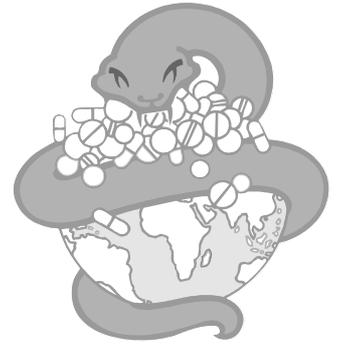


PHARMA- BRIEF



Nr. 6/2003

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

August/September 2003

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-0933

Gemeinsam für Patente und Profite?

Pharmaindustrie seift die Politik ein

In seiner neuen Broschüre *Gemeinsam für Gesundheit und Entwicklung – Forschende Arzneimittelhersteller verbessern die Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern*¹ versucht der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) sein Engagement für arme Länder deutlich zu machen. Die aufwändig gestaltete Publikation enthält zwar einige sachliche Hintergrundinformationen, aber auch haarsträubende Thesen. Entwicklungspolitische Organisationen sehen in der Veröffentlichung eine gezielte Strategie des VFA, um vom eigenen Versagen bei der Bereitstellung von bezahlbaren Medikamenten abzulenken. Gerade vor der WTO-Konferenz in Cancun ist das ein ziemlich durchsichtiger Versuch, die Politik zu beeinflussen.

Glaubt man der Selbsteinschätzung der deutschen Pharmaindustrie, steht sie „bei dem Versuch, die Not in den Entwicklungsländern zu lindern, in vorderster Reihe“.² Den AkteurInnen in armen Ländern wird das Gegenteil unterstellt. Diese Staaten seien korrupt, ihre Regierungen zu dumm oder ignorant, für eine Infrastruktur zu sorgen, die eine bessere Gesundheitsversorgung der Armen gewährleisten würde, – so sinngemäß der VFA.

Vorurteile werden kultiviert

Der Haupttenor der Broschüre lautet: Zwangslizenzen oder andere Maßnahmen, die den Preis unentbehrlicher Arzneimittel senken, seien wirkungslos, weil die Infrastruktur armer Länder desolat sei: „Die größten Probleme bei der Arzneimittelzulassung in Entwicklungsländern werden allerdings durch einen oft schwachen, schlecht organisierten und korruptionsanfälligen staatlichen Sektor verursacht.“³, so der

VFA. Doch damit nicht genug: „Zu viele Beschäftigte der öffentlichen Verwaltung richten ihr Engagement lieber darauf, sich einen eigenen Anteil aus diesem Gewinn zu sichern, anstatt sich um geeignete und zuverlässige Bedingungen für Produktion, Sicherheit und Vertrieb von Arzneimitteln zu kümmern.“⁴

Aufgabe der Pharmaindustrie ist es, gute und bezahlbare Arzneimittel zu liefern. Sie ist eine denkbar ungeeignete Quelle, um über Infrastrukturdefizite im Gesundheitswesen in armen Ländern aufzuklären. Schließlich trägt die Industrie mit zweifelhaften Produkten⁵ und Vermarktungsmethoden selbst zu den Missständen bei.

Aus richtigen Fakten werden vom VFA irreführende Schlussfolgerungen gezogen. So wird z.B. die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zitiert, die Schlussfolgerungen stammen aber von der Pharmaindustrie.

Editorial

Liebe LeserInnen,
Schuld sind immer die Anderen. Das gilt auch für eine Broschüre der Pharmaindustrie, mit der sie die Diskussion über den Zugang zu Arzneimitteln für arme Länder beeinflussen will. Mehr dazu im Leitartikel.

Möchte man der gegenwärtigen Gesundheitsdebatte in Deutschland Glauben schenken, dann ist die Krankenversicherung ein Wirtschaftsförderungs-Instrument. Als ginge es nicht in erster Linie um Prävention und eine qualitativ hochwertige Versorgung im Krankheitsfall. Derzeit sieht es so aus, dass alle Elemente, die die Qualität der Versorgung verbessern würden, auf der Strecke bleiben (siehe S. 6) – Wir warten auf den Aufschrei der Versicherten!

Mut zur Einmischung wünscht Ihnen Ihr

Jörg Schaaber

- **Konzerne:**
Am Rand der Legalität 3
- **Medikamentengebrauch:**
Neues nicht besser..... 4
- **Frauen:**
Weibliche Potenzschwäche?... 5
- **Deutschland:**
Reform zahnloser Tiger 6

Infrastruktur schuld?

Nach Ansicht des VFA ermöglicht die desolate Gesundheitsversorgung in armen Ländern keine Versorgung von AIDS-Kranken mit Medikamenten. Es wird suggeriert, die Behandlung sei ungeheuer kompliziert und die Menschen nicht in der Lage, Arzneimittel wie verschrieben zu schlucken.

Kein Wort über die flächendeckende Behandlung von AIDS-Kranken in Brasilien und erfolgreiche Projekte von *Ärzte ohne Grenzen* in 14 Ländern.⁶ Auch die Weltgesundheitsorganisation will AIDS behandeln: Bereits 2005 sollen drei Millionen Kranke vor allem in Afrika Medikamente bekommen. Das wäre die Hälfte aller, die derzeit behandlungsbedürftig sind. Momentan erhalten weniger als 4% der Menschen in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen die notwendigen Medikamente.⁷

Patente ohne Probleme?

Eigentlich gibt es gar keine Probleme mit den Arzneimittelpreisen, wenn man dem VFA Glauben schenkt: „So war es unvermeidlich, dass auf der Ministerkonferenz [der WTO in Doha] alte Missverständnisse wieder aufleben konnten: Arzneimittelpatente verteuerten die dringend gebrauchten Medikamente, die Entwicklungsländer würden durch das Patentrecht benachteiligt.“⁸ Kein Wort davon, dass die Behandlung eines einzigen AIDS-Kranken vor zwei

Jahren noch 10.000 US\$ kostete (dank Patenten) und die Preise erst durch massiven öffentlichen Druck und die entstehende Generika-Konkurrenz in Brasilien und Indien ins Rutschen kamen. Oder, dass die Pharmamultis mit aller Gewalt versucht haben, den Schutz durch Patentmonopole global durchzusetzen, sei es in der Welthandelsorganisation (WTO) oder mit einer Klage gegen Südafrika.

