

# Werken aan een gezondere wereld?

## *De medicijnindustrie kritisch in kaart gebracht*

Sinds enkele decennia worden medicijnen niet meer binnen universiteiten getest. Farmaceutische bedrijven hebben er een lucratieve bedrijfstak van gemaakt, met alle perverse gevolgen van dien. **door Roland Pierik**

**M**ET

haar medicijnen levert de farmaceutische industrie een belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg. Doorbraken in medicijnonderzoek hebben een grote bijdrage geleverd aan het bestrijden van ziektes en het verhogen van de gemiddelde levensverwachting in westerse landen. Er worden voortdurend nieuwe medicijnen ontwikkeld en het is evident dat deze grondig worden getest voordat ze op de markt mogen worden gebracht. Dit gebeurt (onder andere) via klinische testen op mensen, waarbij de effectiviteit en eventuele bijwerkingen systematisch worden beoordeeld. Lang vonden deze testen vooral plaats binnen universitaire onderzoeksinstituten. Echter, rondom 1990 is deze situatie drastisch veranderd en is er een heuse medicijntestindustrie ontstaan. Dit is een quasi-zelfstandige en uiterst lucratieve bedrijfstak, waarbinnen momenteel ongeveer driekwart van alle medicijntesten worden uitgevoerd.

Recent zijn er twee boeken gepubliceerd die de opkomst en het belang van deze nieuwe bedrijfstak goed beschrijven. Jill Fisher geeft een sociologische analyse van de opkomst van deze industrie in de Verenigde Staten; Adriana Petryna geeft met een etnografische beschrijving weer hoe deze testen ook meer en meer worden uitbesteed naar ontwikkelingslanden. Fishers boek is gebaseerd op interviews met onderzoekers, proefpersonen en coördinatoren.

maciegigant Pfizer luidt: *Working for a Healthier World*. Een meer zakelijke verklaring is dat dit onderzoek domweg essentieel is voor het op gang houden van de stroom van gepatenteerde medicijnen: de grootste bron van inkomsten voor farmaceutische bedrijven en dus voor hen van levensbelang. Patenten hebben gewoonlijk een duur van twintig jaar en worden vaak al aangevraagd voordat de klinische testen beginnen, om zeker te zijn dat het in ontwikkeling zijnde medicijn beschermd is. Maar zolang de klinische testen duren (en dat is soms meer dan zeven jaar) tikt de klok van het patent door zonder dat aan het medicijn wordt verdiend. Fisher haalt een vaakgebruikte uitspraak aan dat een farmaceut bij elke dag vertraging bij het op de markt brengen van een medicijn, een miljoen dollar misloopt aan ongerealiseerde verkoopopbrengsten. Het klinische testen is relatief het meest tijdrovende element in het proces van medicijnontwikkeling, wat vooral veroorzaakt wordt door de moeite die het kost om passende proefpersonen te rekruteren. Omdat farmaceuten er alles aan gelegen is om deze testen zo snel mogelijk af te ronden, is er in de loop

voor proefpersonen zo makkelijk en aantrekkelijk mogelijk te maken om aan een test deel te (blijven) nemen. Klinieken worden gevestigd in arme buitenwijken van grote steden, waar de meeste potentiële proefpersonen wonen, zodat die niet meer naar de academische centra hoeven te komen. Private testklinieken hebben zich gespecialiseerd in 'klantenbinding' van proefpersonen door ze onder te brengen in prettige open ruimtes, wachttijden te minimaliseren en sociale vaardigheden van behandelaars te benadrukken. Fisher laat mooi zien hoe de opkomst van deze private klinieken, die snel en goedkoop 'productie kunnen draaien', goed valt te begrijpen binnen de bredere trend waarin bedrijven specifieke elementen van het productieproces uitbesteden aan gespecialiseerde bedrijven. Ze maakt duidelijk dat de metafoor van *testindustrie* treffend is om deze veranderingen te beschrijven, niet alleen omdat de testen worden uitbesteed, maar ook omdat er een complete dienstenindustrie omheen gegroeid is. De term is ook zo passend omdat hij de nadruk legt op waar het om draait: de routinematige productie van onderzoeksgegevens waarmee goedkeuring van medicijnen voor de westerse markt kan worden verkregen.

