



Arm und vergessen

Untersuchung des Geschäftsverhaltens
von Boehringer Ingelheim, Bayer und
Baxter in Uganda

BUKO Pharma-Kampagne
www.bukopharma.de



HEPS Uganda
www.heps.or.ug



Foto: Adam Jones / Wikimedia

Impressum

- Herausgeberin:** BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland
Fon: +49-(0)521-60550 | Fax: +49-(0)521-63789
e-mail: pharma-brief@bukopharma.de
Homepage: www.bukopharma.de
- Verleger:** Gesundheit und Dritte Welt e.V.
- AutorInnen:** Dr. Christiane Fischer und Claudia Jenkes
(BUKO Pharma-Kampagne), Denis Kibira (HEPS, Uganda)
- Wissenschaftliche
Mitarbeit:** Kenneth Mwehonge, Guma Martin, James Ochol,
Margaret Abigaba, Djatougbé Vivienne Sossou-Lossa,
Luisa Marquardt, Anna-Lisa Vinnemeier
- Redaktion:** Claudia Jenkes
- Titelfotos:** Neil Palmer / Wikimedia Commons, Martina Berg / Fotolia,
usaid / Wikimedia Commons, Levèvre / Fotolia
- Design/Layout:** Heinrich Dunstheimer
com,ma Werbeberatung GmbH, Bielefeld
- Druck:** AJZ Druck & Verlag GmbH, Bielefeld

Diese Studie entstand in Kooperation mit der Coalition for Health Promotion and Social Development (HEPS) Uganda. Für die mühevollen Arbeit der Arzneimittelbewertung bedanken wir uns bei Albert Petersen (Pharmazeut, DIFÄM) und Jana Böhme (Pharmazeutin, VDPP).

Mit freundlicher Unterstützung der
Stiftung Umwelt und Entwicklung NRW



© BUKO Pharma-Kampagne 2014

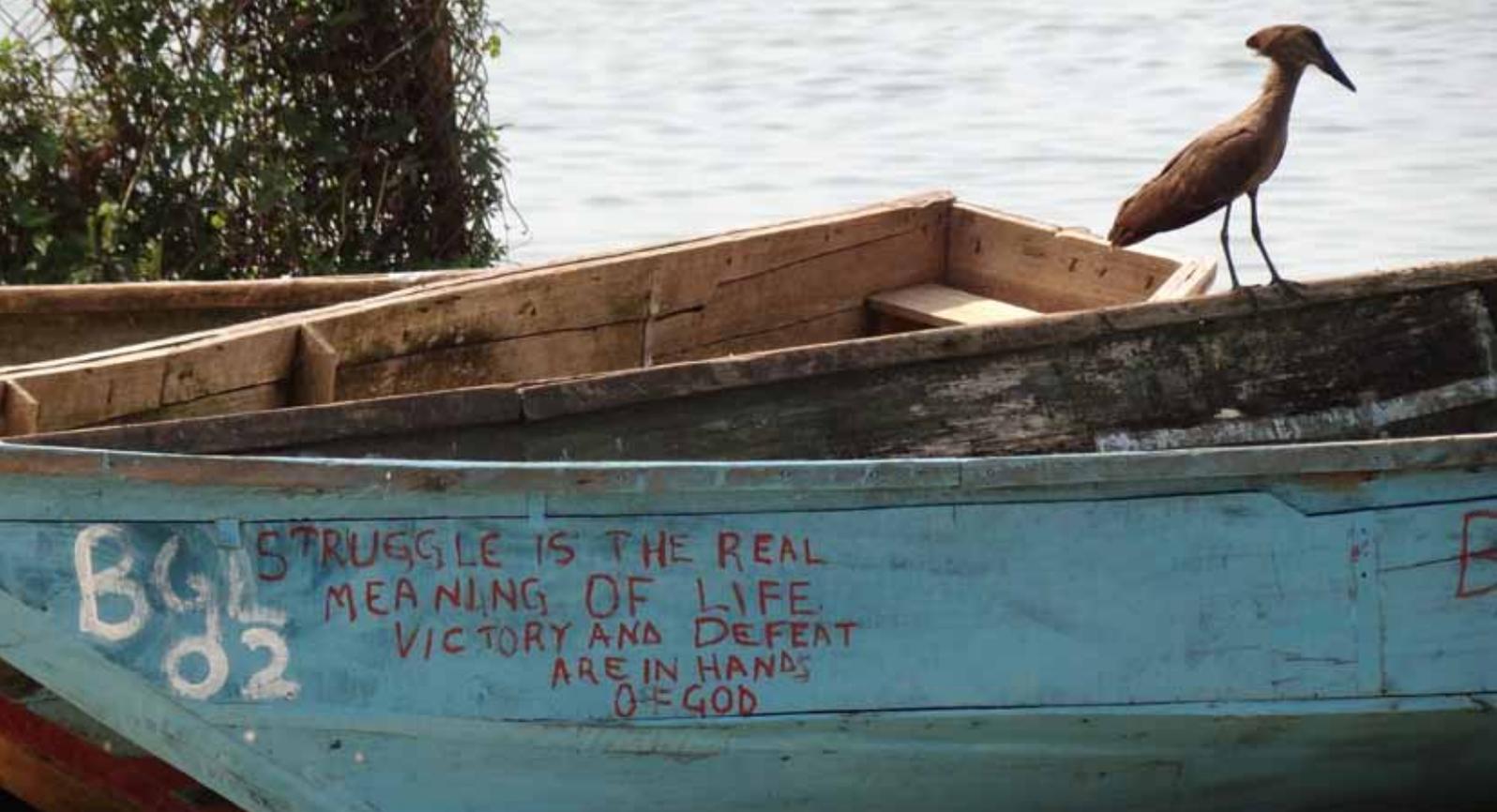


Foto: Adam Jones / Wikimedia

Inhalt

I Uganda – Perle Afrikas	1
Das ugandische Gesundheitssystem.....	4
Vorherrschende Krankheiten	9
Der Arzneimittelmarkt in Uganda.....	12
II Die untersuchten Firmen	18
III Die Studien-Methodik	19
IV Ergebnisse und Schlussfolgerungen	25
Was bieten die Firmen an?.....	25
Preis und Verfügbarkeiten	30
Was sagen PatientInnen, ÄrztInnen und ApothekerInnen	34
Wo wird geforscht? Was ist patentiert?	37
Marketing- und Gesundheitsprojekte	38
Kommunikationsstil	41
V Uganda – ein vernachlässigter Markt	42
VI Anhang: Liste der untersuchten Medikamente	44



