenannten „Public Private Partnerships“.



Gleichbehandlung ist nicht immer gerecht

Karikatur: Mester

Patente gefährden die Gesundheit

Am Beispiel von AIDS-Medikamenten machten wir immer wieder auf die problematischen Auswirkungen von Patenten aufmerksam und konnten als Teil der internationalen Kampagne zum Zugang zu Arzneimitteln zu den erheblichen Preissenkungen beitragen. Insbesondere auf die Politik der Euro-

päischen Union suchten wir Einfluss zu nehmen. Zwar hatte die WTO-Ministerialrunde 2001 in Doha dem Schutz der öffentlichen Gesundheit eine weitgehende Priorität eingeräumt, aber es blieb die Frage offen, wie Länder ohne eigene Arzneimittelproduktion von ihrem Recht auf Zwangslizenzen Gebrauch machen können. Der TRIPS-Rat sollte diese wichtige Frage bis November 2002 beantworten, tat dies jedoch erst am 30.8. 2003. Die Pharma-Kampagne kritisierte schon im Vorfeld scharf die Haltung der EU, eine Einigung auf Kosten der weltweit ärmsten Länder zu erzielen. Mit unserer Straßentheatertour 2003 und einer begleitenden Postkartenaktion machten wir unsere Position öffentlich. Zugleich suchten wir das Gespräch mit der EU, die eine starke Stimme innerhalb der WTO hat. Wir beteiligten uns intensiv am Dialog der Europäischen Kommission mit der Zivilgesellschaft. Nach einem Briefwechsel mit dem EU-Handelskommissar Pascal Lamy, führten wir am 16.4.2003 gemeinsam mit Ärzten ohne Grenzen (MSF) ein klärendes Gespräch mit Jean Charles Van Eeckhaute, dem Administrator der EU-Kommission für Handel.

Faule Kompromisse bei der WTO

Bei der WTO Ministerkonferenz in Cancun/Mexiko sollte das Thema weiter verhandelt werden, wurde aber letztendlich von der Tagesordnung der WTO-Konferenz gestrichen. Die Pharma-Kampagne beteiligte sich intensiv an der Vorbereitung der Lobbyaktivitäten, zuletzt als Mitveranstalter des Kongresses *Global Fatal* in Berlin. Schon während der Vorgespräche zur Konferenz in Cancun handelten die Minister einen Kompromiss zum Import zwangslizenzierter Arzneimittel aus, zu dem wir kritisch Stellung bezogen. Zwar konnten die schlimmsten Forderungen der USA und der Industrie (Beschränkung auf nur wenige Krankheiten, Beschränkung der export- und importberechtigten Länder) verhindert werden, doch von einer gerechten Lösung ist der Kompromiss weit entfernt. Die BUKO Pharma-Kampagne wird die weiteren Entwicklungen wachsam begleiten. Der ausgehandelte Text ist schließlich nur eine Übergangslösung.

Gesundheit für alle – nur auf dem Papier?

Das Abkommen über Handel und Dienstleistungen (GATS) hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen in den Ländern des Südens und auch in Europa. Im Zuge der Liberalisierung geraten Regierungen unter Druck, öffentliche Gesundheitsdienste zu privatisieren. Das wird den Zugang der Armen zu den Gesundheitsdiensten weiter verschlechtern. Wir stellten das Thema GATS und Gesundheit darum ausführlich in einer Spezial-Ausgabe des Pharma-Briefs dar und produzierten einen Film über Armut in Deutschland.

Zugleich engagierten wir uns im weltweiten *People's Health Movement* (PHM) und trugen die Million Signature Campaign des PHM für das Menschenrecht auf Gesundheit gemeinsam mit *medico international* in die deutsche Öffentlichkeit. Gemeinsam mit dem *People's Health Movement* riefen wir den Delegierten bei der Weltgesundheitsversammlung in Genf ein wichtiges Jubiläum ins Bewusstsein: Vor 25 Jahren beschloss die WHO, dass bis zum Jahr 2000 das Menschenrecht auf Gesundheit für alle umgesetzt werden sollte. Die WHO ist mit diesem Ziel gescheitert.

Arzneimittelzulassung: Geheimniskrämerei macht krank!