Schenkt man der Broschüre Glauben, hat die Pharmaindustrie die Preise aus reiner Verantwortung gesenkt. Und wer nicht akzeptiert, dass Patente ein Synonym für Fortschritt und Entwicklung sind, dem fehlt es an Einsicht: „Auf der Strecke bleibt die Einsicht, dass ein wirksamer Patentschutz dazugehört, wenn Armut und Krankheit überwunden werden sollen.“⁸ Als hätten nicht die reichen Länder ihre Pharmaindustrie ohne Produktpatenschutz groß gemacht – in Deutschland wurden Patente auf Arzneimittelwirkstoffe erst 1968 eingeführt.

Änderungen gefragt

Gesundheit muss Vorrang vor Handelsinteressen haben, deshalb muss auf dem WTO-Treffen in Cancun eine Lösung für die armen Länder gefunden werden – ob es der Pharmaindustrie schmeckt oder nicht.

Die Pharma-Kampagne hat sich ausführlich mit der VFA-Broschüre auseinandergesetzt. Eine Replik *Gemeinsam für Patente und Profite?* finden Sie auf unserer Webseite, auf Wunsch schicken wir sie gegen Kostenerstattung⁹ auch zu. (JS)

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 Schaaber (verantwortlich), Claudia
Jenkes, Christian Wagner, Gopal Dabade, 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 Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen
werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten
nicht weitergegeben.

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Konto für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (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

Aktion

Gesundheit für Alle jetzt!

Vor 25 Jahren verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die [Erklärung von Alma Ata](#). Darin verpflichteten sich Regierungen aus aller Welt, bis zum Jahr 2000 für ihre Bevölkerung den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen. Davon sind wir heute weiter entfernt denn je. Allein in den nächsten 24 Stunden sterben 30.000 Kinder an vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten. Gesundheit für alle ist für die Regierungen kein Ziel mehr. Wir wollen das nicht hinnehmen und setzen uns für das Menschenrecht auf Gesundheit ein.

Deshalb sammeln wir gemeinsam mit dem *Peoples Health Movement* weltweit Unterschriften – für das Menschenrecht auf Gesundheit, gesunde Lebensbedingungen und den Zugang aller zu einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung. Fordern Sie mit uns die Weltgesundheitsorganisation, nationale und internationale Gesundheitsinstitutionen, aber auch Basisinitiativen, Gewerkschaften und Kirchen auf, alles zu tun, damit das Menschenrecht auf Gesundheit Wirklichkeit wird.

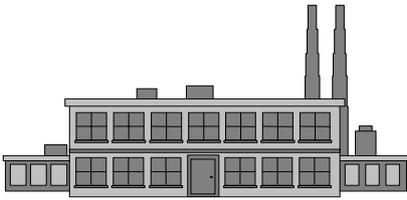
Die Kampagne finden Sie auf unserer [Webseite](#) im Menu unter *Was Sie tun können/Aktionen*, dort können Sie auch online unterschreiben.

Neuer Film über Armut

Die Filmautoren Andre Schuster und Bastian Fritz haben Gesichter der Armut in Deutschland für die BUKO Pharma-Kampagne eingefangen und führen dabei nicht nur persönliche Schicksale vor Augen. Ihr Film verknüpft das Thema Armut mit dem politischen Anspruch, das universale Menschenrecht auf Gesundheit auch in reichen Ländern umzusetzen.¹⁰

Die Pharma-Kampagne will damit an den 25. Jahrestag der Erklärung von Alma Ata erinnern (siehe oben). Der Film kann gegen eine Gebühr von 7 € bei uns entliehen werden.

¹⁰ Der Film wurde unterstützt vom Ökofonds Bündnis 90/ Die Grünen NRW



Konzern-Nachrichten

Astra zahlt 355 Mio. \$

Der Pharmakonzern AstraZeneca bekannte sich schuldig, den Absatz von Zoladex[®], einem Mittel zur Behandlung von Prostata-Krebs, durch illegale Preispolitik und Marketingpraktiken gesteigert zu haben. 355 Millionen US\$ wird das Unternehmen insgesamt an Bußgeldern und Wiedergutmachung an staatliche Gesundheitsprogramme zahlen.¹¹ Das Ermittlungsverfahren hatte vier US-Behörden beschäftigt, darunter die Arzneimittelkontrollbehörde (FDA). MitarbeiterInnen der Pharmafirma hatten zahlreiche illegale Methoden angewandt, um ÄrztInnen das Verschreiben von Zoladex[®] zu versüßen. Unter anderem verteilten sie Tausende kostenlose Ärztemuster, die UrologInnen dann an Patienten weiterverkauften. Firmenpraxis war es auch, den staatlichen Versicherungs-Anbietern überhöhte Preise zu nennen, auf deren Basis die Kosten rückerstattet wurden. ÄrztInnen erhielten die Medikamente aber zu Schleuderpreisen. „Die FDA wird kriminelles Verhalten, das Patienten ausbeutet, das Nationalvermögen plündert und die Kosten der Gesundheitsversorgung in die Höhe treibt, nicht länger tolerieren“, so ein Sprecher der Behörde.¹¹ (cj)

Schering stoppt Werbung

Die US-Arzneimittelkontrollbehörde FDA forderte Berlex Laboratories auf, ihre irreführende Fernsehwerbung für die Antibabypille Yasmin zu stoppen.¹² Die US-amerikanische Pharmafirma, eine Tochter der Schering AG, erhielt am 10. Juli eine schriftliche Verwarnung der Behörde: Der Werbespot „Goodbye Kiss“ bedrohe die öffentliche Gesundheit und Sicherheit. Die Werbeaussage lege nahe, Yasmin sei verträglicher als andere Verhütungspil-

len, weil sie das Hormon Drospirenon enthält. „Im Gegensatz dazu sind der FDA zusätzliche klinische Risiken im Zusammenhang mit Drospirenon bekannt.“¹² Das synthetische Hormon könne zwar Gewichtszunahme und Akne vermindern, bei mindestens 40 EuropäerInnen bildeten sich aber unter der Einnahme von Yasmin gefährliche Blutgerinnsel, die in zwei Fällen zum Tod führten. Berlex-Sprecher Kim Schillace zeigte sich überrascht über die Verwarnung der Behörde. Man werde den betreffenden Werbespot stoppen, doch hätte man schon immer mit solchen Aussagen geworben. In Deutschland blieben ähnliche Werbete¹³ bislang unbeanstandet – Hier wartet Arbeit auf die pharmazeutischen Überwachungsstellen. (cj)

Glivec Spende als Marketing-Strategie

Vor gut zwei Jahren kündigte Novartis eine großangelegte Spendenkampagne für sein Blutkrebsmedikament Glivec[®] an: Niemandem solle das Medikament aus finanziellen Gründen verwehrt bleiben.