Grandioser Blick auf einen Kratersee im Queen Elisabeth National Park

Foto: Robert Weinkove / Wikimedia

I Uganda - Perle Afrikas

Wegen seiner vielfältigen und einzigartigen Naturschönheiten bezeichnete Winston Churchill Uganda einst als Perle Afrikas. Große Wasserflächen wie der Viktoriasee oder der weiße Nil, (Feucht-) Savannen und Urwälder prägen die Landschaft. Während Naturerlebnis-, Safari- und Trekking-Reisen zu den Berggorillas, Elefanten und Zebras auch bei deutschen TouristInnen hoch im Kurs stehen, kämpft das arme Land jedoch nach wie vor mit gewaltigen Problemen.

Hohe Geburtenrate und extreme Armut

Laut UNDP leben fast 40 Prozent der Bevölkerung in extremer Armut. Die Menschen müssen mit weniger als 1,25 \$¹ pro Tag auskommen.² Und in kaum einem anderen Land Afrikas ist die Geburtenrate so hoch: Ugandische Frauen gebären durchschnittlich sechs bis sieben Kinder und mindestens drei von tausend Müttern sterben bei der Geburt ihres Babies.³ Fast die Hälfte der



Foto: Lesniewski / Fotolia

Bevölkerung ist jünger als 15 Jahre.⁴ Aber rund ein Viertel der Kleinkinder ist untergewichtig und viele Säuglinge erleben nicht einmal ihren ersten Geburtstag: 58 von 1.000 Neugeborenen sterben noch im ersten Lebensjahr.

¹ in PPP, Kaufkraftparität (kaufkraftadjustierter Wechselkurs)

² UNDP: International Human Development Indicators. hdr.undp.org/en/countries/profiles/UGA.html [Zugriff 27.02.2013]

³ WHO (2013) World health statistics. www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Part3.pdf [Zugriff 24.6.13]

⁴ WHO (2010) www.who.int/ghodata/?vid=20300&theme=country# [Zugriff 14.5.2014]



Die meisten Menschen verdienen ihren Lebensunterhalt in der Landwirtschaft wie diese Familie im Norden Ugandas.

Foto: Davis Omanyo, Michael Shade / Wikimedia

In Uganda leben rund 34 Millionen Menschen und die meisten verdienen ihren Lebensunterhalt in der Landwirtschaft (66%).⁵ Neben der Metropole Kampala mit ihren knapp 1,7 Mio. EinwohnerInnen gibt es mehrere mittelgroße Städte wie Jinja, Mbale, Mbarara oder Masaka. 85% der Bevölkerung leben aber auf dem Land, überwiegend in Streusiedlungen im Südwesten, Osten und im Zentrum des Landes. Der lebensfeindlichere Norden und Nordosten ist besonders dünn besiedelt und noch ärmer als der Rest des Landes.⁶ Hier leben über 80% der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze.⁷

5 Uganda bureau of statistics (UBOS) 2012 Statistical Abstract, p. www.ubos.org/onlinefiles/uploads/ubos/pdf%20documents/abstracts/2012%20Statistical%20Abstract.pdf

6 Informationen des Ugandischen Konsulats www.konsulat-uganda.de/kurzinformationen.html [Zugriff 10.6.13]

7 USAID (2006) Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, Mai 2006. S. 7

Uganda – damals und heute

1896 wurde Uganda, das damals aus vier Königreichen bestand, als britische Kolonie annektiert. Die Kolonialherrscher griffen massiv in das regionale Machtgefüge ein und entließen Uganda erst 1962 in die Unabhängigkeit. Der erste Staatspräsident der föderativen Republik, damaliger König von Uganda, wurde bereits 1966 von Premierminister Milton Obote vertrieben. Der schaffte die vier traditionellen Königreiche ab und führte begleitet von blutigen Protesten und Massakern ein sozialistisch geprägtes Einparteien-System ein. 1971 putschte sich sein Armeechef Idi Amin an die Macht. Während seiner Schreckensherrschaft ließ er weit über 250.000 politische GegnerInnen tö-



Wandgemälde in Kampala. Ugandas Geschichte ist gekennzeichnet von Unterdrückung und Gewalt. Die Verfassung von 1995 gewährte erstmals umfassende Grundrechte.

Foto: Adam Jones / Wikimedia

ten und zwang 60.000 AsiatInnen, das Land zu verlassen. 1979 wurde Idi Amin durch tansanische Truppen und ugandische Rebellen gestürzt, doch Uganda blieb bis 1986 geprägt von Anarchie und Bürgerkrieg. 1986 wurde Yoweri Museveni Staatschef. Unter seiner Regierung wurden die alten Königreiche symbolisch wieder eingeführt und eine neue Verfassung mit umfassenden Grundrechten verabschiedet. Anschließend stellte sich Museveni demokratischen Wahlen und gewann die Mehrheit 1996 und 2001. Nach einem Referendum wurde 2005 ein Mehrparteiensystem eingeführt. 2006 und zuletzt im Februar 2011 wurde Museveni in seinem Amt bestätigt. Zwar hat sich die politische und wirtschaftliche Lage seit seiner Machtübernahme stabilisiert. Doch nach wie vor belasten viele Probleme das Land. Etwa die allgegenwärtige Korruption und der Bürgerkrieg im Norden. Dort kämpft die Lord's Resistance Army (LRA) gegen die Regierung. Zwei Millionen Menschen wurden zu Flüchtlingen im eigenen Land.^{8,9}

8 Gertrud Schweizer-Erlor (2012) Rubrik Uganda / Geschichte, GIZ-Webseite www.liportal.giz.de/uganda/geschichte-staat.html

9 Wikipedia zur Geschichte Ugandas de.wikipedia.org/wiki/Geschichte_Ugandas



Fast jedes zehnte Kleinkind in Uganda wird keine fünf Jahre alt. Foto: Adam Jones / Wikimedia

