

# PHARMA- BRIEF



Nr. 9-10/2005

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

November./Dezember 2005

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

## Kinofilm mit Pharmakritik

*Der ewige Gärtner* von John le Carré

**Am 12. Januar wird *Der ewige Gärtner* in Deutschland in die Kinos kommen. Wer genau hinschaut, wird in dem Film, der nach einem Buch von John le Carré gedreht wurde, auch die BUKO Pharma-Kampagne wiedererkennen.**

Der Film beginnt mit dem Mord an der britischen Diplomateggatin Tessa Quayle in Kenia. Tessa hatte sich sozial engagiert. Ihr eher unauffälliger Ehemann Justin beginnt sich erst nach dem Tod seiner Frau für ihre Aktivitäten zu interessieren. Bald erkennt er, dass Tessa einem skandalösen Medikamentenversuch auf der Spur war. Dabei hatte sie auch Kontakt zu der kleinen kritischen Gruppe Hippo in Deutschland aufgenommen. Wir verraten an dieser Stelle nicht mehr zu Handlung des Films.

Die Vorlage für Hippo ist die BUKO Pharma-Kampagne. Vor gut fünf Jahren, im April 2000, bekam die Kampagne Besuch von David Cornwell alias John le Carré. Der Autor verbrachte einen ganzen Tag mit den MitarbeiterInnen, ließ sich umfassend informieren, und meinte am Ende, dass er genau die Gruppe gefunden hatte, die perfekt in die Handlung seines

neuen Buches passte. So besucht im Kapitel 16 des *Ewigen Gärtners* Justin Quayle auf der Suche nach den Gründen für den Tod seiner Frau Hippo in



**Mehr als eine Liebesgeschichte. *Der ewige Gärtner* ist ein Pharmakrimi mit realem Hintergrund**

Foto: Verleih

Bielefeld. Im Film wurde der Sitz von Hippo übrigens nach Berlin verlegt. Regie bei der Verfilmung des *Ewigen Gärtners* führte Fernando Meirelles, (*City of God*), Hauptdarsteller sind Ralph Fiennes und Rachel Weisz.

Carré dankte im „*Ewigen Gärtner*“ der BUKO Pharma-Kampagne ausdrücklich und rief die LeserInnen zu Spenden auf (siehe Kasten). Die Kampagne unterstützte den Autor auch intensiv bei der Pressearbeit nach Ver-

### Editorial

Liebe LeserInnen, heute bekommen Sie viele Informationen von uns. Unser Schwerpunkt zu einer „Forschungspolitik im Interesse der Menschen“ mündet in einen umfangreichen Pharma-Brief Spezial (siehe Heftmitte).

Das zweite und letzte Mal bekommen Sie ein Probeexemplar von Gute Pillen – Schlechte Pillen. Die Zeitschrift stieß auf große Resonanz, aber wir brauchen natürlich noch mehr LeserInnen.

Wir möchten Sie aber auch zu etwas Unterhaltung animieren. Gehen Sie doch mal wieder ins Kino und nähern sich der Pharmakritik auf andere Weise. Mehr dazu im nebenstehenden Leitartikel. Angenehme Lektüre und gute Unterhaltung wünscht Ihnen Ihr

Jörg Schaaber

- **Chemiepolitik:**  
Out of REACH ..... 2
- **Direktwerbung:**  
ProfessorInnen protestieren ... 3
- **Neuroleptika:**  
Neue nicht besser ..... 4
- **Deutschland:**  
Fragwürdige IGeL..... 4  
Gesetz zu Arzneimittelkosten...5
- **Neue Bücher:**  
AIDS; Vogelgrippe ..... 6

öffentlichung des Buches und des Films. Der Film gibt Anstoß, sich kritisch mit den Machenschaften der Pharmaindustrie auseinander zu setzen.

Unethische Menschenversuche wie im Film sind dabei nur eine Facette. Andere sind prohibitiv hohe Preise für AIDS-Medikamente, die Vermarktung unsinniger oder gefährlicher Produkte und irreführende Werbung. Die BUKO Pharma-Kampagne hat das Angebot deutscher Firmen in der Dritten Welt untersucht: Fast 40% der Produkte, die in armen Ländern verkauft werden, müssen als irrational bezeichnet werden. Sie sind unwirksam, schlecht verträglich oder sogar gefährlich. Mit ihrer Arbeit hilft die Pharma-Kampagne, solche Missstände einzuschränken. Sie setzt sich gleichzeitig mit Nachdruck für eine bessere Versorgung der Dritten Welt mit unentbehrlichen Arzneimitteln ein und hat mit dazu beigetragen, dass die Preise für AIDS-Medikamente drastisch gesenkt wurden und deshalb in Afrika mehr Kranke behandelt werden können. Doch noch immer gehen neun von zehn AIDS-Kranken in Afrika leer aus und sterben einen frühen Tod. (JS)

### **John le Carré zur BUKO Pharma-Kampagne**

*„Die BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld – nicht zu verwechseln mit Hippo in meinem Roman – ist eine finanziell unabhängige, personell unterbesetzte Vereinigung vernünftiger, hochqualifizierter Menschen, deren Ziel es ist, die Missetaten der pharmazeutischen Industrie, insbesondere deren Geschäfte in der Dritten Welt, ans Licht zu zerren. Sollte Ihnen danach sein, überweisen Sie ihnen doch bitte etwas Geld, damit sie ihre Arbeit fortsetzen können. Dass die Pharmagiganten die Meinung von Medizinern fortwährend auf heimtückische und systematische Art beeinflussen, macht den Fortbestand von BUKO umso notwendiger.“*

Auszug aus John le Carré: Der ewige Gärtner, S. 557

**Spendenkonto:** BUKO Pharma-Kampagne: 105 627 bei der Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61)

# Out of REACH

## Faule Kompromisse bei EU-Chemiekontrolle

**Weltweit werden 500 Millionen Tonnen Chemikalien produziert. Von vielen sind die Risiken nicht bekannt. Mit REACH wollte die EU dem abhelfen, doch die Industrielobby hat den Gesetzentwurf erfolgreich verwässert.**