Das Unternehmen bezeichnete dieses Programm als „größtzigstes und weitreichendstes Spendenprogramm, das jemals für eine bahnbrechende Krebstherapie entwickelt wurde“.¹⁴ Die *New York Times* enttarnte das großzügige Gelöbnis jetzt als skrupellose Marketing-Strategie. Während in den USA bisher rund 2000 bedürftige PatientInnen frei behandelt wurden, hat das Programm der Firma in den 49 ärmsten Ländern der Welt nur magere elf Fälle erreicht. Dabei leben hier nach Schätzungen von Novartis immerhin 9.500 PatientInnen, denen mit Glivec geholfen werden könnte. Insgesamt werden rund 1.000 PatientInnen außerhalb der USA erreicht.

In Süd Korea, Hongkong und Neuseeland spannt der Konzern PatientInnen aus dem Spendenprogramm für seine Zwecke ein. In Hongkong arbeiteten PatientInnen Hand in Hand mit einer von Novartis beauftragten PR-Firma. In Südkorea brachte das Versprechen der Pharmafirma, PatientInnen Zuschüsse zu geben, Erfolg. Zu Beginn des Jahres gab die Regierung

dem Druck nach und erhöhte den Preis für Glivec um 30%.¹⁵

In Indien koppelte Novartis seine Spendenkampagne an ein Versprechen der Regierung, keine generischen Versionen von Glivec zuzulassen. Vor einigen Monaten wurde das Programm gänzlich eingestellt, weil seither eine generische Version Novartis den Markt streitig macht. Dabei hatten in Indien die meisten PatientInnen von dem Spendenprogramm profitiert. 44% aller kostenlosen Behandlungen (außerhalb der USA) kamen InderInnen zugute. Hier erhofft sich das Unternehmen höhere Marktanteile, denn bisher stammen 76% aller Arzneimittel in Indien aus lokaler Produktion. (cj)

Glaxo klagt wegen Rauch

Der Pharmagigant GlaxoSmithKline fürchtet um den Umsatz seiner Nikotinwöhnungspille Bupropion (Zyban[®]) in Australien. Weil das australische *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee*, das Arzneimittel bewertet und über deren Erstattungsfähigkeit entscheidet, eine Kontrolluntersuchung für die PatientInnen vorschreiben wollte, zog der Pharmakonzern vor Gericht.¹⁶ Erst nach dieser zweiten Untersuchung sollen ÄrztInnen die volle Behandlung mit Bupropion verschreiben dürfen. Die Behörde plant diese Kontrolle, um die Verschwendung öffentlicher Gelder zu stoppen. Etwa eine halbe Millionen RaucherInnen bekamen das Medikament seit Februar 2001 verschrieben. Weniger als 20% haben die Behandlung jedoch abgeschlossen. Obwohl Bupropion etwa 10% der australischen RaucherInnen verschrieben wurde, sank die Zahl der Nikotinabhängigen nicht. (cj)

11 Pressemitteilung des FDA vom 20.6.2003, www.fda.gov/bbs/topics/news/2003/NEW00915.html

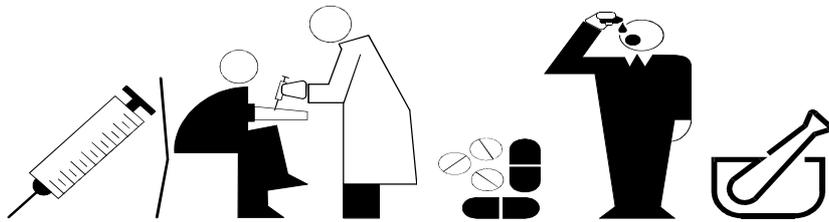
12 Reuters, 15.7.2003 www.kaisernetzwerk.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=18852

13 www.yasmin.de/inscene/navi_verhuetung.html

14 Zit. n. S. Stom, M. Fleischer-Black: Company's Vow to Donate Cancer Drug Falls Short. *The New York Times*, 5.6.2003

15 Kein Erbarmen mit KrebspatientInnen, *Pharma-Brief* 3-4/2003, S. 2

16 Melissa Sweet: GlaxoSmithKline takes legal action to block new controls on ist smoking cessation drug. *BMJ*, 326:952, 3 May 2003 <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7396/952/a>



Medikamentengebrauch

Neues muss nicht besser sein

Bluthochdruck mit bewährtem Mittel behandeln

Bluthochdruck kann zu Herz-Kreislaufkrankungen und frühem Tod führen. Seit über 20 Jahren streiten sich MedizinerInnen darum, welches Medikament gegen Bluthochdruck das Mittel der ersten Wahl ist. Die ALLHAT¹⁷-Studie aus den USA lieferte eindeutige Ergebnisse und eine für die Industrie unliebsame Erkenntnis: Das althergebrachte und billigste Medikament, Chlortalidon, ist das wirksamste und verträglichste Mittel zur Vorbeugung gegen Herzinfarkt und Schlaganfall.