	Jahr	Uganda	Deutschland
EinwohnerInnenzahl (in Millionen)	2012	34,1	82,8
Davon unter 15 Jahren	2010	48%	13,4%
Anteil der in Städten lebenden Bevölkerung	2012	14,7%	74%
Anteil der Menschen die in extremer Armut leben (weniger als 1,25 \$ pro Tag)	2013	38%	Keine Angabe
Durchschnittliche Geburtenrate (pro Frau)	2011	6,2	1,4
Lebenserwartung bei Geburt (beide Geschlechter)	2011 (1990)	56 Jahre (43 Jahre)	81 Jahre (76 Jahre)
Lebenserwartung Männer	2011	57	78
Lebenserwartung Frauen	2011	54	83
Müttersterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)	2013	360	7
Säuglingssterblichkeit (pro 1.000 Lebendgeburten)	2011	58	3
Sterblichkeit von Kleinkindern (<5 pro 1.000 Lebendgeburten)	2011	90	4
Alphabetisierungsrate der erwachsenen Bevölkerung	2010	73,2%	Keine Angabe

Quelle: WHO / Uganda bureau of statistics (UBOS) / UNDP



Labor in einem kommunalen Gesundheitszentrum. Oft ist die Ausstattung dürftig.

Foto: Sally Forthwit / Wikimedia Commons

1. Das Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem Ugandas ist dezentral organisiert und gliedert sich in fünf Ebenen:^{10, 11} Die unterste Ebene bilden Dorfgesundheitsteams oder kommunale Arzneimittel-Ausgabestellen. Jedes Dorf sollte eigentlich über ein solches Village Health Team (VHT oder Health Center I) verfügen, das PatientInnen berät und sie bei ernsteren Problemen an das nächste Gesundheitszentrum überweist. Doch in vielen Dörfern sind diese Teams inexistent. Und wenn sie existieren, haben sie in der Regel keine Arzneimittel zur Verfügung.

Gesundheitszentren auf Gemeindeebene (HC II) sind die zweite Stufe der Gesundheitsversorgung. Sie geben auch Arzneimittel für den ambulanten Dienst aus. Die dritte Stufe bilden

die health centres III (HC III). Sie sollen über mehrere Krankbetten verfügen und auch über eine ambulante Praxis, wo die MitarbeiterInnen gängige Krankheiten wie Malaria behandeln und Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere anbieten können. Das Personal sollte aus einer ausgebildeten Krankenschwester, einer Hebamme, zwei Pflegehelferinnen und einem Gesundheitsassistenten bestehen.



Kleines Krankenhaus in Rwebisengo.

Foto: Dave Proffer / Wikimedia

¹⁰ Richard M Kavuma (2009) Uganda's healthcare system explained. The guardian, 1.4.2009
www.guardian.co.uk/katine/2009/apr/01/uganda-healthcare-system-explained [Zugriff 10.2.2013]

¹¹ Healthcare a major challenge for Uganda (2009) The guardian 1.4.2009
www.guardian.co.uk/katine/2009/apr/01/healthcare-in-uganda [Zugriff 10.2.2013]

Doch auch hier besteht ein Mangel. Von sechs Gemeinden im Unterbezirk Kantine hatte 2009 nur eine einzige ein Gesundheitszentrum. In der Theorie sollte so eine Einrichtung jeweils bis zu fünftausend Menschen versorgen – in der Realität sind es wesentlich mehr.

Es fehlt an Wasser und Strom

Die vierte Ebene bilden städtische Gesundheitszentren (Health Centre IV), kleine Krankenhäuser, die bis zu 40 PatientInnen stationär versorgen können. Sie verfügen über getrennte Schlafsäle für Männer, Frauen und Kinder und einen Operationssaal. Ihr Personal sollte



Funktionsfähige Fahrzeuge sind vielerorts eher die Ausnahme als die Regel. Foto: Dave Proffer / Wikimedia

aus einem leitenden Arzt oder einer Ärztin, einem weiteren Mediziner sowie Pflegepersonal bestehen. Trotzdem gibt es zahlreiche Häuser, die gänzlich ohne MedizinerInnen auskommen müssen. Nicht selten ist der Operationssaal unbenutzbar, weil Wasser, Strom oder wichtige Installationen fehlen. Die medizinische Leitung der Einrichtung, häufig ein junger Arzt, muss neben der regulären Krankenbehandlung auch PatientInnen mit komplexeren Erkrankungen versorgen und dazu noch eine Führungsrolle für alle Gesundheitsprojekte in der Region übernehmen – mit einer Bevölkerung von bis zu 70.000 Menschen.¹²

Jeder Bezirk sollte zusätzlich über ein größeres Krankenhaus mit spezialisierten Fachabteilungen verfügen. An der Spitze des Versorgungssystems stehen schließlich drei nationale Kran-

¹² USAID (2006): Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, p. 12

kenhäuser, darunter das Mulago Hospital, das Lehrkrankenhaus der Makerere Universität in der Hauptstadt Kampala. Hier finden sich die besten ÄrztInnen des Landes, viele arbeiten allerdings zusätzlich in privaten Kliniken, um ihr mageres Staatsgehalt zu ergänzen.

Weite Wege und zu wenig Personal

Laut einer Untersuchung des ugandischen Gesundheitsministeriums von 2008 können inzwischen 72 Prozent der Bevölkerung im Umkreis von fünf Kilometern eine Gesundheitseinrichtung erreichen.¹³ Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist aber je nach Region sehr unter-



Die Hauptstadt-Klinik verfügt über eine gute Ausstattung und hochqualifiziertes Personal. Foto: Kharvey Jones / Wikimedia

schiedlich. Während in den Distrikten Kampala, Tororo oder Jinja nahezu 100% der EinwohnerInnen in fünf Kilometer Umkreis eine Gesundheitseinrichtung finden, sind es in den nördlichen Distrikten Kotido und Kitgum/Pader nur rund 10%.¹⁴ Im ganzen Land mit einer Größe von 236.000 Quadratkilometern und 111 Distrikten gibt es nur 98 Krankenhäuser – 55 davon sind staatliche Kliniken, der Rest vor allem religiöse oder wohltätige Einrichtungen.¹⁵ Viele der privaten, nicht gewinnorientierten Krankenhäuser und Gesundheitszentren befinden sich in ländlichen Regionen. In der Mehrzahl sind sie religiös orientiert (78%) und gehören zu drei Dachorganisationen: Dem Uganda Catholic Medical Bureau (UCMB), dem Uganda

¹³ Ministry of Health (2008): Access to and use of medicines by households in Uganda.