100.000 verschiedene Chemikalien gibt es in der Europäischen Union. Von manchen weiß man, dass sie gesundheitsschädlich sind, doch bei den meisten ist kaum oder gar nicht bekannt, wie sie auf den menschlichen Körper wirken. Der Grund dafür ist, dass bis 1981 keine solchen Überprüfungen vorgeschrieben waren und die Nachuntersuchung äußerst schleppend verläuft. Innerhalb von 24 Jahren wurden nur 65 Altstoffe auf gesundheitliche und ökologische Risiken überprüft.<sup>1</sup> Mit REACH sollte das eigentlich anders werden. Alle Chemikalien, die in der EU in größeren Mengen als eine Tonne jährlich hergestellt oder importiert werden, sollten erfasst und die Hersteller zur Beibringung von Tests zur Verträglichkeit der Substanzen verpflichtet werden. Dabei war ein abgestuftes System vorgesehen, das in Abhängigkeit von der Produktionsmenge immer strengere Untersuchungen vorsah. Anfänglich sollten 100.000 Substanzen geprüft werden, diese Zahl verringerte sich aber durch heftige Lobbyarbeit der Industrie zuletzt auf 30.000 Stoffe.<sup>2</sup> Am 17. November entschied sich das Europäische Parlament in erster Lesung nochmals für eine drastische Herabstufung der Anforderungen und reduzierte damit die Menge der zu untersuchenden Stoffe auf ca. 10.000. Bei Stoffen bis 100 Jahrestonnen werden nur wenige Daten vom Hersteller verlangt. Nur wenn ein hinreichender Verdacht auf Schädlichkeit besteht, können Tests zur Sicherheit verlangt werden. Damit wird die Beweislast für diese Stoffe wieder umgekehrt. Das genaue Gegenteil hatte REACH erreichen wollen: Die Hersteller hätten in jedem Fall die Unbedenklichkeit ihrer Stoffe belegen müssen.

Der neuen Bundesregierung gehen die Einschränkungen der Kontrolle trotzdem noch nicht weit genug. Laut *Frankfurter Rundschau* geht der neue Umweltminister Gabriel davon aus, dass die EU die zeitliche Begrenzung

für die Zulassung gefährlicher Stoffe großzügig handhabt und den Ersatz durch weniger gefährliche Stoffe nicht zwingend vorschreibt. Damit würde die Entscheidung des Europaparlaments entschärft. Die Abgeordneten wollen die Industrie durch eine Befristung der Zulassung zwingen, krebserregende Substanzen, Umweltgifte und schwer gesundheitsschädliche Stoffe zu ersetzen und aus dem Verkehr zu ziehen.<sup>3</sup>

Sollte REACH in der zweiten Lesung nicht verschärft werden, bleibt der Schutz von VerbraucherInnen auf der Strecke. Dabei steht einiges auf dem Spiel. So sterben weltweit schätzungsweise 350.000 Menschen jährlich an versehentlichen Vergiftungen durch Chemikalien.<sup>4</sup> Die Gesundheitsrisiken wie Allergien und Krebs sind bislang nicht genau quantifiziert, von etlichen Stoffen ist aber bekannt, dass sie solche Erkrankungen auslösen können. (JS)

1 Hiltrud Breyer. Wenn die Chemie nicht mehr stimmt. *Frankfurter Rundschau* 17.11.2005

2 EU-Parlament schwächt Chemieverordnung ab. *Frankfurter Rundschau* 18.11.2005

3 Berlin will Chemie-Richtlinie weiter entschärfen, *Frankfurter Rundschau* 30.11.2005

4 WHO. World Health Report 2004. p. 124 Geneva 2004

### **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.

# Fachleute mögen Direktwerbung nicht

## US ProfessorInnen protestieren gegen DTCA

**Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel bei VerbraucherInnen (DTCA) ist in den USA ein Riesengeschäft. Jetzt fordern über 200 ProfessorInnen ein Verbot dieser Werbung. Auch Neuseeland diskutiert ein Verbot von DTCA.**

Nur in den USA und Neuseeland ist die Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel (DTCA) erlaubt. Über vier Milliarden US\$ wenden die Firmen jedes Jahr dafür auf. Die AkademikerInnen aus zahlreichen medizinischen Fakultäten der USA nehmen bei ihrer Forderung nach einem Werbeprotz kein Blatt vor den Mund: „Diese Werbung fördert die öffentliche Gesundheit nicht. Sie erhöht die Kosten für Medikamente und die Zahl der unnötigen Verschreibungen. Das kostet die Steuerzahler viel Geld und kann für Patienten schädlich oder tödlich sein.“ Sie bestreiten auch, dass Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel irgendeinen gesundheitserzieherischen Wert hätte: „Sie ist von Natur aus irreführend, „denn sie zeigt emotionale Bilder und lässt gegenüber den von der [US-Arzneimittelkontrollbehörde] FDA genehmigten vollständigen Information entscheidende Teile weg, sowohl über das Medikament und seinen richtigen Gebrauch, als auch über unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen. Pharmafirmen haben ein inhärenten und unauflöslchen Interessenkonflikt, der sie dazu treibt, die positiven Seiten ihrer eigenen Produkte zu übertreiben und die negativen Seiten zu bagatellisieren.“<sup>5</sup>

### Anhörung bei der FDA

Der Protest der ProfessorInnen kam zur rechten Zeit, denn Anfang Dezember gab es bei der US-FDA eine Anhörung zum Thema DTCA. Die Industrie und ihr verbundene Akademiker und Patientenorganisationen behaupteten, DTCA würde die Verbraucher aufklären und unbehandelte Kranke zu den ÄrztInnen treiben. Die Unausgewogenheit und das Weglassen wichtiger Informationen verschwiegen sie lieber. Eine ebenfalls bei der FDA-Anhörung präsentierte Studie zeigt ein anderes Bild: Auch DTCA erreicht nur einen

kleinen Teil von Patienten, die nicht oder nicht optimal behandelt werden, aber sehr viele Patienten verlangen und bekommen auf Grund von DTCA ein neues und teures Medikament, dass ihnen keinen zusätzlichen Nutzen bringt, sie aber zusätzlichen Risiken aussetzt.<sup>6</sup>

