

PHARMA- BRIEF



Nr. 1/2004

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

H 11838

Januar/Februar 2004

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

Raum für Visionen: Das Weltsozialforum 2004

„Eine andere Welt ist möglich“ – unter diesem Motto stand das Weltsozialforum, das vom 16. bis 21. Januar 2004 im indischen Mumbai¹ stattfand. Laut indischer Presse nahmen rund 70.000 InderInnen und 30.000 Delegierte aus weiteren 152 Staaten teil.² Rund 300 soziale und politische Bewegungen waren vertreten und formulierten ihren Grundkonsens gegen den in Davos stattfindenden Weltwirtschaftsgipfel, gegen neoliberale Globalisierung oder die Privatisierung öffentlicher Dienste. Für die BUKO Pharma-Kampagne waren Christian Wagner und Christiane Fischer vor Ort. Sie leiteten zwei Veranstaltungen zu gesundheitspolitischen Schwerpunkten und nutzten die Gelegenheit, sich mit GesundheitsaktivistInnen aus aller Welt auszutauschen.

Mehr als 100.000 Menschen waren in Mumbai zusammengekommen, um die Folgen der wirtschaftlichen Globalisierung zu diskutieren und Alternativen zu suchen. Die bunte Menge war vor allem von der Vielfalt indischer Gruppen geprägt, die sich zunehmend vernetzen und gegen das alltägliche Unrecht wehren: Dalits – “Unberührbare”, Adivasi – indische UreinwohnerInnen und AnhängerInnen Ghandis, die für eine friedliche Koexistenz von Hindus und Moslems eintreten, prägten das Bild. Das Treffen lebte auch vom Geist der Annäherung Indiens und Pakistans, die kurzfristig vielen AktivistInnen aus Pakistan die Einreise ermöglichte.

Dem Weltsozialforum direkt vorangegangen war das Internationale Gesundheitsforum, das von der internationalen Basisgesundheitsbewegung *People's Health Movement* (PHM) ausgerichtet wurde. Zentrales Thema, das auch ins Weltsozialforum hineingetragen werden sollte, war das Men-

schenrecht auf Gesundheit. Stellvertretend für das PHM bot die BUKO Pharma-Kampagne darum auf dem Weltsozialforum einen Workshop zu *AIDS und der Zugang zu Medikamenten* an.³

TRIPS-Kompromiss mangelhaft

Am Beispiel AIDS diskutierten internationale ExpertInnen, wie Patentschutz die Verfügbarkeit bezahlbarer Medikamente beeinflusst und der Preis eines Medikamentes für die Kranken zu einer Frage von Leben und Tod wird. Den Kompromiss zum TRIPS-Abkommen bezeichneten die TeilnehmerInnen einstimmig als absolut unzureichend.⁴ Doch der in TRIPS fest geschriebene Patentschutz sei nicht die einzige Gefahr, so Kyoung Ho Kwak aus Südkorea von der *Peoples Health Coalition for the Equitable Society*. Sie führte aus, dass bilaterale Abkommen zum Teil Patentregelungen festschreiben, die noch über die Regelungen von TRIPS hinausgehen (TRIPS-plus).

Editorial

Liebe LeserInnen,
lange mussten Sie auf diesen Pharma-Brief warten. Zwei KollegInnen waren dienstlich in Indien unterwegs. Ergebnisse ihrer Reise finden Sie im nebenstehenden Artikel und auf S. 4. Ich selbst habe mich für sechs Wochen zurückgezogen, um endlich eine wissenschaftliche Arbeit fertig zu stellen. Das ist gelungen und jetzt sind wir alle wieder mit frischer Kraft für Sie da.

Drei Artikel beschäftigen sich mit Werbung und Wirklichkeit: Bei *Antidepressiva* geht es um Datenunterdrückung (S. 3), bei *Werbematerial an deutsche ÄrztInnen* um den Informationsgehalt und auf S. 7 schließlich um die Frage der Laienwerbung. Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

- **Antidepressiva:**
Risiko für Kinder 3
- **Arzneimittel in Europa:**
Wessen Evidenz zählt? 3
- **Indien:**
Gesundheit und Politik 4
- **Deutschland** 5
- **Neue Bücher** 6
- **Werbung:**
Einschränkungen weltweit 7

Dies zeige sich besonders deutlich an Freihandelsabkommen zwischen USA und Singapur und USA und Chile. Auch in laufenden Verhandlungen zu neuen Freihandelsabkommen werde der Zugang zu bezahlbaren Medikamenten den Interessen der Industrie



Angeregte Unterhaltungen in den Pausen des Weltsozialforums

Foto: Christiane Fischer

geopfert (z.B. bei den Verhandlungen USA mit Australien oder um die amerikanische Freihandelszone FTAA, die verheerende Folgen für die brasilianische Arzneimittelproduktion haben könnte).

Der indische Rechtsanwalt Anant Grover analysierte die jüngsten Entwicklungen auf dem indischen Pharmasektor. Bisher gilt die indische Pharmaindustrie noch als Paradebeispiel für die Herstellung billiger Generika. Die überlebensnotwendigen AIDS-Medikamente sind nirgendwo so billig wie in Indien. Dies könnte sich jedoch bald ändern. Um dem TRIPS-Abkommen zu genügen, wird auch Indien bis 2005 sein Patentrecht vollständig umstrukturiert haben. Bereits jetzt steigen die Arzneimittelpreise deutlich an. Die indischen Hersteller beginnen, sich dem internationalen Preisniveau anzupassen. Sie bereiten sich darauf vor, in internationale Konkurrenz mit Big Pharma der Industrieländer zu treten – zu Lasten der finanzschwachen Bevölkerung, die sich wichtige Medikamente nicht mehr leisten kann. Dass die Situation in anderen Ländern ähnlich ist, zeigten Fallstudien aus Thailand, die Lawan Sarogat, *Ärzte ohne Grenzen*, präsentierte. Ayyaz Kiani vom *Consumer Network Pakistan* hob hervor, wie groß der Bedarf an Forschung zu vernach-