¹⁴ USAID (2006): Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, p. 8-9

¹⁵ Carolyn Baxter (2005) Biography of a Nation. www.open.edu/openlearn/society/international-development/international-studies/uganda-biography-nation [Zugriff 28.02.2013]



Hoffen auf eine kostenlose Versorgung. PatientInnen im Wartesaal eines Krankenhauses.

Foto: Toshihiro Horii / Wikimedia

Protestant Medical Bureau (CPMB) sowie dem Uganda Muslim Medical Bureau (UMMB). Der Rest ist in Trägerschaft humanitärer oder regionaler Gesundheitsorganisationen. Diese Einrichtungen werden von der Regierung z. T. mit Zuwendungen unterstützt. Daneben gibt es privat praktizierende ÄrztInnen, Hebammen, Krankenschwestern, aber auch private Kliniken in den städtischen Zentren.¹⁶ Die meisten Gesundheitsämter auf Bezirksebene verfügen über einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin, der oder die Partnerschaftsprojekte (PPPs) zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor anstoßen und die Aktivitäten vernetzen soll.¹⁷

Kostenlose Versorgung bleibt Theorie

Theoretisch sollen staatliche Gesundheitseinrichtungen in Uganda allen BürgerInnen eine kostenlose medizinische Versorgung gewähren. Selbst Nutzungsgebühren schaffte die Regierung im März 2001 komplett ab.¹⁸ Doch die Realität sieht anders aus: Etwa die Hälfte aller Stellen ist vakant und es herrscht ein eklatanter Mangel an ÄrztInnen und Pflegepersonal. Im nördlichen Amuru Distrikt gibt es z.B. nur einen staatlich angestellten Arzt für 243.000 Menschen.¹⁹ Und

16 Health System Profile for Uganda (2005) S. 11

17 USAID (2006) Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, p. 14

18 USAID (2006) Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, Mai 2006. S. 8

19 IRIN (2012) Uganda: Patients go private as state sector crumbles. News vom 18.9.2012 www.irinnews.org/report/96332/uganda-patients-go-private-as-state-sector-crumbles [Zugriff 24.6.13]

selbst wo es medizinisches Personal gäbe, ist es oft nicht anwesend. Denn viele staatlich Angestellte bessern ihr mageres Einkommen durch die Arbeit in privaten Einrichtungen auf. Oder sie bitten ihre PatientInnen zur Kasse und lassen sie sogar für grundlegende Versorgungsleistungen zahlen. So ergab eine Studie des Gesundheitsministeriums, dass in den Regionen, wo PatientInnen angaben, tatsächlich alle verschriebenen Medikamente erhalten zu haben, besonders viele PatientInnen Bestechungsgelder an das Gesundheitspersonal zahlten.²⁰

Angesichts der Krise im Gesundheitssystem drohten ugandische ParlamentarierInnen im September 2012, das Gesundheitsbudget für 2013 zu blockieren, sollte die Regierung ihre Ausgaben für Gesundheit nicht maßgeblich erhöhen. Nur acht Prozent der staatlichen Ausgaben fließen in den Gesundheitsbereich, obwohl sich Uganda 2001 in der Abuja Declaration zu 15 Prozent verpflichtet hatte.²¹

Korruption weit verbreitet

Korruption ist auf allen Ebenen des Gesundheitssystems weit verbreitet und führte etwa zur Veruntreuung von Geldern des Global Fund oder der Allianz für Impfkampagnen GAVI.²² Großbritannien, Irland, Schweden und Norwegen hatten wegen schwerwiegender Korruptionsvorwürfe sogar ihre Entwicklungshilfen an Uganda ausgesetzt. Die britische Regierung verkündete Ende 2012, dass ausstehende Gelder in Höhe von über 17 Millionen US\$ nicht ausgezahlt würden, bevor Uganda die sachgemäße Verwendung zuvor erhaltener Beträge nicht nachweisen könne. In Folge hatte Ugandas Finanzministerium Gelder, die für eine massive Aufstockung des Gesundheitspersonals im Budget vorgesehen waren, nicht freigegeben.²³ Hier zeigt sich auch die Tragik der Abhängigkeit von

20 MoH (2009) Final Report. Essential Medicines and Health Supplies tracking Study, S.XI

21 IRIN (2012) Uganda: Patients go private as state sector crumbles. News vom 18.9.2012 www.irinnews.org/report/96332/uganda-patients-go-private-as-state-sector-crumbles [Zugriff 24.6.13]

22 James Kityo (2012) Uganda's Health System – Victim of Corruption and General Institutional Malady. Reporting on Health 30.7.2012 www.reportingonhealth.org/2012/07/30/uganda%E2%80%99s-health-system-%E2%80%93-victim-corruption-and-general-institutional-malady [Zugriff 5.8.13]

23 Andrew Green (2012) Aid Freeze Impacts Uganda's Health Sector. Voice of America, 26.11.2012. www.voanews.com/content/foreign-aid-freeze-impacts-ugandas-health-sector/1552996.html [Zugriff 25.6.13]



Keine 10 US-Dollar kann der ugandische Staat jährlich für seine Gesundheit aufbringen. Arme Menschen führt Krankheit häufig in eine Schuldenspirale.

Foto: Neil Palmer / Wikimedia



Auch sterile Handschuhe sind Mangelware in ugandischen Krankenhäusern. Vielerorts werden die Einmal-Artikel gewaschen um sie mehrfach verwenden zu können.