Ein Referent brachte es auf der Anhörung der FDA mit einem Zitat der Herausgeberin des *New England Journal of Medicine* auf den Punkt: „Sich bei ausgewogenen Bewertungen ihrer Produkte auf die Pharmaindustrie zu verlassen macht genau so viel Sinn, wie sich von Brauereien über den Alkoholismus belehren zu lassen.“<sup>7</sup>

### Kiwis wollen DTCA nicht mehr

In Neuseeland gibt es bereits seit 2003 eine starke Bewegung unter WissenschaftlerInnen, die DTCA verboten wissen wollen. Die neuseeländische Regierung hat jetzt signalisiert, dass sie dieser Forderung nachkommen wird. Dabei spielt auch die geplante gemeinsame Arzneimittelkontrolle von Australien und Neuseeland eine Rolle<sup>8</sup> – im großen Nachbarland ist kaum vorstellbar, dass DTCA eingeführt wird. (JS)

5 Commercial Alert. Statement on Direct-to-Consumer Marketing of Prescription Drugs [www.commercialalert.org/issues-article.php?article\\_id=814&subcategory\\_id=74&category=5](http://www.commercialalert.org/issues-article.php?article_id=814&subcategory_id=74&category=5) accessed 5 December 2005

6 Michele Spence, Kaiser Permanente. Direct-to-Consumer Advertising of COX-2 Inhibitors: Effect on Appropriateness of Treatment [www.fda.gov/cder/ddmac/dtc2005/Spence.ppt](http://www.fda.gov/cder/ddmac/dtc2005/Spence.ppt)

7 Marcia Angell, The Pharmaceutical Industry: To Whom Is It Accountable? *The New England Journal of Medicine*, June 22, 2000, p. 1904

8 New Zealand academics also unhappy with DTCA. *British Medical Journal* 10 November 2005

9 Medicines Australia. Code of Conduct complaints relating to activities directed at the general public July – November 2005 [www.medicinesaustralia.com.au/public/coc/Code%20of%20Conduct%20complaints%20relating%20to%20activities%20directed%20at%20the%20general%20public%20July-November%202005.pdf](http://www.medicinesaustralia.com.au/public/coc/Code%20of%20Conduct%20complaints%20relating%20to%20activities%20directed%20at%20the%20general%20public%20July-November%202005.pdf)

## Bayer muss Levitra® Aktion stoppen

**In Australien versuchte Bayer den Umsatz für Levitra® (Vardenafil), einem Medikament gegen erektile Dysfunktion, auf ungewöhnliche Weise zu steigern. Auf der Firmenwebseite wurden Männer aufgefordert, zu einem der rund 1000 dort gelisteten Ärzte zu gehen und sich das Medikament verschreiben zu lassen. Geht nicht, sagte das Selbstkontrollorgan der australischen Pharmaindustrie.**

Die Ärzte hatten sich zur Teilnahme an der Aktion „Wann – Jetzt“ bereiterklärt und von Bayer „Informationspacks“ zu Levitra® erhalten, die sie den Männern, die aufgrund der Werbung auf der Webseite zu ihnen kamen, aushändigen sollten. Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel ist auch in Australien verboten. Das musste jetzt auch Bayer erfahren, denn diese Werbeaktion ging selbst *Medicines Australia* zu weit. Das Selbstkontrollorgan der australischen Pharmaindustrie erklärte sich zwar teilweise nicht für zuständig, (wenn Ärzte Werbung für eine Firma machen, sei das ethische Komitee der Ärztereinigung gefragt), aber die Bayer-Webseite und das „Performance Pack“ der Firma mischten eindeutig Aufklärung mit Werbung. Besonders der Hinweis, dass man Levitra® auch mit Alkohol einnehmen könnte und das Versprechen, daß Bayer durch seine Aktion den Arztbesuch „schneller und einfacher“ machen würde, beanstandeten die Kontrolleure. Dadurch würde die Verschreibung des Medikaments gefördert, statt einer umfassenden Aufklärung über die möglichen Ursachen und Behandlungsmethoden von erektiler Dysfunktion. Bayer wurde dazu verurteilt, die Aktion abzublasen und alle Ärzte, die sie ursprünglich zur Teilnahme an der Kampagne aufgefordert hatte, über die Entscheidung von *Medicines Australia* zu informieren.<sup>9</sup> Im Gegensatz zu den Industrie-Selbstkontrollorganen in anderen Ländern sitzen in dem australischen Komitee auch VertreterInnen der Ärzteschaft und Verbraucherverbände. (JS)

## Neue Neuroleptika nicht besser

Eine neue staatlich geförderte Studie hat gezeigt, dass neue atypische Neuroleptika nicht besser sind als alte. Der Nutzen ist ohnehin begrenzt: Egal ob alt oder neu, die meisten PatientInnen brechen die Behandlung ab.

Neue sogenannte atypische Neuroleptika beherrschen in den USA 90% des Marktes. In Deutschland hat sich der Einsatz von atypischen Neuroleptika innerhalb der letzten zehn Jahre verachtfacht. Sie kosteten die Krankenkassen letztes Jahr 460 Millionen €<sup>10</sup>

Doch die Zulassung der neueren Neuroleptika beruht nur auf Kurzzeitvergleichen gegen Placebos. Das National Institute of Mental Health der USA förderte eine Studie, die Medikamente gegen psychische Störungen miteinander verglich.<sup>11</sup> Die PatientInnen litten an Schizophrenie und waren nicht handselektiert, wie dies in Zulassungsstudien oft der Fall ist, sondern repräsentierten durchschnittliche PatientInnen, die oft mehrere Gesundheitsprobleme haben. Bedeutsam ist, dass die Untersuchung die Entwicklung über anderthalb Jahre beobachtete. Alle PatientInnen, die die erste Dosis der Versuchsmedikation eingenommen hatten, wurden in die Auswertung mit einbezogen. Das scheint selbstverständlich, ist aber in vielen Studien nicht der Fall, was zu geschönten Ergebnissen führt.