lässigten Krankheiten ist. Er machte damit deutlich, wie wichtig es ist, die öffentliche Diskussion über eine neue Forschungspolitik voran zu treiben. Pharma-Forschung müsse wieder verstärkt als öffentliche Aufgabe begriffen werden: Medikamente, die mit öffentlichen Forschungsgeldern entwickelt wurden, müssen als öffentliches Gut allen Menschen zugänglich sein und dürfen nicht durch Monopole privatisiert werden. Dass dies möglich ist, verdeutlichte Chinu Srinivasan von *Locost*. Dieser gemeinnützige indische Hersteller produziert unentbehrliche Medikamente und verkauft sie fast

zu Herstellungskosten an Nichtregierungsorganisationen. Die Preise betragen im Schnitt nur ein zwanzigstel des üblichen indischen Marktpreises. Chinu Srinivasan erklärte, dass Wettbe-

werb zwar die Medikamentenpreise drücke, doch bei weitem nicht auf das erforderliche Minimum. Deshalb hält er eine Preiskontrolle für das wirkungsvollste Mittel, um unentbehrliche Arzneimittel allen Menschen zugänglich zu machen.

Da der Arzneimittelmarkt inzwischen eindeutig von internationalen Akteuren dominiert wird, muss auch der Kampf für das Menschenrecht auf Gesundheit international ausgetragen werden. Fatima Hassan von der südafrikanischen *Treatment Action Campaign* betonte, wie wichtig die internationalen Aktivitäten für die jüngsten Erfolge waren. Mehrere Hersteller vergaben in Südafrika jüngst „freiwillige“ Lizenzen (siehe auch *Südafrika: Erfolg bei AIDS-Medikamenten*, S. 8). (CW)

- 1 ehemals Bombay
- 2 Dieter u. Ursula Hecker: Bericht über das World Social Forum vom 16.-21.1.2004
- 3 Über den zweiten Workshop der BUKO Pharma-Kampagne auf dem Weltsozialforum „Armut in Europa“ berichten wir im nächsten *Pharma-Brief*
- 4 siehe auch: Keine Pillen für die Ärmsten *Pharma-Brief* 7/2003 S. 1-2

E+Z

Die Zeitschrift für Entwicklungspolitik und Nord-Süd-Beziehungen

- Behandelt die **Schwerpunkte** deutscher und internationaler Entwicklungszusammenarbeit – von Armutsbekämpfung bis Zivile Konfliktbearbeitung
- Beleuchtet **Fakten und Tendenzen** aus Forschung und Praxis sowie Organisationen der internationalen Entwicklungspolitik
- Bietet **Analysen und Berichte** zu Fragen der wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Nord-Süd-Beziehungen
- Bringt **Meinungen** zu aktuellen entwicklungspolitischen Themen und Kontroversen
- Bietet **Neues von INWEnt**, der deutschen Organisation für internationale Personalentwicklung und Zusammenarbeit

E+Z erscheint zusammen mit der englischsprachigen Ausgabe **D+C** elfmal im Jahr und kostet im Jahresabonnement 24,00 €, im Ausland 27,00 €.

Probeheft bei:
Societäts-Verlag,
Zeitschriftenvertrieb,
Postfach, 60268
Frankfurt/Main,
Telefon: 069/75 01-42 74,
Fax: 069/75 01-45 02,
zeitschriftenvertrieb@fsd.de
www.inwent.org/e+z

Deprimierende Neuigkeiten

SSRI-Antidepressiva mit Risiken für Kinder

Antidepressiva werden auch Kindern und Jugendlichen verschrieben. Neuere Daten zeigen, dass eine Gruppe dieser Medikamente statt Selbstmordversuche zu verhüten, diese häufiger macht. Angesichts des zweifelhaften Nutzens der Medikamente bei Kindern eine ziemlich bedenkliche Tatsache.

Es geht um die sogenannten SSRI-Antidepressiva,⁵ eine vielverordnete Arzneimittelgruppe: in Deutschland wurden 2001 über 130 Millionen Tagesdosen dieser Mittel verschrieben. Wir berichteten in der letzten Ausgabe des *Pharma-Briefs* über die unterschätzten Risiken beim Absetzen dieser Medikamente und am Rande auch um das Selbstmordrisiko.⁶

Menschen mit Depressionen haben ein erhöhtes Selbstmordrisiko, die Behandlung sollte das eigentlich verringern. Doch die Evidenz scheint bei Kindern und Jugendlichen eher das Gegenteil nahe zu legen.⁷ Erschwerend kommt hinzu, dass der Nutzen von SSRI zur Behandlung von Depressionen bei dieser PatientInnengruppe offensichtlich gering oder nicht vorhanden ist.^{8,9} Die meisten dieser Mittel sind zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gar nicht zugelassen, werden aber trotzdem häufig an diese Altersgruppe verschrieben: in den USA an 11 Millionen Kinder und Jugendliche, in Großbritannien schätzungsweise an 50.000.¹⁰ Für Deutschland liegen keine genauen Zahlen vor.

Bereits im Dezember hatte die britische Zulassungsbehörde die Anwendung aller SSRI – außer Fluoxetin¹¹ – bei unter 18-jährigen verboten. Aber auch Fluoxetin hilft nach Angaben der britischen Kontrollbehörde nur einem von zehn Kindern.¹²

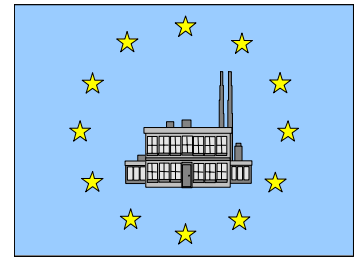
Die US-Arzneimittelbehörde FDA hat jetzt im Februar 2004 nach einer Anhörung eine Untersuchung des Selbstmordrisikos bei Kindern angeordnet. Gleichzeitig empfahlen die ExpertInnen deutlichere Warnhinweise.¹¹ Diese Entscheidung kommt einigermaßen überraschend, weil im Vorfeld der Anhörung die FDA ihren eigenen Experten, der zu einer kritischen Bewertung von Risiko und Nutzen gekommen war, wieder ausgeladen hatte. Das hatte beträchtliche Unruhe

innerhalb der Behörde ausgelöst.¹³ Auf der Anhörung selbst bekamen auch Angehörige von Betroffenen die Gelegenheit, Selbstmordversuche und Selbstmorde nach Einnahme von SSRI-Antidepressiva zu schildern. Die ExpertInnen waren vor allem über die leichtfertige Verschreibung der Medikamente an die Opfer entsetzt, die alle keine schweren Depressionen hatten.