Foto: Mike Blyth / Wikimedia

Geber-Ländern und -organisationen. Nur 14,4% der Gesundheitsversorgung in Uganda zahlt die Staatskasse, mehr als doppelt so viel finanzieren internationale Entwicklungshilfe-Partner (35,6%). Den Rest (50%) zahlen PatientInnen aus ihrem Haushaltseinkommen.²⁴

Private Ausgaben für Gesundheit sind hoch

Pro Person und Jahr investiert der ugandische Staat nur knapp über 10 US\$ in die Gesundheit.²⁵ Dabei wären mindestens 28 US\$ nötig, um allein die Basis-Gesundheitsversorgung zu finanzieren, die Ugandas Regierung mit einem „Minimum Health Care“-Paket sicherstellen will. Die öffentlichen Ausgaben für unentbehrliche Medikamente sind ebenfalls verschwindend gering: 2008/2009 war es pro Person gerade mal knapp ein US\$ (0,93 US\$).²⁶ Die Folge ist ein eklatanter Mangel: Unentbehrliche Arzneimittel – etwa gegen Malaria – sind oft nicht verfügbar. Nur die Hälfte der öffentlichen Einrichtungen hat wichtige Schlüssel-Medikamente vorrätig

und nur drei von vier verordneten Arzneimitteln werden dort tatsächlich ausgegeben.²⁷ Eine Studie des ugandischen Gesundheitsministeriums untersuchte 2009 die Verfügbarkeit unentbehrlicher Medikamente in acht Regionen (Districts) des Landes und stellte erhebliche Engpässe fest – vor allem auf der unteren Versorgungsebene. So fehlte die Hälfte der unentbehrlichen Medikamente in den kleinen Krankenhäusern auf Gemeindeebene (HC III) für mindestens 30 Tage im Jahr. Besonders große Engpässe gab es vor allem bei dem Antibiotikum Amoxicillin, dem Schmerz- und Fiebermittel Ibuprofen, aber auch bei Eisenpräparaten. In den größeren Krankenhäusern fehlte es vor allem an Verhütungsmitteln, an Eisenpräparaten, aber auch an Insulin.²⁸ Im nicht gewinnorientierten privaten Sektor, wo Arzneimittel zumeist gegen (geringe) Gebühren abgegeben werden, ist die Lage nicht wesentlich besser: Das Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN) untersuchte 165 kirchliche Gesundheitseinrichtungen Ugandas und stellte fest, dass vor allem Kindermedikamente häu-

²⁴ UNIDO (2010) Pharmaceutical Sector Profile: Uganda, S. 10.

²⁵ 2008/9 waren es 10,4 US\$. HEPS, Results for Development Institute (2010) Right to Essential Medicines. Tracking Uganda's Health Sector in Budgeting, Financing and Delivery of Essential Medicines, S.11

²⁶ UNIDO (2010) Pharmaceutical Sector Profile: Uganda, S. 9.

²⁷ Medicines Transparency Alliance, MeTA (2010) Report on the Uganda Pharmaceutical Sector Scan. Part of Component 1 of MeTA Baseline Assessments.

²⁸ MoH (2009) Final Report. Essential Medicines and Health Supplies tracking Study, S.XI



Männer bringen ihre Bananen-Ernte zum Markt. Das Haushaltseinkommen ihrer Familie liegt umgerechnet bei rund 60 Euro monatlich. Foto: Emesik / Wikimedia

fig fehlen. Besonders rar waren Zinktabletten und das Asthma-Mittel Salbutamol, aber auch Tuberkulose und HIV-Medikamente in Kinderdosierungen. 83% der Einrichtungen gaben an, TB- und Aids-Mittel nicht auf Lager zu haben.²⁹

Selbstmedikation fördert Resistenzen

PatientInnen müssen also dringend benötigte Medikamente häufig in privaten Apotheken einkaufen und teuer bezahlen. Da mag es nicht verwundern, dass sich die meisten auf Selbstmedikation verlassen. Die Mehrheit der PatientInnen verzichtet auf ärztlichen Rat und kauft direkt ein Arzneimittel oder sucht HeilerInnen und andere informelle Dienste auf.³⁰ Schließlich ist es in Uganda, wie in vielen armen Ländern, durchaus möglich, verschreibungspflichtige Mittel wie Blutdrucksenker oder Antibiotika ohne Rezept einzukaufen. Zwar müssen ApothekerInnen bei solchen illegalen Praktiken mit dem Verlust ihrer Lizenz oder sogar mit Gefängnisstrafe rechnen. Doch die Kontrolle der Arznei-

mittelbehörde NDA ist wenig effektiv. Die ÄrztInnenvereinigung Uganda Medical Association sieht gerade in der massiven Selbstmedikation die Ursache zunehmender Arzneimittelresistenzen in Uganda.³¹

De facto geben UganderInnen einen hohen Anteil ihres Einkommens für Behandlungskosten und Medikamente aus. Und viele Erkrankungen bleiben unbehandelt: Über die Hälfte aller Befragten gaben bei einer Umfrage des Gesundheitsministeriums an, sich nicht alle Medikamente leisten zu können, die sie benötigen würden.³² Das Risiko der PatientInnen, bei langwierigen und ernsten Erkrankungen noch weiter zu verarmen, ist groß. Eine staatliche Krankenversicherung, die hier Abhilfe schaffen könnte, existiert nicht.³³ Eine private Versicherung besitzen etwa drei Prozent der Bevölkerung.

31 Joshua Kyalimpa (2013): Health-Uganda: Health-Uganda: Self medication blamed for increased drug resistance. INTER Press Service (IPS) News Agency, 13.9.13. www.ipsnews.net/2011/07/health-uganda-self-medication-blamed-for-increased-drug-resistance/ [Zugriff 13.9.13]

32 Ministry of Health (2008): Access to and use of medicines by households in Uganda. S. 24

33 CMAJ: Public health insurance in Uganda still only a dream

29 EPN (2011): Children's Medicines in Uganda. An investigation into availability and factors impacting access. www.epnetwork.org/childrens-medicines [Zugriff 9.9.13]

30 USAID (2006) Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, Mai 2006. S. 7



Das Weibchen der Anopheles-Stechmücke überträgt die Malaria. Foto: WHO TDR



Aufklärungskampagnen sollen den Gebrauch von Moskitonetzen fördern. In Uganda sterben jährlich rund 100.000 Kleinkinder an Malaria. Foto: Sally Forthwit / Wikimedia

