

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572

H 11838



Antibiotika-Ablasshandel Industriespende für Forschung löst die Probleme nicht

Anfang Juli 2020 versprach der internationale Verband von Big Pharma (IFPMA) knapp eine Milliarde US\$ für die Erforschung neuer Antibiotika.¹ Damit reagiert die Industrie auf die Kritik an ihrem weitgehenden Ausstieg aus der Entwicklung von Medikamenten gegen resistente bakterielle Krankheitserreger.

Wer meint, dass sich die Industrie eines Besseren besonnen hat, und selbst wieder in die Erforschung neuer Antibiotika einsteigt, wird enttäuscht. Die Großen der Branche werden weiterhin in lukrativeren Bereichen wie Krebs oder Diabetes investieren. Das Geld soll an kleinere Biotechunternehmen gehen. Auf sie wird das Risiko abgewälzt, das mit der Erforschung neuer Wirkprinzipien und kleinen Absatzmärkten verbunden ist. Big Pharma will diesen Firmen „technische Unterstützung und Zugang zum Know-how gewähren, um die Antibiotika-Entwicklung zu stärken und den Zugang und den angemessenen Einsatz von Antibiotika zu unterstützen.“¹

Gar nicht so viel

Eine Milliarde, das klingt nach viel Geld. Aber die Summe soll über zehn Jahre verteilt fließen und es beteiligen sich 24 Unternehmen. Das bedeutet im Schnitt pro Firma rund vier Millionen Euro pro Jahr.

Verteilt werden soll das Geld durch ein vom IFPMA ins Leben gerufenes Public Private Partnership, den „AMR action fund“. Kommissarischer Geschäftsführer ist Martin Bott, Vice-President Finance bei Eli Lilly. Laut dem Pharmaverband sind die Europäische Investmentbank, der Wellcome Trust und die WHO mit im Boot.



Das kann man durchaus auch als Konkurrenzgründung zum Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) verstehen, das 2016 von der Weltgesundheitsorganisation und der gemeinnützigen Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) gegründet wurde und unter anderem von Deutschland finanziell unterstützt wird. Auch hier gibt es eine Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen und der Industrie, aber die WHO und DNDi haben den Hut auf.

Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn hob bei der öffentlichen Vorstellung des AMR action fund hervor, dass dadurch zusätzliche Mittel für die Antibiotikaforschung zur Verfügung gestellt würden, mahnte aber eine enge Abstimmung mit dem WHO Aktionsplan gegen Resistenzen und existierenden AMR-Initiativen wie GARDP an. Auch sei es notwendig,

Liebe LeserInnen,

das patentgesteuerte Forschungssystem für Medikamente kommt immer mehr in die Kritik. Obwohl dringend neue Antibiotika gebraucht werden, sind immer mehr Firmen aus der Forschung ausgestiegen. Ob sich Big Pharma mit einer knappen Milliarde aus der Verantwortung freikaufen kann, ist zweifelhaft (siehe links). Die Behandlungslücke wird letztlich nur öffentlich finanzierte Forschung schließen können. Einstweilen müssen wir sehr darauf achten, die vorhandenen Antibiotika sorgsam einzusetzen. Worauf es dabei ankommt, sagt Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser im Interview (S. 2).

Die Pharma-Kampagne ist in vielen Bereichen aktiv. Das machen ein Artikel auf S. 4 und der Bericht zur Kampala-Erklärung deutlich (S. 5).

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Ihr

Jörg Schaaber

Inhalt

Antibiotika/Deutschland..2
Verbesserungsbedarf

In eigener Sache.....4
Advocacy-Arbeit

Entwicklungshilfe5
Kritisch hinterfragt

Kampala-Erklärung.....7



bereits während der Entwicklung an den sorgsamsten Gebrauch der neuen Produkte zu denken.²

WHO Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus begrüßte den neuen Fonds, weil die Firmen die Antibiotikaforschung vernachlässigt hätten und öffentliche Förderung die Lücke nicht ganz schließen könne. Angesichts der schwierigen Finanzlage der WHO – besonders seit dem angekündigten Ausstieg der USA – greift der WHO Chef offensichtlich nach jedem Strohalm, notwendige Projekte zu finanzieren. Dabei ist absehbar, dass auch dieses Public Private Partnerships ebenso viele Probleme verursachen wird, wie es zu lösen versucht. Wie die Entscheidungsstrukturen des AMR ac-

tion fund gestaltet werden sollen, ist derzeit weder der Website des Fund noch den Mitteilungen von IFPMA zu entnehmen.

Marktreformen?

Es gibt aber noch einen weiteren kritischen Punkt auf der Agenda des AMR action fund: „Eine Allianz aus Industrie und Nicht-Industrie-Partnern zusammen[zu]bringen – darunter gemeinnützige Organisationen, Entwicklungsbanken und multilaterale Organisationen – in der Hoffnung, Regierungen den Anstoß zu geben, Marktreformen umsetzen, die wieder nachhaltige Investitionen in die Antibiotika-Pipeline ermöglichen.“¹ Im Klartext bedeutet das eine Lobby für höhere Preise für Antibiotika, damit

das Ganze für die AktionärInnen zum lukrativen Geschäft wird.