Die Behörde selbst war mit den von den Herstellerfirmen vorgelegten Daten zum Selbstmordrisiko äußerst unzufrieden. Die Daten waren unvollständig und teilweise irreführend zugeordnet. Die FDA will die Meldungen zu unerwünschten Wirkungen jetzt selber erneut auswerten und verlangt deshalb von den Firmen die Originalberichte.⁹

Dies ist nicht das erste Mal, dass den Firmen im Zusammenhang mit SSRI-Antidepressiva Datenunterschlagung vorgeworfen wird. GlaxoSmithKline gab die Ergebnisse einer 1996 durchgeführten Studie zu Paroxetine (Seroxat[®]) bei Kindern erst 2003 an die britische Kontrollbehörde weiter.¹⁴ Erst im Februar 2004 stellte sich heraus, dass die Firma 1998 die Ergebnisse zweier weiterer Studien an Kindern bewusst verheimlicht hat. Sie hatten ergeben, dass das Medikament nicht besser oder sogar schlechter wirkt als Zuckerpillen.¹⁵ Ein internes Strategiepapier des Herstellers macht deutlich, warum damals ein Teil der Studiendaten nicht weitergegeben wurde: „Es wäre wirtschaftlich unakzeptabel ein Statement aufzunehmen, dass die Wirksamkeit nicht gezeigt werden konnte, weil damit das Profil von Paroxetine untergraben würde.“¹⁶ Ein weiteres Beispiel für die Wichtigkeit von Transparenz und Industrie-unabhängigen Studien.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verbot im Februar 2004 die Anwendung von Paroxetine bei Kindern.¹⁷ (JS)



Europa

Wessen Evidenz zählt?

Die Meinung von WissenschaftlerInnen, die zur Entwicklung eines Medikaments beigetragen haben, zählt für die europäische Arzneimittelzulassung nicht. Diese auf den ersten Blick merkwürdige Entscheidung traf der Europäische Gerichtshof.

ForscherInnen befinden sich manchmal in einer schwierigen Situation, wenn PatientInnen in einer Medikamentenstudie unerwünschte Wirkungen erleiden: Wird die Studie von der Industrie finanziert, dürfen sie sich oft nicht öffentlich dazu äußern. Die kanadische Hämatologin Nancy Olivieri hielt sich 1997 nicht an einen solchen Verschwiegenheitsvertrag und machte ihre Bedenken gegen den Wirkstoff Deferiprone zur Behandlung der Thalasämie¹⁸ öffentlich. Der Hersteller, Apotex, drohte mit einer Klage und Olivieri verlor zunächst ihren Job an dem Kinderkrankenhaus, wo sie die Versuche durchgeführt hatte. Das Krankenhaus musste die Entlassung später zurücknehmen und eine Untersuchung des kanadischen UniversitätslehrerInnenverbandes kam zu dem Schluss, dass Olivieris akademische Freiheit verletzt wurde.¹⁹ Der Fall löste überdies eine breite internationale Debatte über die Freiheit der Forschung aus und nicht nur das betroffene Krankenhaus änderte die Regeln für die Annahme von Firmengeldern.

Keine Stimme in Europa

Deferiprone wurde 1999 zunächst „unter besonderen Umständen“ von der europäischen Kontrollbehörde EMEA zugelassen. 2001 wurde diese Einschränkung aufgehoben.²⁰ In den USA und Kanada ist das Medikament bis heute nicht zugelassen.²¹ Nancy Olivie-

ri versucht seit 1999 gegen die ihrer Meinung nach unvertretbare Zulassung in der EU vorzugehen. Sie erlitt jetzt vor dem europäischen Gerichtshof eine Niederlage. Dabei ist die Begründung des Urteils – ganz unabhängig von der Berechtigung der Zweifel Olivieris an der Sicherheit des Medikaments – äußerst bedenklich. Denn das Gericht beschäftigte sich überhaupt nicht inhaltlich mit den Vorwürfen, sondern urteilte, Olivieri wäre gar nicht berechtigt gewesen, Zweifel an der Vollständigkeit oder Richtigkeit der von der Firma vorgelegten Unterlagen vorzubringen. Im Klartext heißt das, so Olivieri, dass einzig der Hersteller die Kontrolle darüber hat, ob die der EMA vorgelegten Unterlagen vollständig und korrekt sind.²¹ (JS)

- 5 SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Eine Gruppe von neueren Antidepressiva, die ähnliche Eigenschaften haben.
- 6 Gelbe Karte für die yellow card, *Pharma-Brief* 10/2003 S. 1-2
- 7 FDA, Background on Suicidality Associated with Antidepressant Drug Treatment 5.1.2004 www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/4006B1_03_Background_Memo_01-05-04.pdf
- 8 SSRI und andere Antidepressiva: Warnung vor Suizidalität bei Kindern, *arznei-telegramm* 12/2003 S. 114
- 9 Ray Moynihan, FDA advisory panel calls for suicide warnings over new antidepressants, *British Medical Journal* Vol. 328, 7 February 2004 p. 303
- 10 Sarah Boseley, Rules on medicines 'need a big shake-up', *The Guardian* 11 December 2003
- 11 Markennamen: Fluctin®, Prozac®
- 12 Andrew Clenell, Threat of suicide leads to ban of major antidepressants for children, *The Independent* 10 December 2003
- 13 Rob Waters, Drug report barred by FDA, *The Chronicle*, 1 February 2004
- 14 Sarah Boseley, Drugs for depressed children banned, *The Guardian* 10 December 2003
- 15 Sarah Boseley, GSK 'held back' data on SSRI drugs for children, *The Guardian* 3 February 2004
- 16 Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *CMAJ* Vol. 170 (5) 2 March 2004 p. 783 (early release) www.cmaj.ca/pdfs/page783.pdf
- 17 BfArM Arzneimittelschnellinformation 18. Februar 2004 Paroxetin: Als Antidepressivum bei unter 18-Jährigen jetzt kontraindiziert www.bfarm.de/de/Arzneimittel/am_sicher/am_sicher_asi/index.php?more=asi0104.php
- 18 Störung der Bildung von roten Blutkörperchen, schwere Formen schränken die Lebenserwartung erheblich ein.
- 19 David Spurgeon. Report clears researcher who broke drug company agreement *British Medical Journal* Vol. 323 p. 1085 10 November 2001
- 20 EMA press release 19. December 2001 www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pr/392601en.pdf
- 21 Clare Dyer. Whistleblower vows to fight on. *British Medical Journal* Vol. 328 p. 187 24 January 2004

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Eine Reise durch Südindien

Auf ihrer Reise durch Indien und beim Besuch verschiedener südindischer Projekte sammelten Christiane Fischer und Christian Wagner interessante Eindrücke über die Gesundheitspolitik Indiens und über Erfolge der Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care).