2. Vorherrschende Krankheiten

Übertragbare Krankheiten wie Malaria, Aids, Tuberkulose, Atemwegs-Erkrankungen, Wurmerkrankungen, Durchfall sowie Haut- und Augenerkrankungen machen in Uganda die größte Krankheitslast aus. Insbesondere vernachlässigte Tropenkrankheiten sind noch immer ein großes Problem. Das bestätigt auch Denis Kibira von HEPS Uganda: „Die größte Herausforderung ist, dass diese Erkrankungen hauptsächlich die Armen betreffen, die nicht einmal in der Lage sind, sich um eine adäquate Behandlung zu bemühen. Leishmaniose zum Beispiel, das die Rinderzucht-Gegend um Karamoja betrifft, ist in der Behandlung sehr teuer und bis jetzt gibt es keine Medikamente, die helfen.“³⁴

Leishmaniose ist eine parasitäre Erkrankung, die durch die Sandmücke übertragen wird. Es gibt unterschiedliche Krankheitsformen, bei denen entweder die Haut, die Schleimhäute oder auch die inneren Organe befallen sind (bezeichnet als Kala Azar). Leishmaniose breitet sich auch durch Aids immer weiter aus, beide Krankheiten verstärken sich gegenseitig. Die Behandlung ist komplex und schwierig, weil bisher keine geeignete medikamentöse Therapie existiert. Zusätzliche Bürde sind in Uganda resistente Shigellose- und Malaria-Erreger, Ausbrüche von Cholera oder tödlichen Hanta- und Ebola-Viren.³⁵

Aber auch nicht-übertragbare Krankheiten nehmen zu, darunter etwa psychische Erkrankun-

gen. Die staatliche Gesundheitspolitik will all diesen Erkrankungen mit einem Uganda National Minimum Health Care Package (UNMHCP) begegnen, das 1999/2000 eingeführt wurde. Es soll eine kosteneffektive medizinische Grundversorgung gewähren und beinhaltet eine Grundversorgung bei Malaria, Aids, Tuberkulose oder psychischen Erkrankungen, Leistungen zur Kinder- und Müttergesundheit, aber auch Impfungen, Gesundheitsaufklärung oder Maßnahmen zur Schulgesundheit.

Malaria tötet vor allem Kinder

Laut Schätzung des ugandischen Gesundheitsministeriums behandeln öffentliche Einrichtungen jährlich 10 – 12 Millionen PatientInnen mit Malaria-Symptomen. Zugleich ist die Krankheit für 35% aller Krankenhauseinweisungen verantwortlich. Sie wird durch die Anopheles-Stechmücke übertragen und ist vor allem für Schwangere, Kinder und alte Menschen lebensbedrohlich. Ein Kontroll- Programm der Regierung soll das von der WHO empfohlene Einsprühen von Innenwänden mit Insektiziden und den Gebrauch von Insektizid-imprägnierten Moskitonetzen (ITN) fördern. So besaßen 2011 immerhin 60% aller Haushalte mindestens ein ITN.³⁶ Doch nicht einmal ein Drittel der Kinder schläft darunter, obwohl diese simple Maßnahme das Ansteckungsrisiko um 90% reduziert. Denn die Malaria-Moskitos stechen nachts. Auch Malaria-

³⁴ E-mail an die Pharma-Kampagne vom 7.2.2014

³⁵ USAID (2006) Public Health Training in Uganda: A Case Study. Final Report, Mai 2006. S. 6

³⁶ Uganda Bureau of Statistics and ICF International (2012) DHS Final Report. measuredhs.com/publications/publication-FR264-DHS-Final-Reports.cfm [Zugriff 6.8.2013]



HIV-infizierte Frauen, die in einem Hilfsprojekt in Kawempe, Uganda behandelt werden. Das Projekt setzt sich auch für die Rechte von Menschen mit HIV ein.

Foto: Kate Holt / Wikimedia

Mittel sind vielerorts Mangelware und Arzneimittel-Resistenzen nehmen zu. Die Krankheit verursacht annähernd die Hälfte aller Todesfälle in Uganda, dicht gefolgt von HIV/AIDS.³⁷

Die HIV-Rate steigt

Die HIV-Rate ist in Uganda seit 2005 wieder leicht angestiegen, obwohl sie in den 90er Jahren durch Informationskampagnen zunächst wirksam eingedämmt wurde.³⁸ Bereits 1986 hatte Ugandas Präsident Museveni ein HIV/AIDS Kontroll-Programm gestartet und die Krankheit zum öffentlichen Thema gemacht. Seit 2004 sind Prävention und Behandlung jedoch weitgehend abhängig von Geldern aus dem US-amerikanischen PEPFAR-Programm.³⁹ Der von George W. Bush eingerichtete President's Emergency Plan for Aids Relief zielte bei der Präventionsarbeit jahrelang auf Abstinenz, Monogamie und Kondomgebrauch und arbeitete vor allem mit religiösen bzw. evangelikalen Gruppen zusammen. Risikogruppen wie Prostituierte und Homosexuelle standen nicht im Fokus. Bis heute sind homosexuelle Beziehungen in Uganda strafbar – im Februar 2014 wurde das Gesetz sogar drastisch verschärft.⁴⁰ Solche Kriminalisierung von Risikogruppen, ein unverändertes Risikoverhalten in bestimmten Bevölkerungs-

37 Ministry of Health Uganda, USAID (2011) Uganda Health System Assessment 2011, S. 5

38 Yosh Kron (2012) In Uganda, an AIDS Success Story Comes Undone. The New York Times, 2.8.2012. www.nytimes.com/2012/08/03/world/africa/in-uganda-an-aids-success-story-comes-undone.html?_r=0 [Zugriff 6.10.2013]

39 www.pepfar.gov/countries/c19432.htm [Zugriff 6.10.2013]

40 Reuters (2014): Ugandan President signs anti-gay Bill, defying the West. Meldung v. 24.2.2014. www.reuters.com/article/2014/02/24/us-uganda-gaybill-idUSBREA1No5S20140224



Hat schon bessere Tage gesehen: Aids-Aufklärung in Uganda, hier ein Werbeplakat für Kondomgebrauch in Kabale.