Rechenexempel

Last but not least: Der AMR action fund will innerhalb von zehn Jahren zwei bis vier neue Antibiotika auf den Markt bringen. Das ist höchst erstaunlich, reichen doch eine Milliarde US\$ nach bisherigen Angaben der Industrie nicht mal für die Entwicklung eines einzigen Medikaments aus. (JS)

- 1 IFPMA (2020) Neuer AMR Action Fund soll mit Investitionen der Pharmaindustrie in Höhe von 1 Mrd. US-Dollar die vom Zusammenbruch bedrohte Antibiotika-Pipeline retten. Pressemitteilung vom 9. Juli www.ifpma.org/resource-centre/new-amr-action-fund-steps-in-to-save-collapsing-antibiotic-pipeline [Zugriff 11.8.2020]
- 2 AMR action fund (2020) Global launch highlights from Berlin. 23 July <https://amractionfund.com/resource/global-launch-highlights-from-berlin> [Zugriff 11.8.2020]

Antibiotika: Wo Deutschland noch dazulernen muss

Interview mit Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser

Können bakterielle Erkrankungen in Deutschland in naher Zukunft nicht mehr erfolgreich behandelt werden?

Derzeit muss man sich grundsätzlich keine Sorgen machen, weil bei normalen bakteriellen Erkrankungen im ambulanten Bereich multiresistente Erreger eher selten sind. In der Klinik kann es jedoch durch die dort häufig notwendigen Antibiotikatherapien zur Selektion von multiresistenten Erregern (MRE) kommen. Wenn diese wegen Hygienedefiziten auf andere empfängliche Patienten übertragen werden, sind möglicherweise einzelne Erkrankungen nicht mehr behandelbar. In Krankenhäusern gibt es immer wieder Ausbruchssituationen, dass ein multiresistenter Erreger auf einer Station auf mehrere PatientInnen übertragen wird.

Warum passiert das?

Wesentliche Ursachen dafür sind: Die räumlichen Voraussetzungen, um Übertragungen zu verhindern, sind nicht vorhanden, und zweitens ist die

personelle Ausstattung nicht ausreichend, um alle Hygienemaßnahmen einhalten zu können. Eine gute Personalausstattung muss in den Kliniken also gewährleistet werden.

Sind resistente Erreger denn häufig in Deutschland und wann werden sie zum Problem?

Nahrungsmittel können ein Problem sein, besonders Hühnchen-, Puten- und auch Schweinefleisch. Bei Hühnchenfleisch findet man nach verschiedenen Untersuchungen auf bis zu 40% der Proben multiresistente Erreger, sowohl Kolibakterien als auch Staphylokokken. Und die können in der Küche, wenn man bei der Zubereitung des Essens nicht gut aufpasst, in den Darm gelangen. Diese Erreger verursachen erstmal keine Infektionen, sie kolonisieren den Darm aber für eine bestimmte Zeit. Wird man aber aus irgendeinem Grund krank, bekommt zum Beispiel einen Harnwegsinfekt, dann können diese multiresistenten Erreger selektiert und zum Problem bei



Dr. med. Dipl.-Ing. Gerhard Schwarzkopf Steinhauser ist Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Bis 2019 war er leitender Arzt der Stabsstelle Klinikhygiene an den städtischen Krankenhäusern in München. Derzeit ist er u.a. an einem Projekt des Robert-Koch Instituts zur Resistenzüberwachung in Nigeria beteiligt.

einer Infektion werden, die eine Antibiotikatherapie erforderlich macht.

Was bedeutet das genau?

Selektion bedeutet, dass die resistenten Erreger übrig bleiben, wenn man ein Antibiotikum einnimmt. Alle empfindlichen Erreger im Mikrobiom



– wir haben ja viele Bakterien im Darm und auf der Haut – werden durch das Antibiotikum abgetötet. Nur die resistenten Erreger finden ideale Bedingungen, sich zu vermehren. Obwohl diese Erreger primär mit der aktuellen Infektion nichts zu tun hatten, können sie die Ursache für die nächste Erkrankung sein.

Um dieses Problem zu erkennen, braucht man ausreichend mikrobiologische Diagnostik, damit die resistenten Erreger nachgewiesen werden können. Dann kann man diese gezielt behandeln. Erst wenn die Panresistenz auftritt, also kein Antibiotika mehr hilft, gibt es keine Behandlungsmöglichkeiten mehr. Das gibt es in Einzelfällen in der Tat schon heute.

Fördert Verschreibungspraxis Resistenzen?

Natürlich. Jede Einnahme von Antibiotika trägt dazu bei, dass resistente Erreger selektiert werden. Und jetzt kommt noch ein ganz wichtiger Punkt dazu: Wenn resistente Bakterien vorhanden sind, dann gibt es Resistenzgene, sogenannte R-Plasmide, die auch auf andere Bakterienstämme übertragbar sind. Dann wirkt dasselbe Antibiotikum auch gegen diese anderen Bakterienstämme nicht mehr, wenn sie zu einer Infektion führen.

Das heißt, ganz andere Bakterien „lernen“ von der Resistenz und können sich besser gegen Antibiotika wehren?

Genau, die Bakterien lernen, Antibiotika zu überleben, sie können fremde Resistenzgene aufnehmen.

Gibt es bestimmte Berufsgruppen, die häufig resistente Erreger tragen?