In Bangalore, der ersten Station unserer Reise, besuchten wir die *Community Health Cell*, die sich der Förderung der Basisgesundheitsversorgung verschrieben hat und derzeit die weltweite Arbeit des *People's Health Movement* koordiniert. Hier galt es Kontakte zu knüpfen und zu vertiefen. Auf verschiedenen Treffen wurden weitere Kooperationen besprochen. Der frühere Umweltminister Ecuadors, Edgar Isch, und der Mediziner Arturo Peralta von der Universität Cuenca (Ecuador) stellten die ersten Planungen für die nächste *People's Health Assembly* vor. Die nächste *Welt-*

gesundheitsversammlung von Unten wird im Juli 2005 mit Beteiligung der Pharma-Kampagne in Ecuador stattfinden.

heitsbekämpfung ist, wurde bei einem Treffen mit Elavarthi Manohar, dem Koordinator der Organisation *Sangama* diskutiert, die sich für die Rechte sexueller Minderheiten in Indien einsetzt.²³ Indien hat inzwischen eine der höchst-



Der Zugang zu sauberem Wasser ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit

Foto: Krishna

Gesundheitsversorgung an der Basis

Julio Monsalvo stellte Projekte der Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care) aus Argentinien vor. Lanny Smith von *Doctors for Global Health*,²² der als Arzt MigrantInnen in der New Yorker Bronx betreut, stellte das Konzept der "Befreiungsmedizin" vor (Liberation Medicine). Die Befreiungsmedizin beruft sich auf die Erfahrungen der Befreiungstheologie. Medizin solle sich nicht auf die symptomatische Behandlung von Krankheiten beschränken, sondern auch die sozialen Ursachen von Krankheit ins Visier nehmen. Ziel von Gesundheitsarbeit sind demnach auch soziale Gerechtigkeit und Menschenwürde.

Wie wichtig die Einbeziehung gesellschaftlicher Fragen in die Krank-

ten Zuwachsraten an HIV-Infektionen. Die öffentlichen AIDS-Programme sind sehr mangelhaft, was mit einer starken Tabuisierung der Sexualität zusammenhängt. Präventionsarbeit in homosexuellen Kreisen und bei Prostituierten wird z.B. immer wieder strafrechtlich verfolgt. *Sangama* setzt sich für eine Stärkung der Rechte so genannter kommerzieller SexarbeiterInnen (commercial sexworkers) ein.

Bessere Gesundheit - bessere Lebensbedingungen

Zum Abschluss der Reise wurden Projekte in Sittilingi und Gudalur besucht. In beiden Orten gibt es Krankenhäuser speziell für Adivasi, wie sich die dortigen indischen UreinwohnerInnen bezeichnen. In der indischen Gesellschaft werden sie ähnlich den Dalits²⁴ stark ausgegrenzt. Adivasi sind meist aus ihren natürlichen Lebensräumen (Wäldern) vertrieben und leben oft in größter Armut. Sie werden in den Kliniken kostenlos behandelt. In Guda-

lur wurde sogar – für Indien einmalig – ein Krankenversicherungssystem aufgebaut.

Ausgehend von den Kliniken wurden auch in den Dörfern regionale Versorgungssysteme aufgebaut. Untersuchungen für Schwangere, Ernährungsberatung, Impfprogramme und aufsuchende Betreuung verbesserten in letzten Jahren deutlich die Lebensbedingungen. Seit drei Jahren starb keine Mutter mehr während oder kurz nach der Geburt. Dabei lag die Müttersterblichkeit 1990 noch bei ca. 20 Frauen pro 1000 Geburten und jedes vierte Kind starb bei der Geburt. Die Kindersterblichkeit konnte auf ca. 50 je 1000 gesenkt werden.²⁵ Zusammen mit den Adivasi wurden Bildungskonzepte ausgearbeitet und neue Einkommensquellen erschlossen. In den Kliniken werden Dorfgesundheitsarbeiterinnen, Krankenschwestern und BarfußärztInnen ausgebildet. *Village Educational Workers* sorgen dafür, dass die Dorfkinde eine Schule besuchen. Dieses erfolgreiche Konzept hat die Alphabetisierung enorm gesteigert.

Die Pharma-Kampagne gestaltete für das Gesundheitsteam in Gudalur eine Trainingseinheit zum Thema AIDS. Dabei wurde auch die Problematik hoher Arzneimittelpreise und Patentschutz ausführlich behandelt. (CW)

22 www.dghonline.org

23 www.sangama.org

24 Dalits folgen einer Naturreligion, gehören daher nicht zum Kastensystem

25 Zahlen aus eigenen Erhebungen von ACCORD

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, Christiane Fischer

Druck: Druck & Medien im Umweltzentrum GmbH, Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 15 €, Institutionen- oder Auslandsabo 28 €. Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Konto für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (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

Falsche Werbung

Nur 8% aller Aussagen in Werbesprospekten der Pharmaindustrie sind wissenschaftlich nachvollziehbar. Dies ergab eine repräsentative Studie des Instituts für evidenzbasierte Medizin (DIEM) in Köln.²⁶

Einen Monat lang sammelten 43 Arztpraxen in Nordrhein alle Pharmawerbung. Trauriges Ergebnis: 58% der Aussagen waren nicht durch Quellen belegt. Aber auch die meisten mit Zitaten unterfütterten Angaben waren irreführend oder falsch. Nebenwirkungen wurden unterschlagen oder Wirkungen angepriesen, die in der Originalpublikation so nicht zu finden waren. (JS)