Von 1994 bis 2002 wurden 33357 PatientInnen in 623 Zentren in den USA im Rahmen einer Studie untersucht. Alle waren über 55 Jahre alt und hatten neben hohem Blutdruck noch mindestens eine koronare Herzerkrankung. Ziel war es, die Häufigkeit des Auftretens weiterer Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris etc.) bei Einnahme verschiedener Bluthochdruckmittel zu erfassen. Das erstaunliche Ergebnis: Chlortalidon, ein altbewährtes und sehr günstiges Diuretikum schnitt besser ab als alle anderen Medikamente.¹⁸ Auch im Vergleich mit zwei weiteren Medikamenten, Amplopudin und Lisopril gab es unter Chlortalidon weniger Schlaganfälle und Herzinsuffizienzen.^{19,20} Dies galt auch für die über 65-jährigen und DiabetikerInnen. Ein Studienteil mit dem Vergleichspräparat Doxazosin musste sogar wegen des Risikos vermehrter Schlaganfälle und des doppelten Risikos einer Herzinsuffizienz vorzeitig im Jahr 2000 gestoppt werden.²¹

USA: Evidenz umgesetzt

In den USA wurden daraufhin die Therapierichtlinien geändert: Chlortalidon gilt jetzt als Mittel der ersten Wahl, da es als wirksamstes, sicherstes und verträglichstes Medikament einzuordnen ist. Es soll bei leichten Bluthochdruck alleine, bei schwerem Blut-

hochdruck in Kombination mit einem weiteren Mittel eingesetzt werden.

Deutschland ignorant

Skandalös ist, dass die Studienergebnisse in Deutschland bisher missachtet werden.²² Die deutsche Hochdruckliga versucht, die Ergebnisse der ALLHAT-Studie als für Deutschland irrelevant darzustellen. In verschiedenen Zeitschriften erschienen unkommentiert Artikel, die die Studienergebnisse entkräften sollten. Ein Hauptargument: in der Studiengruppe seien 35% AfroamerikanerInnen²³ gewesen und die hätten eine genetische Resistenz gegen eines der anderen Medikamente, nämlich gegen den ACE-Hemmer.²⁴ Doch AfroamerikanerInnen war eine prädefinierte Subgruppe, die getrennt ausgewertet wurde. Bei ihnen war das Risiko einer Herzinsuffizienz bei Einnahme eines ACE-Hemmers um 32% erhöht. Bei den Nicht-Schwarzen war das Risiko ebenfalls signifikant um 15% höher. Ein Vorteil für den ACE-Hemmer ergab sich nirgends.

Auch die anderen Argumente lassen sich leicht entkräften. KritikerInnen behaupten, dass Knöchelödeme ohne weitere Symptomatik als Herzinsuffizienz fehlgedeutet werden könnten. In der Studie waren jedoch auch „harte Fakten“ wie z.B. Atemlosigkeit ohne Anstrengung gefordert. Außerdem wurden 81% der Fälle nachträglich

noch einmal zentral überprüft: Werden nur diese ausgewertet, bleiben die Resultate bestehen. Das dritte Gegenargument wirkt einigermaßen absurd. Chlortalidon würde den Blutdruck stärker als die Vergleichsmedikamente senken und dies würde die Interpretation erschweren. Genau das wurde jedoch als Vorteil des Medikaments in der Studie erkannt. So benötigen unter Chlortalidon weniger PatientInnen ein Zweitmedikament als unter den anderen Medikamenten.²⁵

Sinnvoll sparen

Der Hauptgrund für die Ablehnung des Ergebnisses dürfte jedoch sein, dass die für PatientInnen und Krankenkassen günstigen Studienergebnisse für die Pharmaindustrie empfindliche Gewinneinbußen bedeuten. Denn Bluthochdruckmittel werden von den Betroffenen oft über Jahrzehnte regelmäßig eingenommen. Deshalb wird der Markt fortlaufend mit neuen Produkten ohne jeden therapeutischen Fortschritt überflutet, die die Kassen Beträchtliches kosten. Würde Chlortalidon als Ersttherapie verschrieben, könnten jährlich drei Milliarden € eingespart werden. Dann könnte der Beitragssatz der Kassen von 14% um 0,3% gesenkt werden.²⁶ (CF)

17 The Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial

18 Chlortalidon (12,5-25 mg / Tag) wurde gegen den Kalziumantagonisten Amplopudin (2,5-10 mg / Tag), den ACE-Hemmer Lisinopril (10-40 mg / Tag) und den Alpha-Blocker Doxazosin (2-8 mg / Tag) getestet.

19 Eine Herzschwäche, die zu einer Minderfunktion der Herzleistung führt.

20 Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomised to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic, *JAMA*, Vol. 288; No.23, 18 December 2002, p. 2981-2998

21 Major Cardiovascular Events in Hypertensive Patients Randomised to Doxazosin vs Chlortalidon, *JAMA*, Vol. 283 No.15, 19 April 2000, p. 1967-1975

22 ALLHAT-Studie: Diuretikum besser als neue Antihypertensiva, *Blitz arznei-telegramm*, 20.12.2002

23 Ein solcher Kommentar war z.B. zu lesen in Schaukampf um Leitlinien, *FAZ* 2.7.2003, S. N1 (Natur und Wissenschaft)

24 Peter Dominiac, Sind die neuen Empfehlungen der Hochdruckliga schon wieder obsolet? *Cardiovasc*, 4/2003, S*1 www.cardiovasc.de/pdf/2003/04/cv_1_1.pdf

25 Neue US-amerikanische Hypertonie-Leitlinie: Thiaziddiuretika erste Wahl, *arznei-telegramm*, 6/2003, S. 57f

26 Allhat-Studie zur Behandlung von Bluthochdruck, Exakt vom 6.5.2003, Mitteldeutscher Rundfunk Fernsehen. www.mdr.de/exakt/archiv/704577.html

Für jede Pille eine Krankheit

Pfizer & Co kreieren weibliche Potenzschwäche

Um neue gewinnträchtige Märkte zu erschließen, scheuen Pharmafirmen nicht davor zurück, neue Krankheitsbilder zu erfinden, für die sie dann die passenden Medikamente anbieten. Weibliche sexuelle Dysfunktion lautet die neueste Wortschöpfung – beinahe die Hälfte aller Frauen sollen angeblich davon betroffen sein.²⁷

Potenzmittel sind ein lukratives Geschäft: Seit der Markteinführung von Sildenafil (Viagra) 1998 wurde das risikoreiche Mittel über 17 Millionen Männern verschrieben, nach Angaben von Pfizer machte das Unternehmen allein 2001 mit seinem Potenzmittel einen Rekordumsatz von 1,5 Milliarden US\$. Warum also nicht einen ähnlich gewinnträchtigen Markt für Frauen erschließen? Das *British Medical Journal* enthüllte jetzt, wie sich die Pharmaindustrie seit sechs Jahren intensiv bemüht, die medizinische Diagnose „sexuelle Dysfunktion bei Frauen“ in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zu etablieren. Hormonwerte, Scheiden-pH-Wert, Durchblutung von Klitoris und Schamlippen sollen als messbare Merkmale und Ausgangsbasis klinischer Versuche dienen.