Naast deze beschrijving van het ontstaan van deze klinische testindustrie biedt Fishers boek ook een interessante politiek-economische analyse van de economische en sociaal-culturele context ervan. Voor veel onverzekerde Amerikanen levert het deelnemen aan medicijntesten een surrogaat voor de (voor hen onbetaalbare) reguliere gezondheidszorg en voor arme Amerikanen is het een alternatieve bron van inkomsten. Voor veel artsen is hun reguliere praktijk (financieel) steeds minder interessant door de toegenomen bemoeienis van de overheid en ziektekostenverzekeraars, verminderde inkomsten via Medicare en sterk toegenomen premies voor aansprakelijkheidsverzekeringen. Voor hen leek contractonderzoek aanvankelijk een welkome aanvulling op hun inkomsten; later bleken deze inkomsten echter weer tegen te vallen als gevolg van verborgen en ongecompenseerde kosten, met name voor verbruiksmaterialen en extra personeel. Daarnaast betekent deelname aan testen dat ze een deel van de autonomie van hun zelfstandige praktijk moeten opgeven: het uitvoeren van testen is repetitief werk, dat strikt volgens protocollen moet worden uitgevoerd.

MEDICAL RESEARCH FOR HIRE.  
THE POLITICAL ECONOMY OF  
PHARMACEUTICAL CLINICAL TRIALS  
Door Jill A. Fisher.  
Rutgers University Press. Piscataway,  
NJ 2009. 256 pag. € 27,50

WHEN EXPERIMENTS TRAVEL.  
CLINICAL TRIALS AND THE GLOBAL  
SEARCH FOR HUMAN SUBJECTS  
Door Adriana Petryna.  
Princeton University Press. Princeton,  
NJ 2009. 270 pag. € 28,50

De sociaal-culturele context is die van het neo-liberale marktdenken, met zijn nadruk op privatisering, deregulering, en individuele vrijheid. Sinds de Reagan-revolutie van de jaren tachtig van de vorige eeuw is de Amerikaanse gezondheidszorg omgevormd van een collectieve (overheids)voorziening naar een individueel consumptiegoed en is het individu binnen de gezondheidszorg veranderd van patiënt naar consument:

Unlike patients, *consumers* seeking health care bear the responsibility for the choices they make – or fail to make – regarding their health. Because they are positioned as having the 'right' to make choices about health care, consumers also have the obligation to use whatever products and services are available to ensure health or to treat illness and disease (Fisher, p. 15).

De opkomst van dit medisch consumentisme is te herkennen aan verschillende verschijnselen. Sinds 1997 mogen farmaceutische bedrijven reclame voor medicijnen direct op patiënten richten – *direct-to-consumer advertising*. Tekenend is ook de toename van het aantal *malpractice claims*, waarbij de medisch consument artsen financieel aansprakelijk kan stellen indien producten en diensten niet aan de verwachtingen voldoen. Ook de opkomst van klinische testen past volgens Fisher goed binnen dit medisch consumentisme:

Clinical research becomes the 'responsible choice' for individuals who do not otherwise have access to – but require – medical intervention. Or put in another way, participation in clinical trials becomes almost a duty for those who have no other access to health care *because* it is available as a 'choice' (p. 17).

Fisher stelt dat in dit Amerikaanse discours van medisch neoliberalisme de aandacht is verschoven van gezondheidszorg als collectief goed naar individuele keuzevrijheid, wat verklaart waarom er zo weinig aandacht is voor institutionele problemen: waarom zijn zoveel Amerikanen onverzekerd en is het te rechtvaardigen dat vooral deze onverzekerde mensen deelnemen aan medicijntesten? 'Within this frame, the systematic use of uninsured or economically disenfranchised people as human subjects in pharmaceutical studies is not seen as being exploitative but is instead positioned as an opportunity for members of those groups' (p. 17).

### 'Waarom zijn zoveel Amerikanen onverzekerd en is het te rechtvaardigen dat vooral deze onverzekerde mensen deelnemen aan medicijntesten?'

Het is evenwichtig opgebouwd en de verschillende hoofdstukken geven een goede beschrijving van de belangrijkste facetten van deze nieuwe bedrijfstak. Petryna's boek is gebaseerd op professionele biografieën van sleutelpersonen in de testindustrie. Dit boek heeft een enigszins onevenwichtige opbouw: niet elk hoofdstuk is even relevant en de samenhang tussen de hoofdstukken is niet altijd evident. Samen geven deze boeken een verhelderend blik achter de schermen van een belangrijke ontwikkeling, die grotendeels aan het oog van de gemiddelde medicijngebruiker onttrokken blijft.