Ja, beispielsweise Beschäftigte in Tiermastbetrieben, wo viele Antibiotika eingesetzt werden. Wo also nicht ein einzelnes Tier behandelt wird, sondern ganze Herden, besonders Hühnchen, Schweine, Puten. Das sind so die typischen Mastbetriebe und da ist bekannt, dass die Arbeiter dort



häufiger mit diesen multiresistenten Erregern kolonisiert sind. Das führt in der Regel nicht zu Erkrankungen, sondern es passiert erst etwas, wenn sie eine klassische Infektion bekommen. Harnwegsinfektionen sind dabei am häufigsten. Oder weil sie wegen anderer Erkrankungen intensivmedizinisch behandelt werden müssen oder eine Krebserkrankung haben. Wenn sie eine Infektion bekommen, ist diese Berufsgruppe schwieriger zu behandeln. Dann braucht man eine schnellen mikrobiologischen Keimnachweis. Weil man sonst nicht weiß, welche Antibiotika noch wirken.

Wir leben in einer sehr vernetzten Welt. Spielt es eine Rolle, dass TouristInnen und Geschäftsleute durch Reisen Resistenzen einschleppen?

Es gibt Daten, die zeigen, dass zum Beispiel in einem Land wie Indien, wo in der Umwelt wesentlich mehr resistente Bakterien vorhanden sind, über Nahrungsmittel resistente Bakterien aufgenommen werden. Wenn man jemanden untersucht, der zum Beispiel vier Wochen in Indien war, findet man zu 30-40% resistente Erreger. Das macht zuerst einmal gar nichts. Wenn die Person aber danach eine Infektion bekommt, dann kann das durchaus problematisch werden.

Der zweite Punkt, der eine Rolle spielt: Wenn man in einem Land wie Türkei, Griechenland oder Indien zum Beispiel wegen einem Herzinfarkt

oder einem Unfall auf eine Intensivstation eingeliefert wird, dann wird dort fast immer mit Antibiotika therapiert und die PatientInnen werden mit multiresistenten Erregern kolonisiert. Und bringen diese nach Deutschland zurück.

Können denn Leute, die gesund sind, aber diese Keime in sich tragen, andere anstecken?

Im Normalfall ist das eher unwahrscheinlich, nur wenn sie diese Erreger in größerer Menge ausscheiden. Und dann braucht man auch immer noch einen Empfänger dazu, der eine geschwächte Immunabwehr hat, dessen Mikrobiom z.B. auf Grund einer Antibiotikatherapie zerstört ist. Deshalb ist eine solche Übertragung eher im Krankenhaus möglich und nicht im normalen Alltag.

Was können ÄrztInnen tun, um das Problem zu verringern?

Als allererstes ist die Indikation für eine Therapie mit Antibiotika ganz klar zu stellen, das heißt, nur bei klassischen bakteriellen Infektionen überhaupt ein Antibiotikum zu verordnen. Wir wissen, dass in Deutschland 40-50% der Verordnungen in Arztpraxen nicht notwendig sind. Und das trägt alles zur Selektion von resistenten Erregern bei. Deshalb ist es zwingend erforderlich, in diesem Bereich noch mehr Fortbildungen zu machen.

Was können wir von anderen Län-



dem lernen?

In Schweden kann ein Großteil der Antibiotika nur verordnet werden, wenn zusätzlich ein Fachexperte die Indikation bestätigt. Das trägt dazu bei, den unnötigen Einsatz zu reduzieren.

Was können PatientInnen beitragen?

Viele glauben ja, dass wenn sie eine Infektion haben, Antibiotika ein Wundermittel sind. Sie wissen meist nicht, dass ein Großteil der Infektionen viral bedingt ist. Das heißt, wenn sie zu einem Arzt gehen, dann muss im Gespräch klargestellt werden, ob überhaupt ein Antibiotikum angezeigt ist. Es gibt viele Möglichkeiten, es bes-

ser zu machen: Wenn der Verdacht einer bakteriellen Infektion besteht, erst einmal mit Tests feststellen, ob das wirklich stimmt. Oder der Arzt bespricht mit der Patientin, erst einmal abzuwarten, ob bestimmte Symptome wie zum Beispiel Fieber und Halsschmerzen nicht weggehen. Nur wenn die Symptome bleiben, soll das Rezept eingelöst werden. So kann man rund 30% des Antibiotikaeinsatzes vermeiden.

Es gibt ja seit einigen Jahren in Deutschland die sogenannte DART-Strategie gegen Antibiotikaresistenzen. Reichen die Maßnahmen aus und vor allem werden sie auch umgesetzt?

DART soll helfen, den Antibiotikagebrauch besser zu steuern. Dazu gibt es eine gesetzliche Grundlage, das ist das Infektionsschutzgesetz. Nach § 23 ist festgelegt, dass der Antibiotikaverbrauch nachvollziehbar gemacht werden muss, und dass in ausgewählten Bereichen die Resistenzsituation dokumentiert wird und diese Informationen zusammengebracht werden. Die Hilfsmittel sind alle da, aber in der Umsetzung gibt es noch Nachholbedarf. „Antibiotic Stewardship“ muss daher dringend in allen Kliniken und auch im ambulanten Bereich in Deutschland etabliert werden.