Wirtschaftsministerium über arme Länder verärgert

Noch immer sitzt der Schock über die Koalition der armen Länder (*G 21 plus*²⁷) tief, die im September 2003 ihre Zustimmung zu weiteren Liberalisierungsschritten verweigerten und damit die Ministerialrunde der Welthandelsorganisation (WTO) in Cancun scheitern ließen. Bei einem Gespräch des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) mit Nichtregierungsorganisationen am 8.1.2004 brachten VertreterInnen des BMWA²⁸ ihren Unmut zum Ausdruck: Man verstehe nicht, was die *G 21 plus* eigentlich wollten. Diese Länder vertreten doch grundverschiedenen Positionen und die einzige Gemeinsamkeit sei ihr Wille zu blockieren. Koalitionen zwischen armen Ländern werden auf diese Weise denunziert, während abgesprochene Positionen zwischen Industrieländern als naturgegeben angesehen werden.

Auch die europäische Kommission, Verhandlungsführerin für alle EU-Staaten, gibt sich verärgert: „... in vielen Fällen nutzen die Entwicklungsländer die gewährten Ausnahmen und Übergangsfristen lediglich, um die

Übernahme neuer Verpflichtungen auf unbestimmte Zeit hinauszuschieben... Das Konzept der ‚besonderen und differenzierten Behandlung‘ [der Entwicklungsländer] ist in gewisser Hinsicht verzerrt worden, dass die Entwicklungsdimension der WTO inzwischen mit der dauerhaften Ausnahme der Entwicklungsländer von jedweder sinnvollen Verpflichtung im Hinblick auf Marktzugang und Regeln gleichgesetzt wird.“²⁹ Offen versuchen die USA, aber auch etwas leiser die EU mit der Androhung bilateraler Handelsverträge zu erpressen, die für die armen Länder noch schlechter seien, als die multilateralen WTO-Verträge. Die Industriestaaten verhalten sich jedoch selbst sehr zögerlich, wenn es darum geht, Privilegien abzubauen, die in ihrem Interesse liegen.

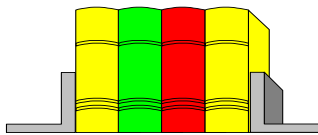
Im Vorfeld von Cancun wurde ein Kompromiss ausgehandelt, wie Länder ohne eigene substanzielle Pharmaindustrie zwangslizenzierte unentbehrliche Arzneimittel importieren können. Bis Mitte 2004 soll die Übergangsregelung in eine formale Änderung des TRIPS-Vertrags münden. Doch der ausgehandelte Kompromiss gelte in jedem Fall, auch wenn es zu keiner Änderung des TRIPS-Vertrags komme, ließ jetzt das BMWA vorsichtshalber verlauten. Der Haken an der Sache: Die meisten Industrieländer die als Exportländer in Frage kommen, so auch Deutschland, müssten erst ihr Patentrecht ändern, um Medikamente unter einer Zwangslizenz an arme Länder exportieren zu können. Nach Auskunft des BMWA soll es Änderungen im Patentrecht jedoch erst geben, wenn die Übergangslösung in das TRIPS-Abkommen eingearbeitet wurde. Bis dahin gibt es für die armen Länder jedenfalls keine billigen Medikamente aus Deutschland. (CF)

²⁶ T. Kaiser et al, Sind die Aussagen medizinischer Werbesprospekte korrekt? *arznei-telegramm* 2/2004 S. 21-23 www.di-em.de/data/at_2004_35_21.pdf

²⁷ Zunächst 20 und später 21 Länder schlossen sich auf der WTO-Ministerialrunde in Cancun zusammen und brachten die Konferenz letztendlich zum Scheitern. Die Koalition dieser Länder wird seitdem als *G20* oder *G21 plus* bezeichnet.

²⁸ Das BMWA führt ca. zwei Mal jährlich einen Dialog mit der Zivilgesellschaft, an dem auch die BUKO Pharma-Kampagne beteiligt ist.

²⁹ Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Wirtschafts- und Sozialausschuss, Neubelebung der DDA-Verhandlungen aus der Sicht der EU, Brüssel, 26.11.2003



Neue Bücher / Medien

Schwarzbuch Markenfirmen

„Bayer bleibt unangefochten an der Spitze“ in der „Hitliste der Bösen“ schreiben Klaus Werner und Hans Weiss in der dritten Neuauflage ihres Globalisierungs-Bestsellers *Schwarzbuch Markenfirmen*. Dieser Konzern lege in allen Geschäftsfeldern nach wie vor eine „enorme destruktive Phantasie an den Tag“, was die Missachtung ethischer Prinzipien betreffe. Die Autoren fassen in einer erweiterten Liste von nunmehr 53 Firmenportraits zusammen, worauf die beliebtesten Marken ihre Profite gründen. In ihrem aufwendig recherchierten Buch decken sie nicht nur die skrupellosen Machenschaften großer Konzerne auf, sondern verdeutlichen zugleich die Verflechtungen einer globalisierten Wirtschaft und Politik. Dieselben Pharmakonzerne, die an unethischen Medikamententests in Ungarn beteiligt waren (Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Hoechst Marion Roussel), hatten auch 2001 gegen die Regierung Südafrikas geklagt, die billige AIDS-Medikamente zur Verfügung stellen wollte.