WissenschaftlerInnen unter Einfluss

Mittel zum Zweck waren eine Reihe von wissenschaftlichen Kongressen, Seminaren und Diskussionsforen, die allesamt von Pharmafirmen gesponsert wurden. Die ausgesuchten TeilnehmerInnen repräsentierten meist einzelne Pharmaunternehmen oder hatten enge Verbindungen zur Industrie. Kaum hatte das BMJ diese Zusammenhänge offenbart, startete die Industrie im Gegenzug eine geschickte PR-Kampagne. Das PR-Unternehmen HCC De Facto, tätig für eine Firma, die derzeit ein Medikament gegen FSD erforscht, versandte e-mails an Patientinnenorganisationen und Frauengesundheitsgruppen in Kanada und Australien (dort wird das Medikament derzeit in klinischen Versuchen erprobt). Die Gruppen wurden aufgefordert, dem BMJ-Artikel in Presse und Öffentlichkeit zu widersprechen.²⁸

Meilenstein bei der Schöpfung der neuen Frauenkrankheit FSD war ein Artikel in der Zeitschrift der amerikanischen ÄrztInnengesellschaft (JAMA)

im Februar 1999 unter dem Titel: „Sexuelle Dysfunktion in den Vereinigten Staaten: Häufigkeit und Anzeichen“.²⁹ Die Autoren – zwei von ihnen sind eng mit der Firma Pfizer verbunden – kamen zu dem Ergebnis, dass 43 % aller Frauen betroffen seien. Die umstrittene Zahl wurde durch Fachmedien und Laienpresse immer wieder verbreitet. Problematisch ist dabei vor allem das zugrundeliegende Schema, nach dem Frauen, die keine Lust, Orgasmuschwierigkeiten oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr haben, als sexuell gestört gelten.³⁰ Soziale, persönliche, politische und ökonomische Hintergründe, u.a. der Aspekt weit verbreiteter Gewalt gegen Frauen, werden dabei völlig ausgeblendet. Gesunde werden davon überzeugt, eine Krankheit zu haben, von der sie bisher gar nicht wussten, dass sie überhaupt existiert.

Nasenspray soll die Lust wecken

Und die Medikalisierung weiblicher Sexualität ignoriert zugleich alternative Problemlösungen. Schon werden mindestens 20 Substanzen gegen weibliche Sexualprobleme erprobt:³¹ Potenzhilfen für Männer werden an Frauen getestet, ein Nasenspray soll im weiblichen Gehirn die Lust wecken, andere Substanzen sollen die Durchblutung der Klitoris verstärken. Dabei sind die Anatomie des weiblichen Genitaltrakts sowie die weibliche Sexualität überhaupt noch recht unerforscht. Die Psychiaterin Leonore Tiefer von der New York University beklagt darum, dass Pillen das Bemühen um ein tieferes Verständnis zunichte machten und eine neue Form von Leistungsdruck erzeugten. Statt die körperliche Liebe als individuell zu akzeptieren, schreite ihre „McDonaldisierung“ voran – „die Idee, dass Sex überall auf der Welt derselbe sein sollte“.³² Tiefer initiierte ein Aktion gegen die Medikalisierung der weiblichen Sexualität.³⁰ (cj)

Vitamine nutzlos?

Vitamin-Pillen haben keinen vorbeugenden Effekt gegen Krebs oder Herzkrankheiten. Zu dieser Erkenntnis kam die U.S. Preventive Services Task Force, ein einflussreiches Beratungsteam der Regierung.³³

Das Team hatte mehrere Dutzend Studien zu Vitaminen untersucht und bewertete deren Ergebnisse als inadäquat oder widersprüchlich. Weitere Forschung sei dringend geboten, um die Einnahme von Vitaminen empfehlen oder ablehnen zu können. Zwar hätten einige qualitativ gute Kohortenstudien eine Beziehung zwischen Vitaminpillen und geringerem Infarktisiko nahegelegt. „Randomisierte, kontrollierte Studien spezifischer Nahrungsergänzungsmittel haben jedoch keinen signifikanten Effekt eines einzelnen Vitamins oder von Vitaminkombinationen auf das Auftreten von oder den Tod durch Herz- und Gefäßkrankheiten erkennen lassen.“³⁴

Die Gruppe sprach sich zudem gegen die Einnahme von Beta-Karotin zur Vorbeugung von Herzinfarkt und Krebs aus. RaucherInnen, die Beta-Karotin-Präparate einnahmen, litten sogar häufiger an Krebs und hatten ein höheres Todesrisiko.³³ „Für die Gesundheit des Herzens haben wir die (Vitamin-)Frage beantwortet und eine davon ist potenziell gefährlich“, so resümierte ein Wissenschaftler des *Task Force Teams*.³⁵ (cj)

27 Ray Moynihan, The making of a disease: female sexual dysfunction, *British Medical Journal*, 4/Jan 2003, Vol. 326, S. 45-47.

28 Ray Moynihan: Company launches campaign to "counter" BMJ-claims, *BMJ*, Vol. 326, 18.1.2003

29 Laumann E., Paik A., Rosen R., Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors, *JAMA* 1999, Vol. 281 p. 537-544.

30 Vgl. dazu das Manifest: „A new view of women's sexual problems“ <http://fsd-alert.org/manifesto.html>

31 Christina Berndt: Das muss Liebe sein, *Süddeutsche Zeitung* vom 14.1.2003

32 zit. n. Berndt aaO

33 AP: More Research Urged on Vitamins' Benefits. *New York Times*, 30.6.2003.

www.nytimes.com/aponline/national/AP-Vitamin-Supplements.html?pagewanted=print&position=

34 Cynthia D. Morris, Susan Carson: Routine Vitamin Supplementation To Prevent Cardiovascular Disease: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 139, No. 1, 1.7.2003, p. 56-70

35 zitiert nach: AP: Study finds Antioxidant Vitamins Useless. *New York Times*, 12.6.2003

Verschreibungspraxis fördert Resistenzen

Mehr Transparenz auf dem Gebiet der Antibiotikaverschreibungen in Deutschland liefern das Wissenschaftliche Institut der AOK und die Universität Freiburg mit einer neuen Studie.³⁶ Qualitative Bewertungen von Antibiotika werden dabei einer quantitativen Analyse der Verschreibungen an KassenpatientInnen gegenübergestellt. Weitere Forschung sei dringend geboten, damit Antibiotika auch in Zukunft noch wirken.

Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts können bakterielle Infektionen, die vorher lebensbedrohlich waren, dank Antibiotika geheilt werden. Zunehmend erweisen sich Bakterien aber als unempfindlich gegenüber Antibiotika. Schuld daran sei der unsachgemäße Einsatz der wertvollen Arzneimittel, so die AutorInnen in ihrer Einleitung. Unverantwortlicher Einsatz von Antibiotika in der Tiermast, aber auch irrationales Verschreibungsverhalten vieler ÄrztInnen zählen hierzu. Obwohl ca. 80 Prozent der oberen Atemwegsinfekte viral bedingt sind, werden sie größtenteils (etwa zu 80 Prozent) mit Antibiotika behandelt. Dabei wirken Antibiotika nicht gegen Viren. ÄrztInnen begründen diese Verschreibungspraxis mit dem Wunsch der PatientInnen nach einem Antibiotikum. Hier wäre stattdessen ärztliche Beratung gefragt.



Suggestive Bayer Werbung für Moxifloxacin in Afrika (MIMS Africa 6/2002)

Ein weiteres Problem ist die Verschreibung von Reservemitteln. Jede dritte Antibiotikaverordnung entfiel 2001 auf ein Reserveantibiotikum – ein Trend, der seit Jahren steigt. Standardmittel werden unterschiedlich häufig eingesetzt: So ist in Bremen jede dritte

Verordnung ein Basispenicillin, in Sachsen aber nur jede fünfte.³⁷

Obwohl es bei Gyrasehemmern wie Moxifloxacin besorgniserregende Resistenzentwicklungen und bedenkliche Nebenwirkungen gibt, ist das Medikament in Deutschland als Erstwahlmittel erlaubt. In Dänemark dagegen erstatten die Kassen das Medikament nur noch in Ausnahmefällen. Ein therapeutischer Fortschritt ist nicht erkennbar. Dafür ist Moxifloxacin erheblich teurer.³⁸

In den USA wurde im Sommer 2002 erstmalig ein Stamm des häufigen Krankenhauskeims *Staphylococcus aureus* registriert, der nicht auf eine Behandlung mit Vancomycin ansprach.³⁹ Gleichzeitig wurden weltweit Infektionsfälle berichtet, die auf Reserveantibiotika resistent reagierten, aber auf Standardtherapien ansprachen.⁴⁰

Zu viele Antibiotika?

Jedes Kind bis zehn Jahre erhielt in Deutschland laut Studie 2001 durchschnittlich eine Woche lang Antibiotika. Selbst bei den über 90jährigen lag der Verbrauch niedriger. Erstaunlich sind auch regionale Unterschiede: ÄrztInnen in den neuen Bundesländern verschreiben zwar insgesamt mehr Medikamente, ordnen Antibiotika aber wesentlich zurückhaltender. SaarländerInnen schlucken beinahe doppelt so viel Antibiotika wie die Sachsen. Dermaßen unterschiedliche Verordnungsgewohnheiten verweisen „auf klare Defizite gemessen am Ziel von Therapiestandards“.³⁶ Gerade weil Antibiotika unentbehrlich sind, müsse hier die „goldene Verschreibungsregel“ gelten, so die AutorInnen: „So wenig wie nötig, so gezielt wie möglich“ (CF)

36 Judith Günther et al., Solange sie noch wirken, Analysen und Kommentare zum Antibiotikaverbrauch in Deutschland, WIdO, Bonn, Freiburg, Januar 2003

37 aaO, Abb. 20 u. 24

38 Gyrasehemmer Moxifloxacin, *arznei-telegramm* 9/1999, S. 91

39 Scott Gottlieb: CDC reports first case of vancomycin resistant *Staphylococcus aureus*. *BMJ* Vol. 326, 12 April 2003, p. 783

40 Old drugs for new bugs *BMJ* Vol. 326, 1 February 2003, p. 235-236



Deutschland

Zahnloser Tiger Heilende Korrekturen bei der Pharmaindustrie fehlen

Der deutsche Arzneimittelmarkt, den die Patienten mit Beiträgen finanzieren müssen, verbraucht jährlich etwa 24 Milliarden Euro. Davon entfallen etwa vier Milliarden auf Scheininnovationen, für die preiswertere, oft generische Standardtherapeutika zur Verfügung stehen, oder auf nutzlose Produkte. Eine echte Gesundheitsreform sollte die Einsparung dieser nutzlos verpulverten vier Milliarden Euro zum Ziel haben. Die vorliegende politische Absprache verfehlt jeden Reformansatz:

- ◆ Nutzlose Arzneimittel dürfen uneingeschränkt weiter verordnet werden (keine Positivliste).
- ◆ Überteuerte Scheininnovationen dürfen durch das Qualitätsinstitut nicht abqualifiziert werden (Verbot der Kosten-/Nutzenbewertung).
- ◆ Durch Hersteller korrumpierte Funktionäre der ärztlichen Selbstverwaltung werden weiterhin nicht für Vorteilsnahmen bestraft (kein Korruptionsbeauftragter des Bundes).
- ◆ Die Zuordnung des Qualitätsinstituts zur Selbstverwaltung unterwirft es den Gruppeninteressen und verhindert eine unabhängige Qualitätskontrolle.
- ◆ Keine Sanktionen gegenüber der Industrie bei Unterlaufen der Autidem-Regel, die Apotheker zum Verkauf günstiger Generika verpflichtet, oder bei Unterlaufen der Pauschale für Festbeträge durch Preiserhöhungen.
- ◆ Heilsideologische Produkte wie zum Beispiel nutzlose, möglicherweise krebsfördernde Mistelextrakte bleiben Kassenleistungen, obwohl rezeptfreie Arzneimittel nicht mehr verordnungsfähig sind (Klientelpolitik der Grünen).