Aufgrund wirtschaftlicher Interessen werden bislang wichtige Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln geheim gehalten. Das führt dazu, dass potenziell risikoreiche oder wenig wirksame Substanzen vermarktet werden können, ohne dass diese Informationen der Öffentlichkeit oder der Fachwelt zugänglich wären. Gemeinsam mit der International Society of Drug Bulletins (ISDB), kritisierten wir die Geheimniskrämerei um die Arzneimittelzulassung auf europäischer Ebene und forderten das Recht auf unabhängige Information ein. Wir konnten einen großen Teil unserer Positionen erfolgreich in den Bundestag und das Europäische Parlament einbringen. Die Ende 2003 verabschiedete Reform zur europäischen Arzneimittelgesetzgebung spiegelt trotz einiger Kompromisse viele unserer Forderungen wider. Als größter Erfolg kann

die Verhinderung der Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel bei VerbraucherInnen gelten. Darüber hinaus konnten Verbesserungen im Meldesystem für Nebenwirkungen und eine größere Transparenz im Zulassungsverfahren erzielt werden. Wir werden im nächsten *Pharma-Brief* ausführlicher über die neue EU-Arzneimittelgesetzgebung berichten.

Die Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist äußerst lückenhaft. Wir bereiteten den europäischen Workshop von ISDB zu Pharmakovigilanz mit vor. Dort wurden Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert und eine Erklärung zum Thema vorbereitet.

Deutsche Firmen auf dem Prüfstand

Viele nutzlose und sogar gefährliche Medikamente werden von deutschen Pharmafirmen in der Dritten Welt angeboten. Nach einer Untersuchung der BUKO Pharma-Kampagne von 1998 waren vier von zehn deutschen Mitteln in Ländern des Südens irrational. Um diese Informationen auf den neuesten Stand zu bringen, haben wir 2003 mit der Datenerfassung für eine neue Studie begonnen. WissenschaftlerInnen aus Pharmakologie, Pharmazie, Public Health und dem VerbraucherInnen-schutz werden die Publikation kritisch begleiten.

Hand in Hand mit der Industrie?

Öffentliche Institutionen und Organisationen gehen zunehmend so genannte Partnerschaften mit Wirtschaftskonzernein. Sponsoring ist in aller Munde, viele Selbsthilfegruppen hängen am Tropf der Pharmaindustrie und Vereinte Nationen oder Weltgesundheitsorganisation kommen scheinbar nicht mehr ohne private Financiers aus. Verantwortliche aus Politik und Wirtschaft preisen solche „Public Private Partnerships“ (PPPs) bedenkenlos als Zukunftsstrategie an. Öffentliche Aufgaben werden unter dem Vorwand leerer Kassen zunehmend privaten Unternehmen übertragen. Auf einer Fachtagung der Pharma-Kampagne in der Evangelischen Akademie Bad Boll diskutierten und analysierten die TeilnehmerInnen Auswirkungen und Interessenkonflikte solcher „Partnerschaften“ in Nord und Süd und entwickelten

gemeinsame Strategien und Alternativen. Zwei ReferentInnen aus Indien und Pakistan gingen im Anschluss an den Kongress auf Deutschlandreise und besuchten in acht Städten gesundheitspolitische Veranstaltungen, Gruppen und Organisationen, darunter das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM), den Gesundheitsladen München und die Vollversammlung des bundesdeutschen Bündnisses gegen AIDS, in dem die Pharma-Kampagne im Kampagnenrat vertreten ist.

Pharma-Kampagne online

Mit ihren Aktionen und Veranstaltungen war die Pharma-Kampagne auch 2003 stark öffentlich präsent. Wir bearbeiteten vergangenes Jahr knapp 100 Presseanfragen und lieferten damit wichtige Argumente und Hintergründe für zahlreiche Medienberichte und Fachartikel. Zusätzlich wurde der gesamte Internetauftritt der Pharma-Kampagne neu gestaltet. Unsere Webseiten bieten nun laufend Informationen zu Aktionen und Kampagnen, Veranstaltungen und Seminaren. Sie präsentieren aktuelle Meldungen aus der Gesundheitspolitik und auch Pressemitteilungen der Pharma-Kampagne. Seit der grundlegenden Überarbeitung der Homepage hat sich die monatliche BesucherInnenzahl unserer Webseiten verzehnfacht: Sie stieg von knapp 600 auf 6000. Ein Indiz dafür, dass unsere Arbeit auch weiterhin Interesse weckt und Früchte trägt. (CJ)