Das Interview führte Jörg Schaaber

Advocacy-Arbeit im Aufwind

Initiativen fordern eine bessere globale Gesundheitsversorgung

Die COVID-19 Pandemie lässt lange existierende Probleme in der globalen Gesundheitsversorgung wie in einem Brennglas erscheinen und gibt kritischen Positionen Aufwind. Zugleich werden für Forschung und Versorgung gewaltige Summen locker gemacht. Das ruft die Zivilgesellschaft auf den Plan und sorgt für intensive Advocacy-Arbeit. Gemeinsam mit ihren Bündnispartnern brachte die BUKO Pharma-Kampagne zahlreiche Initiativen auf den Weg.

Allein im Juni war die Pharma-Kampagne an drei öffentlichen Briefen und Aufrufen beteiligt. Die Themen: unvorteilhafte GAVI-Strukturen, industrieller Lobbyeinfluss in Brüssel und das Risiko, das von Sonderklagerechten ausländischer Investoren ausgeht.

Klärungsbedarf bei GAVI

Die Vielfalt und der Umfang von neuen Initiativen, Fördertöpfen und Auffüllungskonferenzen zu COVID-19 ist im Gesundheitsbereich beispiellos. Doch überwiegend fehlt es an klaren und ambitionierten Regelungen, was den globalen Zugang zu Behandlung oder Impfstoffen angeht. Zwei Public-Private Partnerships kommt in der Förderung eine besonders wichtige Rolle zu: der Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) und

der Impfallianz GAVI. So steuert GAVI etwa die Ausgestaltung von COVAX (COVID-19 Vaccine Global Access).¹ COVAX soll für die Beschaffung und gerechte Verteilung von Impfstoffen sorgen. Es ist eine von mehreren Säulen der globalen Initiative ACT-A, die wiederum nicht nur von WHO und EU getragen wird, sondern auch von Stiftungen und Industrieverbänden (wir berichteten²).

Ein erster Aufschlag zur COVAX-Struktur hatte Befürchtungen geweckt, dass die Gelder in den Taschen der Pharma-Industrie landen könnten, ohne dass die Datentransparenz gewährleistet und der Zugang zu Forschungsergebnissen sichergestellt wäre. Ein undurchsichtiger Deal von GAVI mit dem Pharma-Riesen Astra-

Zeneca zu einem möglichen Impfstoff bestärkte diese Sorge zusätzlich. Die BUKO Pharma-Kampagne reagierte gemeinsam mit 44 anderen NGOs und Einzelpersonen. Am 23. Juni – im Vorfeld eines GAVI-Treffens – verschickten wir einen offenen Brief an die Mitglieder des GAVI-Vorstands. Wir benannten sieben Kernpunkte für die Ausgestaltung von Covax und machten dabei unmissverständlich deutlich: „Die öffentliche und philanthropische Finanzierung sollte in eine Verteilung effektiver Impfstoffe münden, die als globales öffentliches Gut betrachtet werden: verkauft zum Selbstkostenpreis und frei von Einschränkungen durch Monopole.“

Zugang bei CEPI ungeklärt

CEPI wiederum wird bereits seit Anfang 2019 von zivilgesellschaftlicher Seite unter Beteiligung der Pharma-Kampagne dazu gedrängt, seine Zugangsregelungen endlich wieder strikter zu gestalten (wir berichteten³). Bislang bewegte sich das PPP allerdings nicht in eine bessere Richtung – eine Verweigerungshaltung, die sich nun in



den Bemühungen gegen COVID-19 ebenfalls rächen könnte.

Gegen die Lobbymacht

Auch zur deutschen EU-Ratspräsidentschaft formulierte die Pharma-Kampagne gemeinsam mit 58 Organisationen einen offenen Brief. Tenor des Schreibens: „Drei große Ziele muss die deutsche EU-Ratspräsidentschaft angehen: Die Bewältigung der Corona-Pandemie und ihrer Folgen, die Beendigung von Ungleichheiten und der Kampf gegen die Klimakrise.“⁴

Die extreme Lobbymacht von Unternehmen und Verbänden in Brüssel ist ein zentrales Hindernis für notwendige Veränderungen in Politikfeldern wie Gesundheit, Land- und Finanzwirtschaft sowie Energie. Es gilt nun aber mutige Reformen voranzureiben, so die UnterstützerInnen, anstatt im Gegenteil unter dem Eindruck der momentanen Entwicklungen Vorgaben aufzuweichen (Stichwort „Coronawashing“). Ein wichtiger Ansatzpunkt dabei ist erhöhte Transparenz, etwa in EU-Gesetzgebungsverfahren, um die Entwicklung von Initiativen direkt zu verfolgen und Positionen nachvollziehen zu können. Damit erhält auch die Forderung nach einem umfassenden Lobbyregister neuen Nachdruck.

Wer hat Angst vor ISDS?