Werner und Weiss führen klinische Studien zum Bluthochdruck an, wo gegen Placebo getestet wurde, obwohl klar war, dass die Behandlung mit Medikamenten hilft. Zwei dieser Studien in China und Europa wurden von Bayer unterstützt. Die Firma versucht sich mit dem Argument aus der Verantwortung zu stehlen, die Studien seien von unabhängigen Komitees überwacht worden. Wenig besser verhielt sich Aventis bei der „HOPE“-Studie: Er ließ einem Teil der Probanden Medikamente verabreichen, die nicht als optimale Therapie gelten. Auch in der Neuauflage ist das *Schwarzbuch Markenfirmen* ein unverzichtbares Nachschlagewerk für kritische KonsumentInnen. (cj)

☞ Klaus Werner, Hans Weiss, *Das neue Schwarzbuch Markenfirmen. Die Machenschaften der Weltkonzerne*. Wien, Frankfurt 2003 Deuticke, ISBN: 3-216-30715-8 Preis: 19,90 €

Unterrichtseinheit für PharmazeutInnen

Das *Deutsche Institut für ärztliche Mission (Difäm)* hat eine **Unterrichtseinheit zum Thema „unentbehrliche Arzneimittel“ für Studierende der Pharmazie und Medizin herausgebracht.**

Das Difäm ist eine kirchliche Fachstelle für weltweite Gesundheitsarbeit und beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den Problemen der Arzneimittelversorgung in wirtschaftlich armen Ländern. Die Unterrichtseinheit richtet sich besonders an StudentInnen pharmazeutischer und medizinischer Fachberufe. Sie besteht aus einer Powerpoint-Präsentation auf CD und einem Begleitheft. Die Frage des Zugangs zu Arzneimitteln wird ebenso problematisiert wie die Folgen der Globalisierung des Patentschutzes. Das WHO-Konzept „Unentbehrliche Arzneimittel“ wird ausführlich dargestellt und schließlich auch noch die Problematik der Arzneimittelspenden kritisch hinterfragt.

Aufgrund des großen Umfangs des verwendeten Materials (63 Folien) bietet die vorliegende Präsentation entweder die Möglichkeit, Teile zu nutzen oder eine eigene Auswahl zu treffen. Präsentation und Begleitheft sind auf die Zielgruppe abgestimmt, deshalb ist sie für Menschen ohne medizinische oder pharmazeutische Grundkenntnisse nur eingeschränkt geeignet. (JS)

☞ Die Unterrichtseinheit stellt das Difäm für Unterrichtszwecke in Gesundheitsberufen kostenlos zur Verfügung. Ansonsten Preis 10 € (inkl. Versand). Difäm-Arzneimittelhilfe, Paul-Lechler-Str. 24, D-72076 Tübingen, Tel. 07071/206-512, Fax 07071/206-510 amh@difaem.de

Sag mir den Namen

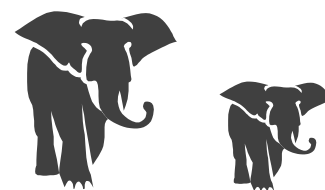
Der Pharmamarkt ist unübersichtlich. Zwar gibt es nur eine begrenzte Zahl von Wirkstoffen, aber oft Dutzende von Markennamen für dasselbe Produkt. Der Index Nominum schafft Klarheit, was drinsteckt.

Der dicke Wälzer enthält Angaben zu über 4500 Arzneistoffen und listet über 50.000 zugehörige Markennamen mit

Hersteller und Land auf. Fast noch wichtiger ist die Möglichkeit, nach Synonymen für Wirkstoffe zu suchen, denn nicht alle Hersteller verwenden den internationalen Freinamen (INN) zur Kennzeichnung ihrer Produkte.

Für alle, die sich mit internationaler Arzneimittelforschung oder -versorgung beschäftigen, ist der Index Nominum ein unentbehrliches Nachschlagewerk. Aber auch Apotheken sind damit gut bedient, wenn z.B. KundInnen unbekannte ausländische Markennamen verlangen, wirkstoffgleiche Produkte können dann leicht gefunden werden. (JS)

☞ Schweizerischer Apothekenverband (Hrsg.), *Index Nominum. International Drug Directory*, 18th edition, 2004 1941 S. medpharm Scientific Publishers, Subskriptionspreis bis 30.4.2004 178 €, danach 198 €



Nachlese

Vitamehr ohne Fliege

Jürgen Fliege hat seinen Vertrag mit Vitamehr³⁰, einem Internetanbieter für „Vitamine, Mineralstoffe und natürliche Nahrungsergänzung aus Amerika und aller Welt“, gekündigt. Fernsehpfarrer Fliege hatte auf den Webseiten der Firma vehement für eine „sanfte Medizin“ geworben. Ein eigenes Fliege-Warensortiment aus Kräutern, Ölen, Vitaminen und Vitalstoffen trug seinen Namen mit Foto. Die BUKO Pharmakampagne hatte Flieges Engagement für Vitamehr im Dezember 2003 publik gemacht³¹ und deutliche Kritik geübt. Denn neben zahlreichen unwirksamen Präparaten bietet die Internetfirma auch bedenkliche Anti-Ageing-Produkte an. Jürgen Fliege reagierte erstaunlich schnell. Vitamehr muss nun ohne den werbeträchtigen Fernsehprediger auskommen. (CJ)

30 www.vitamehr.com

31 Jürgen Flieges neue Mission. *Pharma-Brief* 10/2003, S. 6

Weltweit gegen Pharma-Werbung

In verschiedenen Ländern setzt sich die Gesundheitspolitik derzeit mit der Manipulation durch Pharmawerbung auseinander. Während in den USA und Neuseeland die Werbung weiter eingeschränkt werden soll, droht in Kanada die Aufhebung von Werbeverboten.

USA und Neuseeland sind weltweit die einzigen Länder, in denen es erlaubt ist, öffentlich für rezeptpflichtige Medikamente zu werben. Die Erfahrungen gleichen sich: Die Ausgaben für die beworbenen teuren Medikamente sind enorm gestiegen, und die Menschen werden durch die Werbung manipuliert und desinformiert, anstatt vernünftige und ausgewogene Informationen zu erhalten. Deshalb fordern GesundheitspolitikerInnen und VerbraucherschützerInnen in beiden Ländern schon lange, die Werbebestimmungen zu verschärfen. Während in Neuseeland bisher hauptsächlich auf „freiwillige Selbstkontrolle“ durch die Arzneimittelhersteller gesetzt wurde, obliegt es in den USA der Aufsichtsbehörde FDA, die häufig beobachteten Verstöße gegen Werbebestimmungen zu ahnden. In den USA kamen Befürchtungen auf, die Pharmaindustrie würde es schaffen, Einschränkungen bei der Werbung rechtlich anzugreifen. Als Hauptargument wurde angeführt, Beschränkung von Werbung verstoße gegen das Grundrecht auf freie Meinungsäußerung.³² Nun hat die FDA jedoch angekündigt, die Werberegeln im Sinne des VerbraucherInnenschutzes zu verändern.³³ Bereits jetzt müssen die bunten und werbekräftigen Bilder von gedruckten Anzeigen mit einer ausführlichen Produktinformation versehen werden. Hier heißt es nicht „Fragen Sie Arzt oder Apotheker“, statt dessen werden in der Art eines Beipackzettels Indikationen, Dosierung und Nebenwirkungen des beworbenen Produkts aufgelistet. Dieser kleingedruckte und kaum lesbare Informationswust ist für DurchschnittskonsumentInnen kaum verständlich. Deshalb soll die Produktinformation künftig in einem „besser lesbaren Format“ gereicht werden. Ebenfalls verschärft werden sollen die Regeln für die so genannten „Erinnerungsanzeigen“ (reminder ads). Anzeigen dieses Typs nennen z. B. nur den Namen einer Krankheit, jedoch kein