### Geringer Nutzen

Das ältere Neuroleptikum Perphenazin wurde gegen die atypischen Neuroleptika Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon verglichen. Die durch die Medikamente erzielten Verbesserungen waren eher bescheiden. Die durchschnittlich erzielte Verbesserung waren 10 Punkte auf der 180 Punkte umfassenden PANSS-Skala und 0,7 Punkte auf der 6-teiligen CGI-Skala. Dabei erreichten die meisten PatientInnen ihr Therapieziel nicht. Drei von vier brachen die Behandlung wegen fehlender Wirksamkeit oder schlechter Verträglichkeit ab. Olanzapin schnitt im Vergleich mit zwei der anderen atypischen Neuroleptika, Quetiapin und Risperidon etwas besser ab.

Es gab jedoch keinen statistisch messbaren Unterschied zum „alten“ Perphenazin oder dem vierten neuen Mittel Ziprasidon.

### Höhere Risiken

Als Vorteil der neueren Medikamente wird reklamiert, dass sie weniger unerwünschte Wirkungen haben. Zwar hatten die neueren Mittel andere unerwünschte Wirkungen als das Perphenazin, dafür sind diese bei neuen Mitteln schwerwiegender. Das trifft vor allem für Olanzapin zu, das in der Studie gegenüber zwei anderen atypischen Neuroleptika (nicht aber gegen das alte Perphenazin) geringfügig besser wirksam war. Etliche PatientInnen stoppten die Einnahme wegen starker Gewichtszunahme oder wegen der deutlichen Verschlechterung von Laborwerten (Blutzucker, Cholesterin und Triglyceride). Dies wiegt die etwas höhere Abbruchrate wegen extrapyramidaler Störungen<sup>12</sup> unter Perphenazin in jedem Fall auf.

### Mehr gute Forschung nötig

Insgesamt sind die Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung von Schizophrenien unbefriedigend. Vielen PatientInnen bringen die Arzneimittel keine substanzielle Verbesserung ihrer Lage. Der Leiter der Studie forderte denn auch mehr praxisorientierte Studien. Es könne doch nicht sein, dass in der öffentlichen Gesundheitsversorgung Milliarden von Dollar für Medikamente ausgegeben würden, ohne dass man wisse, welchen tatsächlichen Nutzen sie für die PatientInnen haben. (JS)

10 Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath. Arzneiverordnungs-Report 2005. Heidelberg 2005 S. 840-850

11 JA Liebermann et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2005, Vol. 353, p 1209-1223

12 Störungen des Muskeltonus und der Bewegungsabläufe (z.B. unkontrolliertes Zittern oder Muskelsteife)



Deutschland

## Vorsicht bei IGeLn

**Immer häufiger bekommen PatientInnen von Ihren behandelnden ÄrztInnen Zusatzleistungen angeboten. Diese sogenannten „Individualen Gesundheits-Leistungen“ – kurz IGeL – sind Untersuchungen oder Behandlungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet werden. Ein boomender Markt. So ermittelte eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) und der Verbraucherzentrale NRW, dass mittlerweile fast jeder vierte Patient solche Erfahrungen gemacht hat.**

Eine große Bandbreite von Untersuchungen und Behandlungen werden mittlerweile als individuelle Zusatzleistungen von ÄrztInnen angeboten. Das können Ultraschalluntersuchungen, Augeninnendruckmessungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, aber auch Eigenblutbehandlungen oder Sauerstofftherapien sein.

Der Markt ist nicht nur für den medizinischen Laien unübersichtlich, denn bisher existiert nicht einmal eine vollständige Auflistung aller existierenden IGeL-Leistungen. Zudem mangelt es an einer systematischen Qualitätssicherung.<sup>13</sup> Dies wäre aber dringend geboten, da der Nutzen vieler Behandlungen wissenschaftlich äußerst umstritten ist. Genau aus diesem Grund werden IGeL-Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

### Versicherte verunsichert

Wenn der behandelnde Arzt immer mehr zum Verkäufer privater Zusatzleistungen wird, fühlen sich viele PatientInnen verunsichert und sehen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig belastet. Schließlich sollte man von einem Arztbesuch erwarten können, dass immer nur das medizinisch Sinnvolle getan wird. Dass dem

nicht so ist, belegt die WidO-Studie. Individuelle Gesundheitsleistungen werden in deutlich größerem Umfang PatientInnen mit überdurchschnittlicher Bildung und höherem Einkommen angeboten. Während in den unteren Einkommensgruppen (bis 2000 Euro) nur etwa jeder fünfte Privatleistungen vorgeschlagen bekam, berichteten gut ein Drittel der Befragten aus den höheren Einkommensgruppen (über 4000 Euro Haushaltseinkommen) über individuelle Leistungsangebote ihres behandelnden Arztes. Patienten mit hoher Schulbildung werden doppelt so häufig private Zusatzleistungen angeboten (30,7%) wie Patienten mit einfacher Schulbildung (15,7%). Dies zeige, so Studienautor Klaus Zok vom WidO, dass beim IGeL-Markt die Orientierung am medizinisch Notwendigen nachrangig sei.<sup>13</sup>

#### Das IQWiG zu IGeL

Prof. Peter Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), sagte im Rundfunk zu IGeL:

„Einmal sind es Leistungen, die man der Allgemeinheit, der Solidargemeinschaft nicht aufbürden kann, zum Beispiel wenn es sich um Körperverschönerung handelt oder einen Impfschutz für eine Auslandsreise. [...] Der andere Grund, warum Krankenkassen bestimmte Leistungen nicht bezahlen, ist einfach deswegen, weil ihre Wirksamkeit, ihre Nützlichkeit oder ihre Sicherheit nicht belegt ist. [...]“<sup>14</sup>

#### Vorsicht ist geboten

Wenn Sie als PatientIn eine IGeL-Leistung angeboten bekommen, empfindet es sich deshalb, sehr genau bei ihrem Arzt nachzufragen (– und dies nicht nur, wenn sie BezieherIn eines höheren Einkommens sind):

- ◆ warum die Leistung nicht von der Kasse bezahlt wird
- ◆ nach dem therapeutischen Sinn der IGeL-Leistung
- ◆ nach möglichen Risiken und Nebenwirkungen
- ◆ nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten, die vielleicht doch von der Kasse übernommen werden

- ◆ nach dem Risiko einer Nicht-Behandlung
- ◆ nach den Kosten der Leistung

Sollte dies die Unsicherheiten nicht ausräumen, so kann auch ein Gespräch mit der Krankenkasse, einer Patientenberatungsstelle oder Verbraucherzentrale weiterhelfen.