Mit einem weiteren sensiblen Spannungsverhältnis zwischen Politik und Wirtschaft setzte sich ebenfalls im Juni ein offener Brief vom sogenannten Seattle to Brussels Network auseinander. Mittlerweile haben ihn über 650 NGOs und Einzelpersonen, darunter die Pharma-Kampagne, unterzeichnet (Stand vom 27.07.20).⁵

Er ruft Regierungen dazu auf, Staaten vor Klagen durch Investoren zu schützen, die Entschädigungen für die wirtschaftlichen Folgen von Maßnahmen zur COVID-19-Bekämpfung fordern könnten. Sonderklagerechte für ausländische Konzerne (Investor-state dispute settlement/ISDS) sind

schon lange ein hochproblematisches Element vieler Handels- und Investitionsabkommen. Ein berühmter Fall war die Klage von Philip Morris gegen Australien wegen Einheitsverpackungen bei Zigaretten. Zwar gewann das Land den Prozess letztlich, blieb aber dennoch auf Kosten von fast 40 Millionen australischen Dollar hängen. Paradoxerweise war das Verfahren für die Firma selbst deutlich weniger teuer.⁶

Das Schreiben des Seattle to Brussels Network konstatiert: „Bereits in der Vergangenheit kam es in Krisensituationen zu einer Häufung von Klagen, wie beispielsweise nach der argentinischen Finanzkrise 2001 oder dem Arabischen Frühling 2011.“ Es steht zu befürchten, dass sich ähnliches im Kontext der weltweiten Pandemie

vollziehen könnte, Regierungen müssten entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten. (MK)

- 1 MSF et al. (2020) Open letter to Gavi Board Members: Urgent changes to COVAX Facility design required to ensure access to COVID-19 vaccines for all. <https://msfaccess.org/open-letter-gavi-board-members-urgent-changes-covax-facility-design-required-ensure-access-covid-19> [Zugriff 27.07.2020]
- 2 Pharma-Brief (2020) Wer bleibt außen vor? Zugang zu COVID-19 Produkten noch nicht gesichert. Nr. 5, S. 4
- 3 Pharma-Brief (2019) Musterknabe auf Abwegen. Nr. 2, S. 1
- 4 Corporate Europa Observatory & Lobby Control (2020) CSO Statement. https://corporateeurope.org/sites/default/files/2020-06/CSO%20statement%2022.6.2020%20FINAL%20DE_0.pdf [Zugriff 24.07.2020]
- 5 Seattle to Brussels Network (2020) Offener Brief zu ISDS und COVID-19. <http://s2bnet.org/offener-brief-zu-isds-und-covid-19/> [Zugriff 27.07.2020]
- 6 Ranald F (2019) When even winning is losing. The surprising cost of defeating Philip Morris over plain packaging. <https://theconversation.com/when-even-winning-is-losing-the-surprising-cost-of-defeating-philip-morris-over-plain-packaging-114279> [Zugriff 27.07.2020]

Entwicklungshilfe (einmal mehr) kritisch hinterfragt

Auf Seite 7 findet sich die „Kampala-Erklärung“ zur internationalen Hilfe. Thomas Schwarz von Medicus Mundi International erzählt wie es dazu kam und warum eine kritische Auseinandersetzung mit dem Hilfe-Paradigma auch heute so wichtig ist.

In Zeiten von Covid-19 zeigt sich in aller Deutlichkeit die Notwendigkeit der internationalen Zusammenarbeit. Aber es zeigen sich auch die ungleichen Bedingungen und Chancen und die immanente Ungerechtigkeit einer von Wirtschaftsinteressen und Eigennutz bestimmten „Weltunordnung“. Viele Staaten und Gesellschaften, die sich mit dem Zugang zu Gesundheitsversorgung abmühen, sind weiterhin auf die Gelder und Leistungen aus der Entwicklungshilfe angewiesen, ob sie dies nun wollen oder nicht. „Nothilfe“ bleibt vorderhand eine Realität – und es ist weiterhin nötig diese Realität und ihre Akteure, Strukturen, Paradigmen und Programme kritisch zu beleuchten und zu hinterfragen. Das oft angekündigte „Ende der Ent-

wicklungszusammenarbeit“ ist nicht in Sicht, auch nicht im neoliberalen Sinne des globalen Marktes, der dann schon alles regeln wird.

Sich kritische Fragen zu Legitimation, Relevanz und Wirksamkeit der Entwicklungshilfe zu stellen, gehört wohl zur politischen Sozialisation aller, die sich für Solidarität und Gerechtigkeit einsetzen. Und mit ihrer Kombination von Selbstgefälligkeit und Ahnungslosigkeit haben es viele „Helfer“ und „Helferinnen“ ihren KritikerInnen denn auch einfach gemacht. Was haben die Älteren unter uns doch seinerzeit gelacht beim Lesen von Isolde Schaads Buch „Knowhow am Kilimandscharo“, und wie haben wir genervt von Bob Geldofs „Band Aid“ Konzert im



Wembley-Stadion auf die Sportschau gezappt.

Nicht nur haben sich in den Achtzigerjahren die Bücherregale mit kritischen Analysen und Forderungen zur Entwicklungszusammenarbeit gefüllt. Ich erspare Ihnen eine Literaturliste, Google genügt. Auch die Hilfswerke und andere Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit haben seither viel hinzulernt. Zumindest auf Diskursebene kommt die Entwicklungshilfe oder „internationale Zusammenarbeit“ heutzutage viel selbstkritischer, viel bewusster daher. Das ist auch notwendig, denn die Herausforderungen sind noch immer dieselben.