Farmaceutische bedrijven investeren veel geld in de ontwikkeling van nieuwe medicijnen: ongeveer een vijfde van de omzet. Hiervoor kan een altruïstische verklaring gegeven worden – het motto van de far-

der tijd een bedrijfstak ontstaan die zich hierin heeft gespecialiseerd.

De opkomst van particuliere testklinieken, zo'n twintig jaar geleden, valt te verklaren uit de toegenomen vraag naar medicijntesten. Academische centra werkten te bureaucratisch om aan de nieuwe eisen van sponsors te voldoen. Bovendien bleken veel wetenschappers niet geïnteresseerd in het routineuze en repetitieve werk dat deze testen met zich meebrengen. Het werd meer en meer duidelijk dat het rekruteren van proefpersonen een moeilijker opgave was dan het medisch-technische testen. Immers, een medicijn kan alleen worden goedgekeurd indien er voldoende proefpersonen worden gevonden die bereid zijn om tot aan het einde van de test mee te doen.

Fisher laat zien dat deze commerciële testklinieken er alles aan doen om het

Fisher is kritisch over deze benadering, omdat die lijkt te negeren dat het uitvoeren van klinische testen categorisch anders is dan het verlenen van reguliere medische zorg. Uiteindelijk is het primaire doel van medicijntesten niet de zorg voor patiënten, maar het zo snel mogelijk verzamelen van voldoende statistische gegevens om medicijnen zo snel mogelijk erkend te krijgen – zoals een manager het stelt: ‘we don’t see patients, we see data’ (Petryna, p.18, p. 140). Daarnaast zijn testen niet altijd en overall beschikbaar en steeds van tijdelijke aard. Men loopt bovendien de kans op ‘behandeling’ met een placebo of met een medicijn dat nog niet op de markt is toegelaten, met alle risico’s van dien. Fisher concludeert dat de testindustrie veel baat heeft bij economische ongelijkheid, maar hier ook weer aan bijdraagt. ‘Mobilizing the inequalities of the health care system to its advantage, the pharmaceutical industry cultivates two customer bases in the United States: those who will buy prescription drugs and those who will test their safety and efficacy’ (p. 209).

Fishers boek laat zien dat de bekende outsourcing-argumenten kunnen verklaren waarom steeds meer medicijn-



Het merendeel van nieuwe medicijnen zijn me-too-medicijnen, bedoeld om marktaandeel af te snoepen.

medicijnconsumptie in ontwikkelingslanden veel lager dan in westerse landen. Dit heeft als voordeel dat mogelijke interacties tussen medicijnen worden voorkomen die testresultaten onzuiver kunnen maken. Een vierde voordeel is dat strenge wet- en regelgeving in westerse landen omzeild kan worden, waardoor bijvoorbeeld placebotesten kunnen worden uitgevoerd die in het Westen niet zijn toegestaan.

slogan *Disease is our enemy. Working to save lives is our job.* Bij het lezen van beide boeken dringt zich de gedachte op dat dit zo gekoesterde zelfimago van de farmaceutische industrie aan herziening toe is. Het lijkt er bovendien op dat deze steeds minder in staat is om originele en vernieuwende medicijnen te ontwerpen en dat de nadruk steeds meer komt te liggen op me-too-medicijnen. Zo’n me-too-medicijn is geen baanbrekend medicijn dat een ziekte op een innovatieve manier aanpakt. Het is slechts een minimale variant op een al bestaand succesvol medicijn, een *blockbuster* van een concurrent. Het enige doel van het op de markt brengen van zo’n me-too-medicijn is om mee te liften op het succes van de concurrent en een gedeelte van diens marktaandeel af te snoepen. Deze me-too-medicijnen zijn geen marginaal bijproduct van de farmaceutische industrie. Integendeel, in 2006 betrof het 73 van de 93 medicijnen die werden toegelaten op de Amerikaanse markt.

Eenzijds verklaart deze opkomst van me-too-medicijnen de toename van de vraag naar medicijntesten. Anderzijds suggereren beide auteurs ook dat het verplaatsen van testen naar het buitenland de goedkeuring van deze niet-innovatieve me-too-medicijnen vergemakkelijkt. Het testen op medicijnaïeve personen voorkomt bijvoorbeeld niet alleen dat testuitkomsten mogelijk onzuiver worden.