bestimmtes Produkt. Dennoch werden diese Anzeigen vom breiten Publikum schnell mit einem bestimmten Produkt in Verbindung gebracht. Dafür sorgt die produktspezifische Gestaltung der Anzeige sowie die Kombination mit gleichgestalteten Anzeigen mit Nennung des Produktes. Ähnlich funktionieren Erinnerungsanzeigen, bei denen nur der Namen des Produktes genannt wird. Sonst nichts – keine Krankheit, keine, keine Heilwirkung, nur der Name. Da diese Erinnerungsanzeigen keine offensichtliche Verknüpfung von Produkt und Heilungsversprechen beinhalten, müssen sie bislang auch keine Produktinformation mit Angaben zu Risiken und Nebenwirkungen enthalten. Dieses Schlupfloch soll nun verschlossen werden. Da die Werbebotschaft durch die geschickte Kombination dieser „Erinnerungsanzeigen“ ankommt, sollen zukünftig auch diese mit Warnhinweisen versehen werden.

Neuseeland will Direktwerbung abschaffen

In Neuseeland ist in den letzten Jahren der Druck auf den Gesetzgeber, die Verbraucherwerbung für rezeptpflichtige Medikamente (DTCA) wieder zu verbieten, enorm gewachsen.³⁴ Jetzt besteht Hoffnung auf ein Einlenken. Grundlage ist ein im Dezember 2003 abgeschlossener Vertrag zwischen den Regierungen Neuseelands und Australien über die Schaffung einer gemeinsamen Arzneimittelbehörde.³⁵ Da zur Ausführung gemeinsame rechtliche Regelungen in beiden Ländern nötig sind, will die Neuseeländische Gesundheitsministerin Annette King nun endlich im Kabinett die Abschaffung von DTCA durchsetzen.

Schlechte Nachrichten kommen dagegen aus Kanada. In direkter Nachbarschaft zu den USA drängen dort schon länger verschiedene Interessensgruppen für die Aufhebung des DTCA-Werbeverbots. Vor allem die Werbein-

dustrie und die Fernsehgesellschaft erhoffen sich zusätzliche Werbeeinnahmen in dreistelliger Millionenhöhe. Im Rahmen einer geplanten Gesundheitsreform wurde nun angekündigt, das Werbeverbot aufzuheben. Die Pharma-Kampagne wendet sich zusammen mit kanadischen Organisationen in einem offenen Brief direkt an den kanadischen Premierminister (siehe *Kanada: Abschaffung der Sicherheit?* S. 8). Das Verbot für öffentliches Bewerben rezeptpflichtiger Medikamente muss unbedingt erhalten werden.

Um die vielfältigen Werbe- und Beeinflussungsmethoden der Pharmaindustrie transparenter zu machen, gibt es weltweit verschiedene Aktivitäten. Die internationale Gruppe *Healthy Skepticism* bietet mit ihrer Aktion AdWatch³⁶ eine gute Einführung in die Machenschaften der Pharmawerbung (der Pharma-Brief berichtete³⁷). Das niederländische DGV-Institut (*Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik*), das sich für einen verantwortungsvollen Gebrauch von Medikamenten einsetzt, hat eine Aktion zur Meldung von schlechter Werbung gestartet. Auf der Webseite³⁸ werden niederländische ÄrztInnen und ApothekerInnen aufgefordert, aus ihrem Alltag Beispiele negativer Beeinflussungsversuche durch Arzneimittelhersteller zu melden. Explizit wird dazu aufgefordert, über die Machenschaften der Pharmareferenten zu berichten. Eine erste Auswertung soll Ende des Jahres veröffentlicht werden. (CW)

32 Zusammenfassung der juristischen Kontroverse siehe www.ftc.gov/os/2002/09/fdatextversion.pdf

33 Drug Ads Need Stronger Medicine. BusinessWeek Online 9. Februar 2004 www.businessweek.com/magazine/content/04_06/b3869108.htm

34 Z.B. Prof. Les Toop et al., Direct to Consumer Advertising of Prescription Drugs in New Zealand: For Health or for Profit? New Zealand Departments of General Practice, Christchurch, Dunedin, Wellington and Auckland Schools of Medicine. Feb. 2003. Siehe www.haiweb.org/campaign/DTCA/DTCAinNZcaseforaban2003.pdf sowie Berichte im *New Zealand Medical Journal*: www.nzma.org.nz/journal/116-1180/

35 New Zealand moves to ban direct advertising of drugs. *British Medical Journal* Vol. 328 p. 68 10 January 2004 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7431/68-c?etoc>

36 www.healthyskepticism.org/adwatch.asp

37 AdWatch *Pharma-Brief* 8-9/2003 S. 6 www.healthyskepticism.org/adwatch.asp

38 www.medicijngebruik.nl/



Aus aller Welt

Südafrika: Erfolg bei AIDS-Medikamenten

Kritische Gruppen hatten jetzt Erfolg mit ihrer Klage vor der südafrikanischen Wettbewerbskommission: Die beklagten Hersteller lenkten ein und erteilten freiwillige Lizenzen für ihre AIDS-Medikamente zu günstigen Bedingungen.