Letztlich ist aber auch die Bundesregierung aufgefordert, Transparenz auf einem von ökonomischen Interessen geprägten Markt zu schaffen und eine systematische Qualitätssicherung voranzutreiben. Der Zugang zu unabhängigen Informationen für PatientInnen erscheint nötiger denn je. (HD)

### Neues Gesetz soll Arzneimittelkosten begrenzen

Die Ausgaben für Medikamente werden in Deutschland dieses Jahr voraussichtlich um 16% steigen. Die neue Bundesregierung will gegensteuern.

Der Gesetzentwurf mit dem sperrigen Namen<sup>15</sup> hat es in sich. Die Regelung für die kostendämpfenden Festbeträge werden in Teilbereichen verwässert, andererseits aber verschärft. Durch ein kleines „oder“ statt „und“ werden etliche neue patentgeschützte Arzneimittel von den Festbeträgen verschont bleiben. Denn es soll bereits ausreichend sein, wenn „die Wirkungsweise neuartig ist oder eine therapeutische Verbesserung“ vorliegt. Warum aber sollen Krankenkassen für Mittel mehr zahlen, die zwar neuartig sind, aber keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die PatientInnen bieten? Ein weiterer kritischer Punkt ist die Formulierung, „Ein höherer Nutzen [...] kann auch eine Verringerung der Häufigkeit oder des Schweregrads therapierelevanter Nebenwirkungen sein.“ Das ist zwar klarer formuliert als im bisherigen Gesetz, aber es wird nicht deutlich, dass es auf eine Gesamtabwägung aller unerwünschter Arzneimittelwirkungen ankommt. Denn eine seltenere Nebenwirkung mag durchaus mit zusätzlichen anderen unerwünschten Effekten erkauft sein. Positiv zu vermerken ist, dass die Beurteilungskriterien für therapeutische Verbesserungen eindeutiger gefasst

wurden und die Ergebnisse öffentlich gemacht werden müssen. Allerdings bleibt unverständlich, warum diese Transparenz wegen einer Störung des „Wettbewerbsverhältnisses“ – also Firmeninteressen – wieder gekippt werden kann.

Rundum zu begrüßen ist, dass die Praxissoftware für ÄrztInnen zukünftig „manipulationsfrei“ über Preise informieren und alle für die Verordnung bedeutsamen Informationen enthalten muss – bislang durchaus keine Selbstverständlichkeit.<sup>16</sup> So viel in Kürze. (JS)

### Pfizer scheitert mit Preistreiberei

Pfizer versuchte per Gerichtsurteil eine Preissenkung für den Cholesterinsenker Sortis® (Atorvastatin) zu verhindern.

Mit massiver Propagandaarbeit hatte Pfizer versucht, die Einbeziehung von Sortis® in eine Festbetragsgruppe zu verhindern.<sup>17</sup> Dazu wurden sogar illegale Werbeanzeigen in Tageszeitungen geschaltet. Als das nichts nützte, erklärte die Firma trotzig, sie werde den Preis nicht senken. Das bedeutete, dass die PatientInnen bis zu 50 € pro Rezept mehr ausgeben mussten. Die Packungen blieben in den Apothekenregalen liegen.

Die Behauptung der Firma, das Mittel sei besser als andere Cholesterinsenker, war wenig überzeugend. Das Sozialgericht Berlin lehnte die Klage jetzt ab.<sup>18</sup> (JS)

13 Presse-Information: Wissenschaftliches Institut der AOK / Verbraucherzentrale NRW, 10.10.2005

14 Zitiert nach: WDR 5 Leonardo. „IGeL“ – Was Ärzte so verkaufen. Sendedatum 28.7.2005

15 Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG). Stand 30.11.2005 16 Uhr

16 Elke Brüser. Der direkte Draht der Pharmaindustrie zum Rezept. *Pharma-Brief* 2-3/2004 S. 3-4

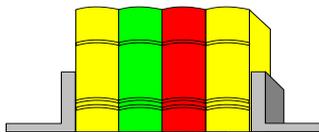
17 Siehe auch: Gericht verbietet Pfizer Rabatte auf Sortis®, *Pharma-Brief* 2/2005 S. 6; Pfizer verschenkt Geld. *Pharma-Brief* 1/2005, S. 7; Pfizer verunsichert Kranke. *Pharma-Brief* 9-10/2004, S. 7

18 Urteil des Sozialgerichts Berlin, verkündet am 22. November 2005. Az.: S 81 KR 3778/04

[www.berlin.de/senjust/gerichte/SG/UrtFestb1.html](http://www.berlin.de/senjust/gerichte/SG/UrtFestb1.html)



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



Neue Bücher

## Medikamente für die Armen?

In seinem neuen Buch *Keine Medikamente für die Armen?* bietet Jörg Schaaber, langjähriger Mitarbeiter der BUKO Pharma-Kampagne, tiefe Einblicke in die globalen Probleme des Medikamentenzugangs.

Der Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln für Menschen in Ländern des Südens war schon lange ein wichtiges politisches Anliegen. Aber erst durch das globale Auftauchen des HIV-Virus und neue Therapieverfahren, die aus AIDS eine chronische, behandelbare Krankheit machten, entstand eine transnationale zivilgesellschaftliche Bewegung. Dabei wurde politisiert, was bisher als rein ökonomisch oder technisch angesehen wurde, nämlich die Preispolitik von Pharmaunternehmen und die Bedeutung von international verbindlichen Verträgen wie das TRIPS-Abkommen der WTO, das allen Ländern Patentschutz für Arzneimittel vorschreibt.