Foto: Robert. F. D. Gilchrist / Wikimedia

gruppen und die geringe Akzeptanz von Kondomen ließen die HIV-Rate in jüngster Zeit wieder ansteigen. Religiös-orientierte Gesundheitsdienstleister, die Kondome nur selten vorrätig haben und z. T. sogar deren Gebrauch ablehnen, tragen zu diesem Problem bei. Bei einer Untersuchung des Gesundheitsministeriums hatten im öffentlichen Sektor rund drei Viertel der Gesundheitseinrichtungen auf dem Land Kondome verfügbar, bei missionarischen Einrichtungen waren es nur 14%.⁴¹

Etwa zwei Millionen Menschen, also rund sieben Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind in Uganda mit HIV infiziert. Vor allem Frauen und StädterInnen haben ein hohes Ansteckungsrisiko. Zwar hat die Regierung eine Interventionsstrategie entwickelt – Aidskranke sollen z. B. im häuslichen Umfeld behandelt werden, um die Gesundheitszentren zu entlasten. Doch es mangelt an Medikamenten, am Zugang zu palliativer Versorgung oder an Test- und Beratungsstellen. So haben viele Infizierte ungeschützten Geschlechtsverkehr, da sie von einem Schutz durch die Medikamente ausgehen. Nicht einmal die Hälfte derer, die eine Therapie bräuchten, wird mit Medikamenten versorgt (knapp 44%).⁴²

Tuberkulose-Risiko ist hoch

Mit der HIV-Epidemie ist auch das Tuberkulose-Risiko dramatisch gestiegen. Die WHO zählte Uganda zu den 22 Ländern mit der höchsten

41 Uganda Ministry of Health (2012) Monitoring Access to Reproductive Health Supplies in Uganda. p 9

42 Gemessen an den neuen Behandlungsrichtlinien der WHO, die eine Behandlung schon ab einem Wert von 350 CD4 empfiehlt.



*Auch Bildung schützt vor Krankheit. Schulkinder in einem von USAID finanzierten Bildungsprogramm in Nord-Uganda.
Foto: usaid / Wikimedia*



*Jeder Fünfte in Uganda ist depressiv – vor allem bedingt durch Armut, Bürgerkrieg und Aids. Aber auch andere nicht übertragbare Krankheiten nehmen zu.
Foto: Jesse Awalt / Wikimedia*

TB-Rate. 2008 wurde nur die Hälfte der Krankheitsfälle erkannt und nur Dreiviertel der behandelten PatientInnen wurden geheilt (2010). Verschärft wird die Lage dadurch, dass rund 60% der TB-PatientInnen zusätzlich mit HIV infiziert sind.⁴³ Doch das ugandische Gesundheitsministerium hat in den vergangenen Jahren gute Arbeit geleistet und kann einen großen Erfolg vorweisen. 2014 bestätigte die WHO, dass TB-bedingte Todesfälle in Uganda um die Hälfte reduziert wurden: Von 9.900 im Jahr 1990 auf 4.700 im Jahr 2012. Das Land hat damit ein wichtiges Entwicklungsziel (Millenium Development Goal) erreicht.⁴⁴

Nicht übertragbare Krankheiten

Auch wenn Infektionskrankheiten in Uganda die größte Krankheitslast verursachen, nimmt die Verbreitung nicht-übertragbarer Krankheiten zu. Auf dem Vormarsch sind vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes: Das Risiko der 30 – 70jährigen, an diesen Erkrankungen zu sterben, ist in Uganda mehr als viermal so hoch wie in Deutschland.^{45,46} Bei Männern ist Diabetes die häufigste nicht-übertragbare Krankheit, bei Frauen sind es vor allem Bluthochdruck und chronische Entzündungen der Magenschleimhaut.⁴⁷ Steigend ist außerdem die Krankheits-

last durch psychische Erkrankungen, ausgelöst durch Krieg, Flucht, Armut und Aids.⁴⁸ Etwa 20% der Bevölkerung leiden unter Depressionen.⁴⁹ Es gibt aber nur eine Handvoll PsychologInnen oder PsychiaterInnen, geschweige denn entsprechende Einrichtungen.⁵⁰ Insgesamt machen nicht-übertragbare Krankheiten (NCDs) in Uganda ein Viertel aller Todesfälle aus. Laut Prognose der WHO werden NCDs durch Urbanisierung und ungesunde Lebensweisen bis zum Jahre 2025 ein epidemisches Ausmaß erreichen, falls jetzt nicht gegengesteuert wird. – 2006 startete die Regierung daher ein Programm zur Prävention und Kontrolle von NCDs.^{51,52} 2010 wurde die Uganda NCD Alliance (UNCDA) gegründet. Sie unterstützt Menschen mit Krebs, Diabetes und Herzkrankheiten: Neben Beratungsangeboten, bildet sie GesundheitsarbeiterInnen aus, bietet technische Hilfsmittel an und baut neue Gesundheitszentren.⁵³

43 Ministry of Health Uganda, USAID (2011) Uganda Health System Assessment 2011, S. 5

44 Stop-TB-Forum (2014) Newsletter, Ausgabe 1,02/2014, S. 1

45 In Uganda sterben in dieser Altersgruppe 421 von 100.000, in Deutschland 102 Menschen.

46 WHO (2011) NCD Country profile Uganda

47 Ministry of Health (2008): Access to and use of medicines by households in Uganda. S. 15

48 WHO Country Cooperation Strategy Uganda www.who.int/country-focus/cooperation_strategy/ccs_uga_en.pdf [Zugriff 10.5.2013]

49 Chronic Poverty Research Centre (2007) Mental Illness and Exclusion: Putting Mental Health on the Development Agenda in Uganda. Policy Brief No. 2/2007 www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/CPRC-UG_PB_2007-2.pdf [Zugriff 7.8.2013]

50 Fred Kigozi, Joshua Ssebunnya, Dorothy Kizza, Sara Cooper, Sheila Ndyabangi and the Mental Health and Poverty Project (2010) An overview of Uganda's mental health care system: results from an assessment using the world health organization's assessment instrument for mental health systems. In: International Journal of Mental Health Systems; 4:1 doi:10.1186/1752-4458-4-1 www.ijmhs.com/content/4/1/1 [Zugriff 6.8.2013]

51 Ministry of Health (2013) Non Communicable Diseases health.go.ug/mohweb/?page_id=761 [Zugriff: 6.8.2013]

52 UNCDA (2013) Homepage www.uncda.org/ [Zugriff 6.8.2013]

53 UNCDA (2013) Homepage www.uncda.org/ [Zugriff 6.8.2013]

3. Der Arzneimittelmarkt in Uganda

Ugandas Arzneimittelmarkt hat nur ein Volumen von rund 276 Millionen US\$ – in Deutschland sind es 35 Milliarden US\$.⁵⁴ Obwohl sich die lokale Pharmaindustrie in den vergangenen zehn Jahren deutlich entwickelt hat, müssen noch immer 90 Prozent der Medikamente importiert werden. Davon stammen 5 – 7% aus Industrieländern, der größte Teil kommt aus Indien und China. Nur ein sehr kleiner Teil der auf dem ugandischen Markt verfügbaren Medikamente wird von gut einem Dutzend lokaler Firmen produziert. Der Mangel an spezialisierten Fachkräften, hochwertigen Technologien und eine unsichere Stromversorgung behindern die lokale Produktion und deren Wettbewerbsfähigkeit.