In Deutschland hat etwa medico international das Konzept der „kritischen Nothilfe“ auf den Punkt gebracht und die Kritik der „Wohltätigkeit“ mit einer fundierten Globalisierungskritik und der Forderung nach echter Solidarität verbunden.¹ Die Beiträge von medico sind gerade deshalb so relevant und herausfordernd, weil sie aus einer kritischen Innensicht geschrieben sind. Das ist keine souveräne Abrechnung mit dem „Entwicklungsbusiness“ aufgrund akademischer oder journalistischer Recherche, da geht es um das Ringen um Sinn aus der Perspektive des solidarischen Handelns.

Ein solches Ringen um Sinn findet in vielen „Hilfswerken“ und Institutionen statt, auch im Bereich der Gesundheitszusammenarbeit. So hat sich das Netzwerk Medicus Mundi International (MMI), dem auch medico interna-

tional und action medeor angehören, in den letzten Jahren in Publikationen und Anlässen vertieft mit Fragen der Relevanz, Legitimation und Wirksamkeit der Gesundheitszusammenarbeit auseinandergesetzt – ein nicht einfacher Prozess der Selbstreflexion, dem sich auch nicht alle Mitglieder des Netzwerks gleichermaßen gestellt haben. Nach Diskussionsanlässen bei den Versammlungen des „People’s Health Movement“ in Kapstadt (2012) und Dhaka (2018) hat das Netzwerk im letzten Jahr einmal mehr den Schritt über die kritische Innensicht und den Austausch im geschützten Bereich hinaus unternommen. Im Herbst 2019 lud MMI gemeinsam mit Organisationen aus Ostafrika zu einem zivilgesellschaftlichen Workshop in Kampala ein. Das Thema lautete: „How to advance cooperation and solidarity for health equity within and beyond aid.“ Eine gemeinsame Planungsgruppe bereitete die Konferenz vor und setzte sich im Vorfeld mit vier politischen Leitfragen und einer Reihe von ausgesuchten Fallstudien auseinander, die dann in einer Serie von Webinaren und im Workshop beleuchtet wurden.

Eine unerwartete Erkenntnis aus dem Workshop bestand darin, dass es auch für die zivilgesellschaftlichen Akteure aus verschiedenen afrikanischen Ländern keineswegs selbstverständlich und einfach ist, sich mit der Entwicklungszusammenarbeit und ihren Akteuren kritisch auseinandersetzen. Viele Organisationen sind selbst ein Teil des Systems geworden. Nationale „Dialogplattformen“ werden von

smarten, hochprofessionellen NGOs dominiert, und eine Interessensharmonie zwischen Regierungen, internationalen Programmen und nichtstaatlichen Akteuren erstickt kritische Fragen im Ansatz. Und ja, die Hand die Dich füttert...

Beim Workshop selbst stand die „politische“ oder grundsätzliche Analyse und Debatte aber nicht im Vordergrund. Die Frage, was denn eigentlich das Problem ist, wurde konsequent ergänzt mit der Frage, was getan werden kann und auf einzelne Geschichten und Fälle „heruntergebrochen“. Am Ende des Workshops waren sich die Teilnehmenden einig, dass es tatsächlich einiges zu tun gibt.

So entstand aus dem „Kampala-Workshop“ die „Kampala-Initiative“² als Versuch, ein demokratisches zivilgesellschaftliches Forum von unabhängigen, kritisch denkenden AktivistInnen und Organisationen aus dem globalen Süden und Norden zu schaffen. Ihr Ziel: Im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit und darüber hinaus Solidarität und Zusammenarbeit neu zu definieren und einzufordern. Mit der „Kampala-Erklärung“ (siehe nächste Seite) hat sich die Kampala-Initiative einen programmatischen Rahmen gesetzt. Über 80 Organisationen, darunter auch die BUKO Pharma-Kampagne, haben die Erklärung seit ihrer Lancierung im Januar 2020 unterzeichnet.

„Einmal mehr, hatten wir doch schon“, werden wohl einige einwenden. – Ja, einmal mehr. Weil es halt immer noch nötig ist.

Thomas Schwarz ist Geschäftsführer des Netzwerks Medicus Mundi International.
www.medicusmundi.org

¹ Beyond Aid Dokumentation: Von Wohltätigkeit zu Solidarität. www.medico.de/von-wohlaetigkeit-zu-solidaritaet-14673/

² Wir sind noch auf der Suche nach etwas Startkapital für eine minimale Struktur (Sekretariat, Kommunikation) für die Kampala-Initiative, und deshalb ist ihre Website vorläufig noch zu Gast bei Medicus Mundi International: www.medicusmundi.org/kampalainitiative



Erklärung von Kampala über Zusammenarbeit und Solidarität für gerechte Gesundheit in der internationalen Hilfe und darüber hinaus

Überall auf der Welt wird Gesundheitsgerechtigkeit verwehrt, und gesundheitliche Entwicklungshilfe verstärkt oft die Machtungleichgewichte, die die gesundheitlichen Ungleichheiten verursachen. Die Prioritäten der Geber aus dem Norden diktiert die Hilfsagenda, die von den von ihnen finanzierten NGOs und „Partnern“ aus dem Süden umgesetzt wird. Diese Prioritäten kollidieren oft mit den Bedürfnissen und Anliegen von Gemeinschaften, Regierungen und der Zivilgesellschaft in vielen Ländern der Welt.