Welche sozialen Auswirkungen diese Patentpolitik hat, wie sie Preise hochtreibt, die Forschungspolitik mitlenkt und damit den Zugang zu Medikamenten für breite Bevölkerungskreise einschränkt, wurde international zum Thema. Der Schutz geistiger Eigentumsrechte geriet zu einer moralischen Frage von Leben und Tod und von sozialer Gerechtigkeit.

Schaaber beschreibt zunächst die Strukturen des Gesundheitswesens in Ländern des Südens und untersucht die Faktoren, die Einfluss auf die Arzneimittelpreise haben. Dazu zählen die Verfügbarkeit von Generika und eine lokale Arzneimittelproduktion. In präzise dokumentierten Studien wird zudem mit dem Mythos aufgeräumt, die Entwicklung und Vermarktung eines neuen Wirkstoffs koste 800 Millionen Dollar. Diese Zahl wird immer wieder angeführt, um hohe Preise und einen

langen Patentschutz zu rechtfertigen. Unabhängige Institute hingegen schätzen den Aufwand auf weitaus geringere 100-240 Mio. US-Dollar.

Schaaber analysiert, welche Ungleichgewichte und Verschärfungen durch die Ausweitung und rechtlich bindende Stärkung des internationalen Patentschutzes (WTO-TRIPS) auf Arzneimittel entstanden sind.



Am Beispiel AIDS wird deutlich, wie durch fehlende Prävention und Behandlung die Lebenserwartung gesunken ist und welche ökonomischen und sozialen Krisen hervorgerufen wurden. Die langen Auseinandersetzungen zwischen internationalen Organisationen, Regierungen, Pharma- und Generikaindustrie sowie Nichtregierungsorganisationen darum, den Zugang zu erschwinglichen Medikamenten zu ermöglichen, werden sowohl chronologisch geschildert, als auch anhand der Positionen und Einflussnahmen der unterschiedlichen Akteure aufgerollt. Länderstudien zu Südafrika und Brasilien beleuchten sowohl die Problemlagen, als auch die letztlich sehr erfolgreichen Maßnahmen, die Betroffenen mit bezahlbaren Arzneimitteln zu versorgen.

Jörg Schaaber beschreibt, wie zivilgesellschaftliche Organisationen es geschafft haben, Druck auf Pharmaunternehmen auszuüben, um die Preise für antivirale Medikamente zu senken und ihre nationalen Regierungen dazu zu bewegen, antivirale Medikamente in öffentliche Gesundheitsprogramme aufzunehmen. Dabei wird zudem die Wichtigkeit von Parallelimporten und

Zwangslizenzen als Gegengewichte innerhalb des Patentsystems deutlich.

Gerade weil Schaaber nie mit Schaum vor dem Mund schreibt, sondern äußerst sachlich analysiert, ist das Buch nachvollziehbar, überzeugend, und manche Teile rühren auch an: Etwa die Schilderung von phantasievollen Aktionen des zivilen Ungehorsams, in denen ein HIV-infizierter südafrikanischer Aktivist wegen der Einfuhr billiger Generika aus Thailand Selbstanzeige beim Zoll erstattete. Oder wie hunderte AIDS-Aktivisten in Polizeistationen Südafrikas marschierten, um zwei Minister wegen fahrlässiger Tötung anzuzeigen, weil diese keine antiviralen Medikamente in Krankenhäusern zugänglich machten. In symbolischen Aktionen wurde die „Gier“ von Pharmaunternehmen bloßgestellt und die Untätigkeit von Regierungen angeklagt. Dies brachte substantielle Erfolge: Die Kosten für Medikamente gegen AIDS in einer Reihe von Ländern konnten beträchtlich gedrückt und ihre Verbreitung gesichert werden. Mithilfe einer internationalen Medienöffentlichkeit gelang es, Patente als Menschenrechtsfrage zu thematisieren und in die Arena von Regierungsverhandlungen einzubringen.

Schaaber macht deutlich, dass für die Zukunft der Arzneimittelforschung andere Anreize, Strukturen und Instrumente geschaffen werden müssen, denn bisher konzentriert sich die Forschung auf lukrative Absatzmärkte mit zahlungskräftigen Patienten und vernachlässigt die Gesundheitsbedürfnisse des Großteils der Weltbevölkerung (sog. 10/90 Kluft – für 90% der Gesundheitsprobleme werden nur 10 Prozent der Forschungsressourcen aufgebracht). Dazu zählen staatlich geförderte Forschungsprogramme für vernachlässigte Krankheiten und Alternativen zum Patentsystem.

Das Buch bietet einen fundierten Einstieg in die Problematik und liest sich spannend wie ein Krimi. Hervorragend gegliedert, trägt es knapp, präzise und übersichtlich die wichtigsten Fakten und Entwicklungsstränge zusammen. Es eignet sich auch für Lehrzwecke. Die Kapitel sind in sich verständlich, weitere Erklärungen werden durch Querverweise erschlossen. Das Buch macht Mut, denn es demonstriert,

wie viele Davids international vernetzt gegen Goliaths gewinnen können. Und es zeigt, wie nachhaltige Lösungen für eine bessere Forschung und gerechtere Gesundheitsversorgung entwickelt werden können.

Dr. Ingrid Schneider (BIOGUM, Universität Hamburg)

Jörg Schaaber. Keine Medikamente für die Armen? Hindernisse auf dem Weg zu einer gerechten Medikamentenversorgung am Beispiel AIDS. Frankfurt am Main 2005: Mabuse Verlag 304 Seiten 22,90 € (Bezug über den Buchhandel oder direkt bei der Pharma-Kampagne)

## Vogelgrippe – ein politisches Problem?

Ein spannender Titel: „Vogelgrippe - Zur gesellschaftlichen Produktion von Epidemien“. Sind doch nicht die Zugvögel schuld an der Ausbreitung der Vogelgrippe, sondern vielleicht Politiker? Oder die Weltbank?