**‘Het enige doel van het op de markt brengen van zo’n me-too-medicijn is om mee te liften op het succes van de concurrent en een gedeelte van diens marktaandeel af te snoepen.’**

Sponsors van testen – fabrikanten, of de geglobaliseerde versies van eerder genoemde particuliere testklinieken – verwachten ook dat een medicijn het meeste effect heeft op patiënten bij de allereerste keer dat het wordt toegediend, waardoor de effectiviteit van een medicijn statistisch makkelijker valt aan te tonen. Een tweede voordeel is dat de FDA minder zware ethische eisen stelt aan in het buitenland uitgevoerde testen, wat als consequentie heeft dat placebotesten kunnen worden uitgevoerd in gevallen die in de VS verboden zouden zijn. Aan gezien het makkelijker is om de effecti-

viteit van een nieuw medicijn aan te tonen in vergelijking met een placebo dan met een al bestaand medicijn, hebben placebotesten veelal de voorkeur, met name bij deze me-too-medicijnen, omdat ze vaak niet beter, en soms zelfs slechter zijn dan het al bestaande medicijn. De FDA heeft de laatste jaren samengewerkt met de farmaceutische industrie om ethische eisen voor buitenlandse testen te ondermijnen – wat in 2008 uitmondde in het loslaten van de eisen van de Verklaring van Helsinki waaraan zulke uitbestede testen zouden moeten voldoen.

Kortom, het beeld doemt op van een industrie die innovatie heeft ingewisseld voor kopieergedrag en die haar (economische) macht gebruikt om ethische regulering van uitbestede testen te ondermijnen. De manier waarop medicijntesten in de afgelopen twee decennia zijn gereorganiseerd, lijkt een symptoom te zijn van deze veranderingen. Fisher concludeert dat:

When it comes to clinical development of new pharmaceutical products, the industry is structurally situated to exploit those without access to health care and those who are economically disadvantaged. Regardless of intentionality, the system is set up in such a way that it preys upon vulnerable populations. The point of federal regulation should be [...] to create a system of clinical development that is not so extractive (p. 213-214).

Het lijkt er bovendien op dat het uitbesteden van medicijntesten naar ontwikkelingslanden slechts een volgende stap is in de *race to the bottom*, van globalisering in de pejoratieve betekenis, wat ten koste gaat van de transparantie van de manier waarop deze testen worden uitgevoerd. Petryna stelt dat: ‘the truth is that governmental organizations have little control over this experimental field, and as a general public we know little about the design of research protocols, the conditions under which the trials are carried out, or the dependability of the evidence about a drug’s benefits and risks’ (p. 3). Of dit een wenselijk gevolg is van de globalisering van dit ethisch zo

gevoelige en voor de gezondheidszorg zo belangrijke proces, is nog maar de vraag (zie ook Pierik 2010).

De boeken van Fisher en Petryna geven een weinig flatteus beeld van de Amerikaanse medicijntestindustrie. De vraag is of hun conclusies ook relevant zijn in de Nederlandse context. Ook in ons land zien we de opkomst van speciale testklinieken en de export van testen, maar de politiek-economische en socioculturele context is hier duidelijk anders. In de Verenigde Staten hebben vijftig miljoen burgers geen ziektekostenverzekering, wat

## ‘We don’t see patients, we see data.’

testen naar private testklinieken zijn verplaatst. Petryna laat zien hoe de bekende globaliseringsargumenten verklaren waarom deze testen in de loop van de laatste twintig jaar steeds meer naar het buitenland werden uitbestede. Uit recent onderzoek (Seth W. Glickman et al. 2009) blijkt dat 31% van de medicijntesten die bij de *Food and Drugs Administration* (FDA) worden aangeboden, in hun geheel buiten de VS zijn uitgevoerd. Dit betekent niet dat deze uit westerse landen zijn verdwenen, maar dat hun aantal als gevolg van de vraag van de farmaceutische industrie verder gegroeid is.