Impressum

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

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

Redaktion: Jörg Schaab (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



Deutschland

Pharmaindustrie kontrolliert sich selbst

Der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) hat einen Verein zur Selbstkontrolle gegründet. Damit soll eine weitergehende staatliche Regulierung des Einflusses der Industrie auf ÄrztInnen verhindert werden. Schon allein die Propagierung dieses Vereins ist ein Skandal. Denn sie offenbart eine ungesunde Nähe von Industrie, MedizinerInnen und Politik.

Absender eines Briefes, mit dem der neue Verein der Pharmaindustrie den ÄrztInnen schmackhaft gemacht werden soll, ist der VFA. Unterzeichnet ist er gemeinsam vom Vorsitzenden des VFA, Dr. Dr. Andreas Barner, und dem Vorsitzenden der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer, Prof. Ingo Flenker. Die Adressen für den Brief, der an alle ÄrztInnen verschickt wurde, stammen offensichtlich von der ärztlichen Standesvertretung.

Vorgestellt wurde die ganze Selbstkontroll-Aktion der Industrie übrigens gemeinsam vom VFA, Prof. Flenker und Gesundheits-Staatssekretär Theo Schröder. Letzterer machte deutlich, dass „durch die Bereitschaft, eine freiwillige Selbstkontrolle einzurichten, auf weitergehende gesetzliche Regelungen verzichtet werden“ konnte. Zwar bezeichnen die neuen Regeln die schlimmsten Auswüchse der Industrierwerbung – wie Unterhaltungsprogramme und die Finanzierung von Begleitpersonen bei Kongressen – als unakzeptabel, sind aber in vielen anderen Punkten butterweich. So werden die umstrittenen sogenannten Anwendungsbeobachtungen keineswegs als problematisch bezeichnet, sondern nur auf die Notwendigkeit der Dokumentation und die Angemessenheit des Honorars verwiesen. Das war offensichtlich in der Vergangenheit nicht selbstverständlich.

Damit bleibt dies beliebte Marketinginstrument der Industrie erhalten: ÄrztInnen können weiterhin dafür Geld bekommen, dass sie ein neues Medikament verschreiben. Der wissenschaftliche Nutzen dieser Beobachtungen geht nach Meinung unabhängiger ExpertInnen gegen Null, für das Marketing sind sie überaus nützlich. Wer sich erst an die Verschreibung eines neuen Mittels gewöhnt hat, verordnet es meist weiter. Die pseudowissenschaftliche Dokumentation füllt die Aktenschränke der Industrie und erhöht die Zahl der Studien, die zu einem Medikament durchgeführt wurden; wiederum eine Zahl, die sich in der Werbung einsetzen lässt. „Sozialadäquate“ Geschenke und Bewirtung bleiben zulässig.

Dass die ganze Aktion hauptsächlich Propagandazwecken dient, macht auch der Inhalt des Briefes deutlich. Er besteht aus einem Sonderdruck der „Ärzte-Zeitung“, einem täglich erscheinenden Werbeblatt, das ÄrztInnen kostenlos erhalten. Drei Artikel der obengenannten Akteure Barner, Flenker und Schröder plus Einleitung und einer äußerst knappen Zusammenfassung der Regeln des Selbstkontrollvereins. Man hat es offensichtlich nicht für notwendig befunden, die vollständigen Regeln des Vereins herumschicken. Das könnte ja vielleicht doch jemanden ermutigen, sich zu beschweren, und er oder sie könnte feststellen, dass die Selbstkontrolle ein zahnloser Tiger ist.