Die Zuordnung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin zur Selbstverwaltung unterwirft die Einrichtung der Ineffizienz und gegenseitigen Blockade, die die Arbeit der Selbstverwaltungsgremien von Ärzten und Krankenkassen fast durchweg kennzeichnet. Bei der fast üblichen Verquickung der ärztlichen Fachvertreter mit den Interessen der Warenanbieter und fehlender Offenlegungspflicht von materiellen Abhängigkeiten und Einflussnahmen in der ärztlichen Selbstverwaltung bedeutet diese Zuordnung, dass eine unabhängige Beurteilung kaum möglich sein dürfte - zumal Funktionäre in der Selbstverwaltung im Gegensatz zu Amtsträgern in der öffentlichen Verwaltung nicht durch das Korruptionsgesetz erfasst werden und Vorteilsnahmen bzw. Bestechlichkeit straflos bleiben. Damit ist das Institut ein zahnlöser Tiger, das Geld kostet, aber nichts bewirkt.

Dies alles wird die Kostenentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt nicht dämpfen, denn dafür ist allein die Marktmacht der Hersteller verantwortlich, die jährlich in Deutschland etwa fünf Milliarden Euro für den Kauf von Verordnungen, Meinungsbildnern und Medienvertretern ausgeben können. Gleichzeitig wird die ärztliche Fortbildung durch Sponsoring von Rednern, Funktionären, Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Kongressen u. a. fast flächendeckend kontrolliert, so dass sich dort unabhängige, qualitätsorientierte Informationen nicht verbreiten können.

Nun hat die Regierung auch auf die letzten Kontrollmöglichkeiten verzichtet. Sie hat sich somit als unfähig erwiesen zu erkennen, dass das Marketing der Pharmaindustrie heute

- ◆ durch Propagierung schlechter und überteuerter Produkte zur größten Bedrohung der Qualität der medizinischen Versorgung geworden ist,
- ◆ zur Produktprofilierung am Markt durch Unterbehandlung in der Kontrollgruppe den Tod von Patienten hinnimmt,
- ◆ zur Werbung mit Verträglichkeit Daten von Sicherheitsstudien fälscht,
- ◆ durch Desinformation erprobte Behandlungsstandards zerstört, um schlechten Neuprodukten den Markt zu eröffnen,

◆ durch Erfinden von Volkskrankheiten neuen Therapiebedarf kreiert.

Dieses Verhalten eines Partners im Sozialsystem erfordert nach den Regeln des politischen Handelns ein Gegengewicht, allein schon zum Schutz der Patienten. Dieses haben durch ungezügelter Klientelpolitik zu Lasten der Patienten die Parteien in dieser Gesundheitsreform erneut verspielt und der Ausbeutung von Patienten und Kranken durch die Leistungsanbieter weitere Tore geöffnet: Neoliberaler Sozialdarwinismus in Reinkultur ohne soziale Verantwortung, aber auch ohne ökonomische Vernunft.

Der Bremer Pharmakologe Peter Schönhöfer ist Mitherausgeber des kritischen Informationsdienstes *arznei-telegramm*. Der Artikel erschien zuerst in der *Frankfurter Rundschau* 22.7.2003



Neue Bücher & Quellen

Arznei-Kontrolle mangelhaft

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Qualität der Arzneimittelzulassung und -überwachung in zehn Ländern untersucht. Dabei wurden gravierende Mängel nicht nur in armen Ländern gefunden.

Spätestens seit der Thalidomid-Katastrophe Anfang der Sechziger Jahre ist die Notwendigkeit einer Arzneimittelkontrolle unbestritten. Doch vierzig Jahre später ist es um die PatientInnensicherheit immer noch nicht gut bestellt. Die WHO-Publikation, die sich in erster Linie an Regierungen wendet, die ihre Kontrollpraxis verbessern wollen, bietet interessante Fakten.

Viele Länder müssen ihre Überwachungsaufgaben mit knappen Ressourcen durchführen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass einige Länder unerwünschte Wirkungen kaum oder gar nicht erfassen. Die Studie fördert allerdings auch Erstaunliches zu Tage: So werden in den Niederlanden fast alle Arzneimittel zugelassen (95%), in Kuba sind dagegen nur 65% der Anträge erfolgreich. Ob das an der besseren

Qualität der Anträge in den Niederlanden liegt, mag man bezweifeln, denn auch Australien lässt nur ca. 80% der beantragten Medikamente zu.

Qualitätsmängel bei Arzneimitteln wurden in den meisten Ländern gefunden, am häufigsten in Uganda (23,8% mit Mängeln), aber auch in Australien wurden 13,2% der Proben beanstandet.

📖 Ratanawijitrasin/ Wondemagegnehu, Effective drug regulation, WHO, Genf 2002, 20 SFR

Was Sie schon immer über Werbung wissen wollten

Pharmawerbung beeinflusst die Einstellung von PatientInnen ebenso wie das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen. Eine Datenbank bündelt jetzt das vorhandene Wissen.

Es gibt nicht all zu viele (öffentlich zugängliche) Untersuchungen zu diesem Thema. Das ist auch kein Wunder, die Industrie sponsert solche Studien sicher nicht. Auch öffentliche Auftraggeber beschäftigen sich lieber mit der Wirkstoffforschung. Um so wichtiger ist die neue Datenbank, die als Kooperationsprojekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit Health Action International (HAI) entstand.

Eine übersichtliche Suchmaske erleichtert das Auffinden und Verwalten von Einträgen. Am interessantesten sind aber die inhaltlichen Überblicksartikel, die Fragen beantworten wie: „Welche Einstellungen haben ÄrztInnen und Laien zur Werbung?“ oder „Welche Auswirkungen hat Pharmawerbung auf das Verhalten von ÄrztInnen?“ So zeigen Untersuchungen, dass die allzu große Nähe zur Pharmawerbung das Verschreibungsverhalten negativ beeinflusst: es wird mehr und auch irrationaler verschrieben.

Wer auf Grund der Ergebnisse nicht verzweifeln will, findet aber auch einen Beitrag dazu, welche Interventionen gegen den Einfluss von Werbung ausprobiert worden sind.