Bij de keuze om een test naar het buitenland te verplaatsen spelen verschillende argumenten een rol. Ten eerste kunnen testen buiten de VS goedkoper worden uitgevoerd. Lonen van artsen en verpleegkundigen en de huur van onderzoekscentra zijn elders veel lager en deze besparingen wegen ruim op tegen de hogere logistieke kosten. Een tweede voordeel van het verplaatsen van medicijntesten is dat men toegang kan krijgen tot veel grotere aantallen proefpersonen en tot patiënten met specifieke aandoeningen die, als gevolg van welvaart en goede medische zorg, in westerse landen nog slechts sporadisch voorkomen, zoals hersenvliesontsteking. Toen rond 1990 in Polen een epidemie van hartinfarcten ontstond als gevolg van een ongezonde levensstijl – vet eten, sigaretten, alcohol – werd Polen het epicentrum van cardiovasculair medicijnonderzoek. Een derde voordeel is de toegang tot veel medicijnaïeve patiënten, dat wil zeggen, mensen die nog geen andere medicijnen tegen hun aandoening gebruiken of hebben gebruikt. Als gevolg van armoede is de

Ook het boek van Petryna geeft niet alleen een feitelijke beschrijving maar ook een beoordeling. Het uiteindelijke doel van farmaceutische bedrijven bij het verplaatsen van medicijntesten is om werkende medicijnen zo snel mogelijk toegelaten te krijgen op de commerciële markt en om onderzoek aan niet werkende medicijnen zo snel mogelijk af te sluiten. Maar in het boek van Petryna klinken toch ook twijfels door of de belangen van farmaceutische bedrijven altijd overeenkomen met die van patiënten of proefpersonen. Zoals gezegd zijn farmaceutische bedrijven primair geïnteresseerd in de snelle goedkeuring van hun medicijnen, en veel minder in objectieve kennis over de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen van hun medicijnen. Dit heeft al tot verschillende schandalen geleid over medicijnen die in eerste instantie waren goedgekeurd maar later van de markt werden gehaald wegens fatale bijwerkingen, waarbij testresultaten soms waren achtergehouden of selectief waren gebruikt. Petryna beschrijft verschillende strategieën die bij testen worden gebruikt om de effectiviteit van medicijnen te overdrijven en tekenen van potentiële gevaren weg te masseren. Zij concludeert dat de routinematige uitbesteding en offshoring van de commerciële onderzoekspraktijk naar verre buitenlanden de transparantie van het testproces ondermijnen en systematische problemen met de betrouwbaarheid met zich meebrengen, terwijl een effectieve zelfregulering van deze testindustrie nog lang niet in zicht is.

De lobbygroep voor de Amerikaanse farmaceutische industrie (PhRMA) heeft als



de farmaceutische industrie een overvloed aan testsubjecten oplevert. In Nederland is het aantal onverzekerde personen relatief verwaarloosbaar, waardoor veel minder mensen afhankelijk zijn van medicijntesten als surrogaatgezondheidszorg. Daarnaast zijn het medisch consumenteisme en het neo-liberale marktdenken hier veel minder sterk ontwikkeld. De

farmaceuten verkleint. Ten eerste heeft ze een aanzet gegeven tot het invoeren van een universele gezondheidszorgverzekering. Dit zal op termijn het aantal onverzekerden verkleinen, waardoor Amerikaanse burgers minder afhankelijk zullen worden van deelname aan testen om aan de benodigde medicatie te komen. Ten tweede lijkt de FDA zich onder de

name omdat de FDA hiermee de indruk wekte meer interesse te hebben in het faciliteren van onderzoek dan in het beschermen van de mensen die aan dit onderzoek deelnemen (zie bijvoorbeeld Rennie 2009; Goodyear et al. 2009; Kimmelman, Weijer en Meslin 2009; Lurie en Greco 2005).

Onlangs zijn twee van de meest expliciete critici van het FDA-beleid onder de regering-Bush – Peter Lurie en Sidney Wolfe – aangesteld bij de FDA als beleidsmedewerker (zie Shaffer 2009). Daarnaast valt uit recente beslissingen op te maken dat de FDA inmiddels veel meer proactief optreedt tegen producenten van dubieuze medicijnen dan een paar jaar geleden (zie Pollack 2010). De vraag is nu of de regering-Obama ook bereid is om de meest omstreden medisch-ethische beslissing van haar voorganger, het loslaten van de Verklaring van Helsinki als ethische norm voor uitbestede medicijntesten, terug te draaien. De toekomst moet uitwijzen of de speelruimte voor farmaceuten die voortkomt uit het neo-liberale overheidsbeleid, zoals beschreven door Fisher en Petryna, kenmerkend is voor de Amerikaanse politiek-economische en socioculturele context in het algemeen, of kenmerkend voor een bijzondere tijdsspanne: de twee termijnen van *US exceptionalism* onder president George W. Bush.