Der Raum der Hilfe wird von mächtigen Interessen dominiert, während die Stimmen derer, die am stärksten von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, regelmäßig instrumentalisiert werden oder aus der Konversation ausgeschlossen werden. Viele Akteure innerhalb des Sektors – selbst unter den Gemeinschaften und der Zivilgesellschaft – stellen die der Gesundheitshilfe zugrunde liegenden Prämissen und Strukturen nicht in Frage. Ihre eigenen Ideen und Weltanschauungen wurden von und für die Hilfe und der Industrie, die sie unterstützt, geprägt. Die Infragestellung der Entwicklungshilfe stellt die Berufsbilder, den Lebensunterhalt und die Machtposition derjenigen, die in diesem Sektor arbeiten, vor Herausforderungen.

Darüber hinaus ist Gesundheitshilfe zwar in manchen Situationen wichtig, aber allein kann sie nie zu einer Welt führen, in der alle Menschen gesund leben können. Um dies zu erreichen, müssen wir die zugrunde liegenden Ursachen bekämpfen, die für schlechte Gesundheit verantwortlich sind und sie aufrechterhalten. Dazu gehören u.a. unfaire Handelsabkommen, Steuerungerechtigkeit, die Klimakrise, die Schwäche der bestehenden Leitlinien für die Gesundheitshilfe, die

unkontrollierte Ausbeutung und Gewinnung von natürlichen Ressourcen, unterfinanzierte Gesundheitssysteme und die politisch-ökonomischen Anreize, die diese krankheitserzeugenden Kräfte stärken. Diese sozialen, kommerziellen, wirtschaftlichen und politischen Determinanten der Gesundheit wurden von der Hilfe toleriert oder ignoriert. Dadurch verstärken sie die gesundheitlichen Ungleichheiten, die durch die Hilfe behoben werden sollen.

Wir glauben, dass kollektives, solidarisches und soziales Handeln als eine globale Gemeinschaft, die sich gemeinsam mit den Gründen unseres Kampfes für Gesundheit befasst, die Hilfe in ein faires Mittel zur Sicherung des Rechts auf Gesundheit verwandeln kann. Dies bedeutet, dass wir aus Mitgefühl im Streben nach Gerechtigkeit handeln und uns umeinander sorgen, zuhören und helfen, um so Verbundenheit und Gerechtigkeit in der ganzen Welt zu fördern.

Mit der Kampala-Initiative verpflichten wir uns, die Gesundheitshilfe durch Dialog, Fürsprache, Aktivismus und Aktionen zu exponieren, zu erforschen, in Frage zu stellen und zu transformieren. Wir verpflichten uns, Zusammenarbeit und Solidarität für die Gesundheit aufzubauen, innerhalb und über die Praxis der Hilfe hinaus, um eine Zukunft zu schaffen, in der das Recht auf Gesundheit und Gesundheit für alle verwirklicht werden und Hilfe nicht länger notwendig ist.

Konkret werden wir:

- eine kritische Analyse der Hilfe vorantreiben und ihren Missbrauch in Frage stellen;
- die Machtdynamik im Herzen der Hilfsstrukturen in Frage stellen;
- die Ursachen von Gesundheitsproblemen zur Kenntnis nehmen und auf

sie reagieren, wobei wir niemals so tun werden, als sei Hilfe die Lösung;

- schädliche Narrative der Hilfe und Nächstenliebe in Frage stellen, wo sie existieren;
- die schädlichen Machtdynamiken korrigieren, wo sie in unseren eigenen Organisationen existieren;
- solidarisch als Partner im globalen Süden und Norden zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die internationale Gesundheitsfinanzierung auf sozialer Gerechtigkeit und nicht auf neokolonialen Ideen und Praktiken beruht.

Kampala/Genf, 27. Januar 2020

Die BUKO Pharma-Kampagne hat die Kampala-Erklärung mit unterzeichnet.

Übersetzung: Jörg Schaaber

Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld,



Telefon 0521-60550
Telefax 0521-63789

pharma-brief@bukopharma.de

www.twitter.com/BUKOPharma

www.bukopharma.de

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

Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Claudia Jenkes, Max Klein

Design: com,ma, Bielefeld

Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne

© 2020: BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen:

Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 22 €, Institutionen- oder Auslandsabo 42 €.

Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Konto für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01

Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27

Sparkasse Bielefeld, BIC: SPBIDE33XXX

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften.
www.isdbweb.org



Universitäten: Rassismus schadet der Gesundheit

Der europäische Verband der Hochschulen für Public Health (ASPHER) macht auf Rassismus und Diskriminierung als wichtigen Faktor für schlechte Gesundheit aufmerksam.¹ Das mache die Covid-19 Pandemie überdeutlich: So ist in Großbritannien das Sterberisiko für schwarze EinwohnerInnen viermal so hoch wie für Weiße. Beengte Wohnbedingungen machen das Abstandhalten oft unmöglich. Besonders gilt das für Geflüchtete, die in Gemeinschaftseinrichtungen leben. Personen aus benachteiligten Gruppen verlieren als erste ihre Jobs und haben dadurch ein hohes Armutsrisiko mit allen sozialen und gesundheitlichen Folgen. Viele arbeiten aber auch in Bereichen mit hohem Ansteckungsrisiko wie Pflegekräfte oder bei Lieferdiensten.