Es hätte ein gutes Buch werden können – hätte man die ersten 20 Seiten weggelassen. Wer von der Biologie eines Virus vorher keine Ahnung hatte, der hat sie nach der bemüht populärwissenschaftlichen Einleitung immer noch nicht. Diejenigen mit Vorwissen werden sich fragen, ob der Verfasser sich mit dem Thema auskennt. Das ist enttäuschend, denn der Autor lässt eigentlich gutes hoffen. Mikes Davis wurde bekannt durch spannende und zugleich erschreckende Analysen des modernen Großstadtlebens (z.B. *City of Quartz* über Los Angeles oder *Casino Zombies* über Las Vegas).

Sobald sich Davis wieder in seinem Fachgebiet, der Beschreibung gesellschaftlicher Machtverhältnisse einfindet, wird auch das Buch zur Vogelgrippe spannend. Davis zeigt, dass die Vogelgrippe nicht nur das Ergebnis von zufälligen Mutationen einiger Viren ist. Zur Entstehung einer Epidemie gehört mehr. Davis veranschaulicht, wie sich in den letzten Jahren die Lebensbedingungen der südostasiatischen Ballungszentren verändert haben und wie die Armut idealen Nährboden für die Ausbreitung von Infektionen bietet. Das war schon in der Grippewelle 1918/19 zu beobachten: „Die Sterblichkeit [...] war eindeutig ‚klassenspezifisch‘ mit achtmal mehr Toten unter

den Menschen der niedrigen Kasten in Bombay als unter den Europäern oder reichen Indern – die Armen waren offenbar Opfer einer düsteren Synergie zwischen Unterernährung [...] und einer heftigen Lungenentzündung“. Grippale Infekte führen bei schlechtem Allgemeinzustand häufiger zu bakteriellen Infektionen.

Deutlich wird, dass die Regierungen betroffener Länder sehr viel mehr politische und finanzielle Unterstützung für ihre Arbeit gegen die Vogelgrippe bräuchten, und zwar nicht erst seit diesem Jahr. Er legt offen, wie gering das industrielle Engagement in der Impfstoffentwicklung ist und wie sehr die Gripeschutzimpfung auf die Bedürfnisse der Industrieländer ausgelegt ist. Davis fordert entschiedenes Handeln auf höchster politischer Ebene. Stattdessen beobachtet er einen „schädlichen Einfluss des ‚Kriegs gegen den Terrorismus‘ auf die Universitätsforschung an übertragbaren Krankheiten“. In den USA habe „Washingtons Zwangsvorstellung von exotischen aber potentiell waffenfähigen Viren und Bakterien zu einem 27-prozentigen Rückgang an Bundeszuschüssen für die Erforschung von Tuberkulose und anderen wichtigen nicht terrorverdächtigen Krankheiten“ geführt. Nicht besser sähe es bei der Erforschung von Influenza-Viren aus. Das Abschlussplädoyer von Davis ist deutlich: „Die Urbanisierung der Dritten Welt und die Revolution der Massentierhaltung hat die Influenzaökologie grundlegend verändert und die Evolution neuer Rekombinanten<sup>19</sup> beschleunigt. [...] Deshalb muss endlich mit der Intensivierung der Impfstoffentwicklung [...] angefangen werden.“ (CW)

Mike Davis, Vogelgrippe. Zur gesellschaftlichen Produktion von Epidemien. Assoziation A, Berlin/Hamburg 2005. 168 S., Preis 14 €, ISBN 3-935936-42-7

## Going international

Der neue *medicine & health Kurskatalog 2006* bietet einen internationalen Überblick zu Fortbildungskursen, Konferenzen und Ausbildungen, vor allem in den Bereichen Public Health, medizinische Entwicklungszusammenarbeit, humanitäre Hilfe, Management und Gesundheitssysteme. Zielgruppen sind

ÄrztInnen und anderes Gesundheitspersonal, aber auch WissenschaftlerInnen. Ein Schwerpunkt liegt in der Vorbereitung auf internationale Einsätze. (JS)

Gerhard Polak (Hrsg.): *medicine & health Kurskatalog 2006*. Wien 2005 296 Seiten 37,70 € Online bestellen: [www.goinginternational.org](http://www.goinginternational.org) oder [office@goinginternational.org](mailto:office@goinginternational.org)



Neuer Film

## AIDS: Eine Frage der Menschlichkeit



Bereits im letzten *Pharma-Brief* (8/2005, S. 5) haben wir unseren neuen Film zu AIDS ausführlich vorgestellt. Aus Sicht von Betroffenen in Deutschland und Indien werden die Probleme der Kranken deutlich. Kontrastiert wird die indisch/deutsche Koproduktion mit Bildern zur Auseinandersetzung um den Zugang zu Medikamenten z.B. auf der Welt-AIDS-Konferenz und Stimmen von kritischen Fachleuten.

Der Film kann der BUKO Pharma-Kampagne sowohl ausgeliehen als auch erworben werden.

Eine Frage der Menschlichkeit Dokumentarfilm von T. Jayashree (56 min), Deutschland/Indien 2005. DVD (Deutsch und Englisch), VHS (Deutsch oder Englisch) Verleih 10,- € (einschl. Versand) Verkaufspreis 20,- € (zzgl. 2 € Versand), Bezug: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld [service@bukopharma.de](mailto:service@bukopharma.de)

<sup>19</sup> Rekombinanten sind eine Kreuzung unterschiedlicher Virentypen. Z.B. wenn die Viren von Vogelgrippe und Menschengrippe ihr Erbgut miteinander vermischen.