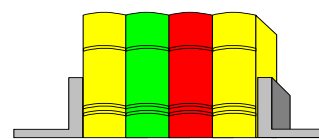
Strafen aus der Portokasse

Der Verein will sich zunächst immer um eine gütliche Einigung bemühen. Die angeblich so hohen Geldstrafen reichen von 5.000 bis 50.000 Euro, nur Wiederholungstäter können theoretisch mit bis zu 250.000 Euro bestraft werden. Dass die Industrie selbst nicht so recht an eine Abschreckungswirkung von Beträgen glaubt, die Firmen aus der Portokasse bezahlen können, zeigt die Tatsache, dass die schlimmste Strafe eine öffentliche Rüge ist.

Der Spruchkörper erster Instanz soll aus einer Person bestehen, dem Geschäftsführer des Abmahnvereins. Erst die zweite Instanz besteht aus vier IndustrievertreterInnen, drei ÄrztInnen und einer/m PatientenvertreterIn sowie

einem „neutralen“ Vorsitzenden. Auch hier sitzen also hauptsächlich die Betroffenen über sich selbst zu Gericht. Tätig wird der Verein übrigens noch nicht, denn er hat eine Eintragung als „Wettbewerbsverein“ beantragt. Solche Vereine haben zur Aufgabe, unlauteren Wettbewerb zu verhindern. Erst nach Anerkennung durch das Bundeskartellamt kann er tätig werden.

Alle Erfahrungen mit freiwilligen Industriekodizes zeigen, dass sie keine wirksame Kontrolle von unethischen Praktiken darstellen. Aber bis sich diese Erkenntnis in Deutschland durchsetzen wird, hat die Industrie erst einmal ein paar Jahre gewonnen. (JS)



Neue Medien

Arzneimittelgesetz

Die neueste Fassung des Arzneimittelrechtes gibt es jetzt als CD.

Alle für das Arzneimittelrecht in Deutschland wesentlichen Gesetze mit amtlichen Begründungen und Kommentar finden sich auf der von Feiden und Pabel herausgegebenen „Arzneimittelrecht-CD“. Dazu gehören natürlich auch die zahlreichen Regelungen des europäischen Rechts. Auch wichtige Gerichtsentscheidungen sind dokumentiert. Die Suchfunktion ermöglicht das schnelle Auffinden von Stichwörtern auf Wunsch auch übergreifend in verschiedenen Gesetzen gleichzeitig.

Einzige bittere Pille an der runden Scheibe ist der Preis. Er liegt schwer verständlicher Weise doppelt so hoch wie der Preis der Buchfassungen der beiden Arzneimittelrechtskommentare, die auf der CD zusammengefasst sind. (JS)

Feiden/Pabel, Arzneimittelrecht-CD
2004 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart ISBN 3-8047-2010-2
Preis 860 €



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



Aus aller Welt

Medikamenteninitiative vor dem Aus?

Auf der Weltgesundheitsversammlung 2003 beschloss die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die *3 by 5 Initiative*: Im Jahr 2005 sollen drei Millionen HIV-Infizierte mit den unentbehrlichen AIDS-Medikamenten behandelt werden.¹³

Jetzt droht dieser wichtigen Initiative das Aus, denn bisher haben nur Großbritannien, Schweden und Spanien ihren finanziellen Beitrag dazu geleistet. Einige Länder, allen voran die USA, wollen ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen.¹⁴ Offiziell bezweifelt sie die Sicherheit der HIV-Medikamente, die für die Initiative generisch nachproduziert werden sollen. In Wirklichkeit ist der Grund für die Weigerung woanders zu suchen. Die notwendigen Medikamente sind patentgeschützt und die US-Pharmaindustrie wehrt sich vehement gegen die WHO-Initiative, die zwar viele Leben retten kann, ihr aber keine Gewinne in die Kassen spülen würde. (CF)

Gewinne blühen

Trotz schwieriger wirtschaftlicher Lage prosperiert die Pharmaindustrie international.