Gegenwärtig beziehen sich alle Literaturhinweise nur auf englischsprachige Quellen, weitere Sprachen sollen folgen. (JS)

📖 www.drugpromo.info/



Aus aller Welt

AIDS Wirtschaftsdesaster

Die wirtschaftlichen Folgen der AIDS-Epidemie in Afrika sind viel schlimmer als bislang gedacht.

Eine Studie der Weltbank⁴¹ stellt jetzt fest, dass, wenn nichts gegen AIDS unternommen wird, die Ökonomien im südlichen Afrika innerhalb weniger Generationen zusammenbrechen werden. Bisherige Berechnungen haben die Rolle der Fähigkeiten und Ausbildung vernachlässigt. Viele Menschen im produktiven Alter nehmen ihre Fähigkeiten mit ins Grab – ein Grund, warum immer mehr Firmen ihren MitarbeiterInnen die AIDS-Therapie bezahlen. Da junge Erwachsene überdurchschnittlich häufig an AIDS sterben, gibt es viele Waisenkinder. Ihre Erziehung wird vernachlässigt, sie sind besonders häufig Schulabbrecher und haben wenig Chancen auf eine Ausbildung. Die Autoren der Studie errechneten, dass sich deshalb das Familieneinkommen in Südafrika halbieren könnte. Als Gegenmaßnahmen sind sowohl Präventions- und Behandlungsstrategien wichtig, als auch gezielte Programme zur Förderung von Waisen. (JS)

WHO für kostenlose Tuberkulosebehandlung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) will nicht nur dafür sorgen, dass AIDS-Medikamente den Kranken in Afrika kostenlos zur Verfügung stehen, auch Tuberkulose muss dringend behandelt werden.

Die wachsende Zahl von Tuberkulosefällen hängt direkt mit der AIDS-Epidemie zusammen. Das geschwächte Immunsystem macht extrem anfällig, etwa ein Drittel der HIV-Positiven hat

auch TB, die Krankheit ist eine häufige Todesursache bei AIDS-Kranken. Deshalb fordert die WHO, dass AIDS und TB zusammen behandelt werden müssen.⁴² Die Medikamente für die TB-Behandlung kosten nur zehn US\$. Letztes Jahr konnten in Afrika mit dem von der WHO entwickelten Behandlungsprogramm 80.000 HIV-Positive von TB geheilt werden, aber über 200.000 starben, weil sie keine Behandlung bekommen konnten. (JS)

Bush und AIDS

Ob US-Präsident Bush seine Blockadehaltung gegen den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten wirklich aufgibt, ist noch immer nicht klar. Darüber verhandelt die Regierung mit der Pharmaindustrie.⁴³ Die ist jetzt auch hochrangig in der Regierung vertreten: Der gerade eingesetzte Koordinator für AIDS-Politik war vorher Manager beim Pharmariesen Eli Lilly.⁴⁴ (JS)

Mehr Transparenz für EU-Arzneimittel

Der Rat der EU-Gesundheitsminister will für mehr Transparenz bei der Arzneimittelzulassung sorgen. Er betonte ausdrücklich, dass die Transparenz-Richtlinien der EU auch für die Europäische Zulassungsbehörde EMEA gelten. Damit der Zugang zu wissenschaftlichen Dokumenten möglich wird, muss die Gesetzgebung aber präziser werden.

Dazu die Zeitschrift *Prescrire International*: „Es ist eine gute Nachricht, dass die EMEA vom EU-Transparenz-Gesetz nicht ausgenommen ist. Der Vorschlag des Rates ist willkommen. Aber er ist vor allem ein Denkkettel für das Versagen der Kommission, die jetzige Regelung zum öffentlichen Zugang 1049/2001 vollständig in Kraft zu setzen, gerade wenn es um Dokumente im Besitz der European Agency (EMA) geht.“⁴⁵ Der Rat der Minister tut gut daran, genauer auszuformulieren, was er mit öffentlichem Zugang meint. Orientieren könne man sich dabei, so *Prescrire*, an den ausführlichen Bestimmungen im Lebensmittelbereich, wo der Schutz der Gesundheit längst als Schlüsselkriterium für den

Zugang zu brisanten Dokumenten gilt. Schließlich sei Transparenz erst dann wirklich gewährleistet, wenn VerbraucherInnen, PatientInnen, Fachleute aus dem Gesundheitsbereich und der Krankenversicherer im Aufsichtsrat der EMEA vertreten seien. Warum ist für Arzneimittel nicht möglich, was für Lebensmittel längst akzeptiert ist? „Sind Medikamente sicherer als Lebensmittel?“⁴⁵ (cj)

USA: Arme zahlen mehr

Ausgerechnet die 41 Millionen Menschen in den USA, die keine Krankenversicherung haben, zahlen mehr für Medikamente.

Die *US Public Interest Research Group (PIRG)* fand heraus, dass PatientInnen, die für ihre Arzneimittel aufkommen müssen, im Schnitt 72% mehr bezahlen müssen als öffentliche Stellen.⁴⁶ Staatliche Stellen wie das Verteidigungsministerium handeln mit den Herstellern hohe Rabatte aus. Bislang zahlt *Medicare*, ein Programm, das RentnerInnen und Behinderte absichert, die Arzneimittel nur bei Krankenhausbehandlung, das soll sich ab 2006 ändern. (JS)

41 Clive Bell, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach, *The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa*, World Bank, Washington 2003
www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_tota12.pdf

42 WHO calls for widespread free access to anti-TB drugs for people living with HIV, WHO Press release 15.7.2003

43 Allgeier Admits WTO-TRIPs-Drugs Deal Still Pending, *WTO-Reporter* 25 July 2003

44 Bush Names New Director for Global AIDS Programme, *New York Times* 2 July 2003

45 Christophe Kopp: Transparency of EU medicines agencies. *Prescrire*, 8/2003, Vol. 12, Nr. 66, S. 156.

46 Uninsured Pay More For Prescription Drugs. Report Says, *Washington Post* 16.7.2003

Das Letzte

„Der Abbau von Kuhfladen wird durch den Einsatz von Medikamenten gegen Wurmbefall stark beeinträchtigt. Die Kot fressenden Käfer werden durch die giftige Wirkung dieser Mittel in ihrer Entwicklung und Vermehrung stark eingeschränkt.“

Pressemitteilung der Biologischen Bundesanstalt für Land- und Forstwirtschaft vom 26.3.2003