Im September 2002 hatte die Treatment Action Campaign (TAC) gemeinsam mit Einzelpersonen und anderen Organisationen Klage gegen Boehringer Ingelheim und GlaxoSmithKline (GSK) wegen überhöhter Preise für antiretrovirale Medikamente eingereicht.³⁹ Beide Hersteller versuchten der Klage durch restriktive Lizenzen an den südafrikanischen Hersteller Aspen zu entgehen, den Firmen nützte das nicht. Wider Erwarten nahm die Wettbewerbskommission die Klage zur Entscheidung im *Competition Tribunal* an.⁴⁰ Die Industrie gab nach und schloss am 9.12.2003 mit den Klägern Vereinbarungen, die weitreichender waren als die Entscheidung des *Competition Tribunal* es je hätte sein können. Die Firmen vergeben Lizenzen an drei Firmen, dadurch kann Wettbewerb entstehen. Die Lizenzgebühren wurden von 15% (Boehringer Ingelheim) bzw. 30% (GSK) auf 5% gesenkt. Die Medikamente dürfen auch in Apotheken verkauft und in alle Länder Afrikas südlich der Sahara exportiert werden. Auch die Verwendung der Wirkstoffe in Kombinationspräparaten zur einfacheren Einnahme ist zulässig. Zusätzlich erhalten das gemeinnützige Medikamentenbeschaffungsprojekt GARPP und das *TAC Treatment Project* Lizenzen ohne jede Gebühr und können diese zum Import von den drei beklagten antiretroviralen Medikamenten nutzen, so lange sie in Südafrika nicht

kommerziell erhältlich sind.⁴¹ Mit den Vereinbarungen ist auch der Weg frei, Medikamente zu dem von der *Clinton Foundation* ausgehandelten Preis von ca. 140 US\$ pro PatientIn und Jahr im öffentlichen Gesundheitssektor einzusetzen. In privaten Apotheken wird der Preis auf ein Siebtel der bisherigen Kosten fallen. (JS)

Naher Osten: AIDS droht

Noch sind HIV-Infektionen im Nahen Osten und in Nordafrika selten, doch eine Epidemie droht. Die wirtschaftlichen Folgen könnten katastrophal sein. Noch sind in der Region nur 0,3% der Bevölkerung HIV-positiv. Aber die Infektionsrate nimmt schnell zu. Die Weltbank warnt jetzt, dass der wirtschaftliche Schaden durch AIDS im Jahr 2025 ein Drittel des heutigen Bruttosozialprodukt betragen könnte, wenn nicht bald entschieden eingegriffen wird.⁴²

Kanada: Abschaffung der Sicherheit?

Kritische Gruppen und ÄrztInnen in Kanada fürchten um die Gesundheit der Bevölkerung. Die Regierung möchte die Arzneimittelkontrolle deutlich schwächen.

Hintergrund der Deregulierung ist der Vorsatz der neuen Regierung, eine „Wirtschaft des 21. Jahrhunderts“ aufzubauen. Zu dem Projekt gehört die Senkung von Sicherheitsstandards, um der Industrie einen Kostenvorteil zu verschaffen. Mehrere Schutzmechanismen stehen auf der Kippe. U. a. soll das Vorsorgeprinzip zum Schutz der Gesundheit abgeschafft werden. Stattdessen soll es zukünftig nur noch eine begrenzte Kosten-Nutzen-Abwägung geben. Arzneimittelzulassungen sollen beschleunigt und Direktwerbung für verschreibungspflichtige Medikamente eingeführt werden. Die Beweislast bei gesundheitlichen Schäden soll umgekehrt werden: künftig müssten kanadische VerbraucherInnen selbst beweisen, dass sie durch ein Produkt geschädigt wurden. In Deutschland wurde dies Prinzip dagegen erst 2002 zugunsten der PatientInnen geändert.

Die *Canadian Health Coalition* (CHC) protestierte in einem offenen Brief an Premierminister Martin⁴³ gegen die geplante Aufweichung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes. Viele Gruppen aus dem Ausland unterstützen die Aktionen von CHC, darunter auch die BUKO Pharma-Kampagne. (JS)

Weitere Informationen: <http://www.healthcoalition.ca/>

Medikament tötet Geier

In Indien ging die Geier-Population in den vergangenen zehn Jahren um über 95 % zurück. WissenschaftlerInnen machten hierfür nun den Einsatz von Diclofenac bei Tieren verantwortlich.⁴⁴ Ein Forschungsteam konnte nachweisen, dass die Vögel sterben, wenn sie die Kadaver von Haustieren fressen, die mit dem Medikament behandelt wurden. „Dies ist der erste bekannt gewordene Fall eines Arzneimittels, das innerhalb einer riesigen geographischen Region größeren ökologischen Schaden anrichtet und drei Spezies vom Aussterben bedroht.“⁴⁵, so Dr. Lindsay Oaks, die das Forschungsteam leitete. Bei keiner anderen Vogelart wurde je eine derart schnelle Verminderung der Population beobachtet.

39 Südafrika 2: Klage gegen Pharmamonopol. *Pharma-Brief* 2/2004 S. 7

40 Boseley, Sarah, Ruling opens the door for cut-price HIV drugs. *The Guardian* 17 October 2003

41 TAC. Competition Commission Settlement Agreements Secure Access to Affordable Life-Saving Antiretroviral Medicines. TAC News Service 10 December 2003. Die Vertragstexte mit den Firmen sind auf der Webseite von TAC einzusehen www.tac.org.za/newsletter/2003/ns10_12_2003.htm

42 Carol Jenkins and David A. Robalino. HIV/AIDS in the Middle East and North Africa. The Costs of Inaction. Washington DC 2003 World Bank <http://media.worldbank.org/secure/menaids/pdf/complete.pdf>

43 <http://www.healthcoalition.ca/jan28-e-ol.pdf>

44 Diclofenac residues as the cause of vulture population decline in Pakistan. *Nature* 28.1.2004

45 BBC news. Vet drug killing Asian vultures' 28.1.2004 <http://news.bbc.co.uk/1/hi/sci/tech/3437583.stm>

Zu guter Letzt

„Das Verlangen Medikamente zu nehmen ist vermutlich der größte Unterschied zwischen Mensch und Tier“

Sir William Osler 1891 (zitiert nach *Prescribe International* Februar 2004 p. 38)