Inflationsbereinigt stiegen die Umsätze der Arzneimittelfirmen weltweit 2003 laut IMS um neun Prozent auf 492 Milliarden US\$. Dabei spielten sogenannte Blockbuster, die 64 Medikamente, die über eine Milliarde US\$ Umsatz pro Jahr erzielten, eine entscheidende Rolle. Allein die zehn gewinnträchtigsten Mittel erzielten zehn Prozent vom gesamten Weltumsatz, alle 64 Blockbuster zusammen etwa ein Drittel.¹⁵ (JS)

20 Jahre *Schluck & weg* – Grund zum Feiern!

„Ham Sie Bauchschmerzen, ham Sie Herzschmerzen, zu lange Ohren, zu kurze Beine? Schluck & weg hilft gegen alles und für alles...“ So lockte die erste Buscrew vor 20 Jahren PassantInnen an den Theaterbus und attackierte mit ihrem Stück die Konzernzentralen von Hoechst, Bayer, Schering, Merck & Co.



Bösewichte werden bei Schluck & weg, der Straßentheatergruppe der Pharma-Kampagne, manchmal nicht ganz so zart behandelt

Foto: Jörg Schaab

Seither hat das Theaterfieber die BUKO Pharma-Kampagne gepackt! Jahr für Jahr verwandelt *Schluck & weg* mit einer Gruppe von ehrenamtlichen SchauspielerInnen einen skandalösen, aber oft auch drögen Stoff in ein unterhaltsames Theaterstück.

Mit einem bunt bemalten Bus ziehen sie durch die Republik. *Schluck & weg* schweißte AktivistInnen zusammen, verschaffte Aktionen bundesweit ein Presseecho und öffnete auch den Hauptamtlichen der Pharma-Kampagne zuweilen die Augen: Denn was bleibt, sind vor allem die Bilder in den Köpfen: Die Firma Bayer als hässlicher Gayer, der Schering-Wolf, der Rotkäppchen die Pille aufschwätzt oder die WTO als betörende und gefährliche Tentakelfrau.

Diese Bilder beleben den Stoff der Pharma-Kampagne – damals wie heute. Die MitarbeiterInnen der Kampagne sagen dafür allen *Schluck & weg* – AktivistInnen der vergangenen zwanzig Jahre und allen, die unsere Tourneen ermöglicht haben, ein herzliches Dankeschön! Ihr habt auch dafür gesorgt, dass uns das Lachen nicht vergeht! Darum wollen wir mit euch feiern: **Wir laden zum Empfang am Samstag, den 22. Mai 2004 beim BUKO-Kongress in Kassel.**

Von 9.30-12.30 präsentieren wir eine Foto-Dokumentation über *Schluck & weg* und Anekdoten aus der Geschichte. Wir zeigen Video-Filme von Aufführungen, laden zum Mitmach-Theater ein und vieles mehr. Nach dem gemeinsamen Mittagessen könnt ihr in der Kasseler Innenstadt *Schluck & weg* live erleben. Im „Theaterbus-Café“ erwarten euch ein fair-

gehandeltes Getränk und ein Stück Vollkornkuchen! Ab 20.00 Uhr beginnt der Kulturteil des BUKO-Kongresses mit anschließender Party, zu der wir ebenfalls herzlich einladen. (CJ)

Empfang und Workshop: Uni Kassel, Mönchebergstr. 19. Tagesbeitrag 15,- Euro; bei kürzerer Teilnahme nach Selbsteinschätzung! Anmeldung bei Claudia Jenkes, BUKO Pharma-Kampagne, 0521-60550 cjenkes@bukopharma.de

Das Letzte

„Zukünftig soll somit nicht allein der Eindruck ausreichen, daß eine Beeinflussung hätte stattfinden können, sondern es kommt darauf an, daß die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung tatsächlich beeinflusst wird.“

Laut Prof. Flenker angebliche Verbesserung der ärztlichen Berufsordnung zum Thema Annehmen von Geschenken von der Pharmaindustrie. Flenker ist Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer. (zitiert nach Flenker, Klare Regeln für ein konstruktives Miteinander garantieren Unabhängigkeit, Sonderdruck der *Ärzte-Zeitung*, der von der Pharmaindustrie am 20.2.2004 an ÄrztInnen verschickt wurde.)

13 WHO and UNAIDS, Treating 3 Million by 2005. Making it happen. www.who.int/3by5/en/
14 Alison Langeley, African Aids drug plan faces collapse. *The Observer* 14 March 2004
15 IMS Reports 9 Percent Constant Dollar Growth in '03 Global Pharma Sales www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,277,7,6025_40183881_45365325,00.html