Roland Pierik is als universitair hoofdocent verbonden aan de afdeling Rechtstheorie van de Universiteit van Amsterdam.

#### Overige literatuur

- Seth W. Glickman et al. 'Ethical and Scientific Implications of the Globalization of Clinical Research', *The New England Journal of Medicine* 360 (2009): 816.
- Michael D.E. Goodyear et al. 'The FDA and the Declaration of Helsinki. A New Rule Seems to Be More about Imperialism Than Harmonisation', *British Medical Journal* 338, no. 16 (May 2009): 1158.
- Jonathan Kimmelman, Charles Weijer en Eric M. Meslin. 'Helsinki Discords: FDA, Ethics, and International Drug Trials', *The Lancet* 373 (Jan 2009).
- Peter Lurie en Dirceu B. Greco. 'US Exceptionalism Comes to Research Ethics', *The Lancet* 365 (2005): 1117.
- Roland Pierik. *Which Ethical Regulations Should Liberal-Democratic Governments Impose Upon Offshored Medicine Tests?* [2010; onderzoekspaper, te downloaden via <http://ssrn.com/abstract=1719971>].
- Andrew Pollack, 'F.D.A. Rejects Nixa, a Third Weight-Loss Drug', *New York Times* (October 28, 2010).
- Stewart Rennie. 'The FDA and Helsinki', *Hastings Center Report* 39, no. 3 (2009): 3.
- Catherine Shaffer. 'FDA Recruits Prominent Critics', *Nature Biotechnology* 27, no. 12 (2009).

### 'Ook in ons land zien we de opkomst van speciale testklinieken en de export van testen, maar de politiek-economische en socioculturele context is hier duidelijk anders.'

scherpe en diep ideologische discussies die nu in de VS plaatsvinden over de invoering van een relatief beperkte vorm van collectieve ziektekostenverzekering, komen veel Nederlanders als wezensvreemd voor: gezondheidszorg wordt hier toch nog steeds als een collectief goed gezien en veel mensen beschouwen zich daarbinnen veel meer als patiënt dan als medisch consument.

Ook valt de vraag te stellen of het beeld dat uit de besproken boeken naar voren komt, kenmerkend is voor de VS of van de VS in een bijzondere tijdsspanne, namelijk onder de regering-Bush. Beide boeken zijn afgerond vóór het aantreden van de regering-Obama en er zijn redenen om aan te nemen dat het beleid van de huidige regering de speelruimte van

regering-Obama langzaam los te wringen van haar innige verstrengeling met de farmaceutische industrie, zoals die onder de regering-Bush is ontstaan. Tussen 2001 en 2008 heeft de FDA zich sterk verzet tegen de aanscherping van de ethische eisen in de Verklaring van Helsinki. Deze verklaring is van belang voor de VS omdat tot 2008 de naar het buitenland uitbestede testen hieraan moesten voldoen. Toen duidelijk werd dat de *World Medical Association* niet bereid was om op de eisen van de FDA in te gaan, besloot die om de Verklaring van Helsinki te vervangen door de *Good Clinical Practice*, een veel minder vergaande set van ethische eisen aan medicijntesten. Dit besluit leidde tot veel verontwaardiging in verschillende medische tijdschriften, met



## ADOLF HITLER EN DE EERSTE WERELDOORLOG

### BAANBREKENDE HITLERBIOGRAFIE

Hij manipuleerde de feiten over zijn rol als strijder voor Duitsland en twijfelde tot eind 1919 over zijn politieke oriëntatie. In dit boek wordt voor het eerst het volledige en demystificerende verhaal verteld van Adolf Hitler als soldaat in de Eerste Wereldoorlog. Op basis van uniek bronnenmateriaal laat Thomas Weber overtuigend zien hoe en waarom Hitler zijn imago van onverschrokken soldaat in stand hield.

Weber gaat in op de kwestie of Hitler een product van zijn tijd was of een uitzonderlijke en berekenende figuur. En hij vraagt zich af of de Eerste Wereldoorlog, zoals vaak wordt beweerd, van doorslaggevende betekenis is geweest voor de opkomst van Adolf Hitler.

'Hij verandert fundamenteel ons begrip van een van de meest bestudeerde figuren van de twintigste eeuw.' *The Wall Street Journal*

ISBN 9789046809198 | Prijs € 29,95 | Verkrijgbaar in de boekhandel of via [www.nieuwamsterdam.nl](http://www.nieuwamsterdam.nl)