Es sei eine zentrale Aufgabe der Schulen für Public Health, solche systemischen Ungerechtigkeiten weiter zu erforschen, „sie als das zu benennen was sie sind – struktureller Rassismus,“ und Politik und Gesellschaft zum Handeln aufzufordern. (JS)

EU: Zwangslizenzen für Covid-19 Produkte

Das EU Parlament drängt darauf, bestehende Flexibilitäten im Handelsabkommen TRIPS der Welthandelsorganisation WTO im Zusammenhang mit Covid-19 voll auszuschöpfen, um so den Zugang zu Medikamenten, Impfstoffen, Diagnostika und medizinischer Ausrüstung sicherzustellen.² Die Anwendung der Schutzklauseln läge im öffentlichen Interesse und sei angezeigt, um dem Gesundheitsnotstand durch Covid-19 effektiv begegnen zu können. Eine entsprechende Resolution zur Post-Covid-19-Gesundheitsstrategie wurde am 10. Juli verabschiedet.

Explizit empfiehlt das EU-Parlament, von Zwangslizenzen Gebrauch zu machen, ein gemeinsames Beschaffungssystem für Medizinprodukte zu etablieren, für Preistransparenz zu sorgen und alternative Forschungs- und Finanzierungsmodelle zu nutzen bzw. voranzutreiben. Außerdem sollten die Mitgliedsländer den COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP) der Weltgesundheitsorganisation unterstützen. Der Pool biete ein Maximum an Wissens- und Daten-Austausch zu Covid-19-Gesundheitstechnologien und diene „dem Wohl aller Länder und Menschen“. Die Resolution ist zwar nicht bindend, aber dennoch richtungsweisend für die EU-Kommission und die Mitgliedsstaaten. (CJ)

Allgemeinheit zahlt – Firmen machen Kasse

Gentherapien sind sehr teuer. Spitzenreiter ist derzeit Onasemnogen-Aparovovec (Zolgensma) gegen spinale Muskelatrophie mit Kosten von über zwei Millionen Euro pro PatientIn. WissenschaftlerInnen in den USA haben nachgeschaut, wieviel öffentliche Forschungsleistungen in den Produkten stecken.³ Dabei geben sie nicht nur Informationen zu den vier in den USA und Deutschland bereits zugelassenen Medikamenten, deren Studien zu einem bedeutenden Anteil mit staatlichen Geldern unterstützt wurden.

Sie warfen vor allem einen Blick in die Zukunft. Sie fanden in den USA 341 klinische Studien zu Gentherapien, die im Januar 2019 noch nicht abgeschlossen waren. Die Leitung hatten bei 50% der Studien Krankenhäuser und Universitäten (also akademische Institutionen) inne, bei 40% die Industrie und bei 10% die staatlichen National Institutes of Health (NIH). Wenn man schaut, wer Geld für die Studien zur Verfügung stellte, ergibt sich ein etwas anderes Bild: Akademische Institutionen beteiligten sich finanziell an

54% der Studien, die Industrie an 46% der Studien und die NIH an 29%. Eine Reihe von Studien hatten also mehr als einen Geldgeber, aber 50% aller Studien waren ausschließlich öffentlich finanziert. (JS)

Transparenz: Italien macht Ernst

Italien ist vermutlich das erste Land, das Pharmahersteller verpflichtet, alle öffentlichen Subventionen offenzulegen, die bei der Entwicklung eines Medikaments genutzt wurden.⁴ Italien folgt damit Forderungen der Transparenzresolution, die auf der Weltgesundheitsversammlung 2019 – gegen heftigen Widerstand Deutschlands⁵ – verabschiedet wurde.

Das italienische Dekret beschränkt sich nicht darauf abzufragen, wer alles zur Forschung beigesteuert hat. Der Hersteller muss auch die Umsatzzahlen vorlegen, die Marketingkosten offenlegen und alle relevanten Patente mitteilen. Jede Firma muss auch die Erstattungspreise für das Medikament in anderen Ländern mitteilen.

Dass Italien zum Vorreiter in Sachen Transparenz wird, ist kein Zufall: Das Land hatte die Transparenzresolution in die Weltgesundheitsversammlung eingebracht. (JS)

- 1 Akbulut N et al. (2020) ASPHER statement on racism and health. Int J Public Health Published Online 18 July <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01442-y>
- 2 European Parliament (2020) Resolution of 10 July 2020 on the EU's public health strategy post-COVID-19 (2020/2691(RSP)). www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0205_EN.html [Zugriff 13.8.2020]
- 3 Kassir Z et al. (2020) Sponsorship and funding for gene therapy trials in the United States. JAMA; 323, p 890
- 4 Lustig Vijay S (2020) Italy Publishes National Regulation Requiring Pharma Disclosure Of Public Support For R&D On New Drugs Health Policy Watch 28 July <https://healthpolicy-watch.news/76047-2>
- 5 Pharma-Brief (2019) WHA: Deutschland auf Distanz zum Transparenz-Beschluss. Nr. 3, S. 1