## Aus aller Welt

### AIDS nimmt zu

**Die weltweite AIDS-Epidemie hat einen neuen Höchststand erreicht: Mehr als 40 Millionen Menschen sind HIV-positiv.**

3,9 Millionen steckten sich innerhalb eines Jahres neu an. Während die Epidemie im südlichen Afrika, in Asien und in den GUS-Staaten zunimmt, gibt es auch einige Lichtblicke. Nach Rückgängen in Uganda nimmt auch in Kenia die Rate von HIV-positiven Schwangeren ab.<sup>20</sup>

### TAC klagt gegen Rath

**Der dubiose Vitaminhändler Matthias Rath richtet mit einer Desinformationskampagne zur AIDS-Behandlung in Südafrika erheblichen Schaden an. Die Treatment Action Campaign (TAC) versucht jetzt durch eine Klage das Treiben von „Dr. Rath“ zu beenden.**

Die „Dr. Rath Health Foundation Africa“ betrieb in ganzseitigen Zeitungsanzeigen massive Werbung für ihre Vitaminpräparate, von denen sie behauptete, sie würden gegen AIDS helfen. Gleichzeitig bezeichnet sie antiretrovirale Medikamente, die das Leben von AIDS-Kranken um viele Jahre verlängern können als „toxisch“. Nachdem die südafrikanische Werbekontrollbehörde ASA die Werbungen verbot<sup>21</sup>, begann Rath einen eigenen Newsletter zu veröffentlichen, der in den Kap-Provinzen massenhaft verteilt wird. Die ASA sieht das als Verstoß gegen ihr Verbot an, und beharrt darauf, dass Rath jede weitere Publikation vor Veröffentlichung von der ASA hätte genehmigen lassen müssen.<sup>22</sup>

Da Rath mit den Mitteln der ASA nicht zu stoppen ist, ging TAC jetzt vor

Gericht. Die Vorwürfe: Rath vertreibe Vitamine ohne die dafür notwendige Zulassung, betreibe illegale Medikamentenversuche und verunsichere durch seine Angstmache AIDS-PatientInnen. Außerdem will TAC Behauptungen und Beleidigungen durch Rath nicht länger dulden. Der Vitaminhändler hatte fälschlich behauptet, die Organisation bekäme Millionen von der Pharmaindustrie und sie als „Sturmtruppen des Medikamentenkartells“ bezeichnet.

Nach bereits aus Deutschland bekanntem Muster<sup>23</sup> hatte Rath im Juni 2005 auf einer Pressekonferenz in Kapstadt die HIV-positive Marietta Ndziba vorgestellt, der es nach Einnahme seiner Vitamine viel besser gehe. „Marietta Ndziba ist am 8. Oktober gestorben, laut Medienberichten an einer nicht bekannt gegebenen Krankheit. Rückschlüsse auf ihre Vitamintherapie verbieten sich deshalb – andernfalls muss man mit einer Klage der Rath-Stiftung rechnen.“, so die Süddeutsche Zeitung<sup>24</sup> über das Treiben des Vitamindoktors im Land mit der weltweit höchsten Zahl an AIDS-Kranken. TAC hat sich nicht einschüchtern lassen und inzwischen fünf Todesfälle von AIDS-PatientInnen dokumentiert, die an der nicht genehmigten Studie mit Rath-Vitaminen teilnahmen.<sup>25</sup>

Die Regierung verhält sich zu dem Treiben von Rath mindestens ambivalent. Die Gesundheitsministerin musste sogar einräumen, dass sie sich mit Rath getroffen hat. Sie versuchte ebenso wie einige ihrer Untergebenen den Konflikt zu verharmlosen. Vitamine seien wichtig gegen AIDS, antiretrovirale Medikamente stünden ja zur Verfügung, aber sie hätten Nebenwirkungen und es gäbe Alternativen in der Behandlung. Was das Ministerium dabei unterschlägt ist, dass der Nutzen von antiretroviralen Medikamenten überwiegt und es eben keine Behandlungsalternative dazu gibt.

Beschwerden von TAC bei der Arzneimittelkontrollbehörde und dem Gesundheitsministerium fruchteten nichts. Deshalb klagt TAC jetzt gemeinsam mit der südafrikanischen Ärztevereinigung SAMA gegen Rath und Konsorten auf Unterlassung ihrer unhaltbaren Behauptungen und die

Einstellung des Verkaufs nicht zugelassener Medikamente. Die Klage richtet sich aber auch gegen die Regierungsstellen, denen Untätigkeit in der Sache vorgeworfen wird. (JS).

## Gesundheitliche Schiefelage

**Die OECD schlägt Alarm. Viele Länder tun zu wenig für die Gesundheit.<sup>26</sup>**

„Eine Vielzahl von Belegen zeigt, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Industrieländern stärker durch sozioökonomische Faktoren und den Lebensstil bestimmt wird als durch die Erbringung von Gesundheitsleistungen selbst.“, so die OECD. Deshalb sei es bedenklich, dass im OECD Durchschnitt nur 3% der Gesundheitsausgaben für Vorbeugung verwendet würden. Es gibt laut OECD einen deutlichen Zusammenhang zwischen Volkseinkommen und Lebenserwartung. Einige Länder schneiden dabei aber schlecht ab: Die USA liegen bei hohem Volkseinkommen und gleichzeitig den höchsten Gesundheitsausgaben in der Lebenserwartung weit zurück. Viele Arzneimittel helfen offensichtlich auch nicht, denn die Medikamentenausgaben sind in den USA in den letzten Jahren doppelt so schnell gestiegen wie die Gesundheitsausgaben insgesamt. (JS)

20 WHO and UNAIDS. AIDS Epidemic update 2005

21 Maßnahmen gegen Rath. *Pharma-Brief* 3/2005 S. 8

22 Johannes de Villiers. ‘Vitamin king’ invokes (w)rath. *News 24 com* 19.9.2005

23 Rath hatte in Deutschland einen krebskranken Jungen wiederholt bei Veranstaltungen vorgestellt, der mit Raths Produkte behandelt wurde. Der Junge verstarb.

24 Michael Bitala. Aids: Fälle mit Risiken und Nebenwirkungen. *Süddeutsche Zeitung* 25.10.2005

25 TAC. Analysis of deaths on Matthias Rath illegal clinical trial. 2 November 2005  
[www.tac.org.za/ns02\\_11\\_2005.htm](http://www.tac.org.za/ns02_11_2005.htm)

26 OECD. Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

## Das Letzte

„Die Hirnforschung könne den Zugang zur Gefühlswelt der Konsumenten verbessern [...]“

Prof. Christian Elger von der Uni Bonn, Berater der Werbeagentur Grey, laut *Frankfurter Rundschau* vom 7.12.2005