6.810 pharmazeutische Produkte waren 2010 in Uganda registriert. Deren Beschaffung, Lagerung und Verteilung erfolgt im öffentlichen Sektor über die National Medical Stores (NMS).⁵⁵ Öffentliche Einrichtungen geben die Medikamente dann an die PatientInnen aus. Der pri-

⁵⁴ UNIDO (2010) Pharmaceutical Sector Profile: Uganda. Strengthening the local production of essential generic drugs in the least developed and developing countries. S. 8 und VfA (2011) Statistics. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, S. 45.

⁵⁵ www.nms.go.ug



Enge Kiste: Jeder siebte Erwachsene ist in Uganda mit Aids infiziert. Doch nicht einmal die Hälfte der Behandlungsbedürftigen bekommt eine Therapie.

Foto: Dave Proffer / Wikimedia

vate Sektor wird hauptsächlich über den Groß- und Einzelhandel versorgt. Daneben gibt es zahlreiche religiös orientierte Organisationen oder internationale Hilfsorganisationen, die sich ebenfalls um die Beschaffung und Verteilung von Medikamenten kümmern, etwa der kirchliche Joint Medical Store (s. Interview S. 16).⁵⁶ Es fehlt jedoch eine breite Koordination zwischen

⁵⁶ UNIDO (2010) Pharmaceutical Sector Profile: Uganda. S. 8

Gesundheit in Uganda und Deutschland im Vergleich

		Uganda	Deutschland
Erkrankungen (2012)	<i>EinwohnerInnenzahl</i>	34,1 Millionen	82,8 Millionen
Malaria		10.338.093	keine Angabe
Cholera		6.326	keine Angabe
Masern		2.027	166
Tuberkulose		44.663	4.043

Sterblichkeit	<i>pro 100.000 EinwohnerInnen</i>	
HIV/AIDS bei 15 – 49jährigen (2011)	181	0,5
Krebs bei 30 – 70jährigen (2008)	191	150
Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes bei 30 – 70jährigen (2008)	421	102
Chronische Atemwegserkrankungen bei 30 – 70jährigen (2008)	111	11

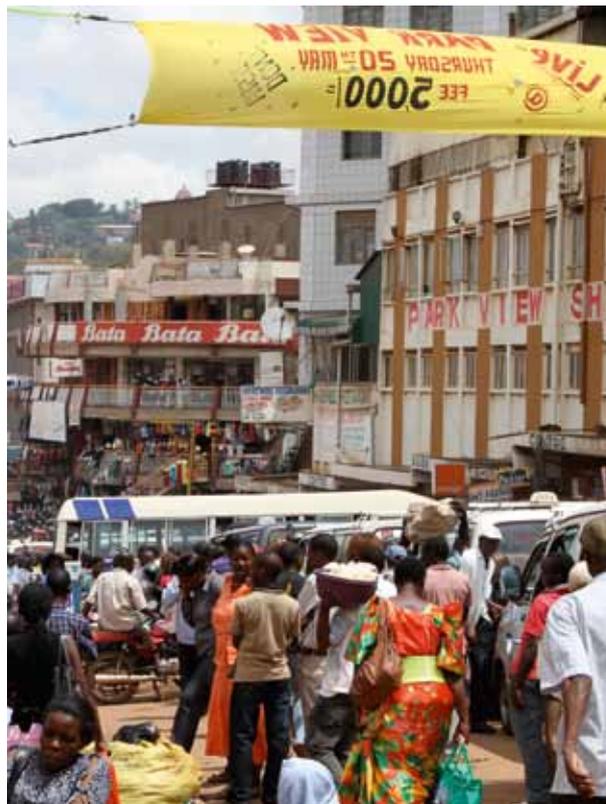
Quellen: WHO (2013) World Health Statistics, WHO (2014) World Health Statistics

den zahlreichen Spendenprojekten und Geberorganisationen und dem öffentlichen Sektor, was die Engpässe und Lücken in der staatlichen Versorgung noch verschärft.⁵⁷

Kontrolle und Regulierung sind schwach

Die Nachfrage an Arzneimitteln in Uganda wächst beständig und besonders in den Städten ist die Anzahl an Apotheken in den vergangenen Jahren rasant gestiegen. Trotzdem kommt nur eine Apotheke auf rund 70.000 Menschen. 477 Apotheken waren 2009 lizenziert, außerdem verkauften 5.263 registrierte Drogerien Arzneimittel. Daneben gaben 1.614 öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen Medikamente aus.⁵⁸

Für die Kontrolle des Arzneimittelmarktes ist die National Drug Authority (NDA) in Kampala zuständig. Sie wurde 1993 gegründet und soll Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von unentbehrlichen Medikamenten zu jeder Zeit sicherstellen. Außerdem soll sie den rationalen Verbrauch fördern und die Sicherheit und Qualität der Arzneimittel überwachen.⁵⁹ Die Behörde untersteht dem Gesundheitsministerium. Sie verfügt über sieben Regionalbüros und ein National Drug Quality Control Laboratory (NDQCL). Das Labor testet und analysiert Arzneimittelproben und befindet sich am staatlichen Mulago Krankenhaus. Doch Personalmangel und schlechte Ausstattung der Behörde machen die Bewältigung ihrer vielfältigen Aufgaben unmöglich. Die Regionalbüros, die durchschnittlich 15 Distrikte verwalten müssen, sind z.B. nur mit je einer Arbeitskraft besetzt und funktionsfähige Fahrzeuge stehen oft nicht zur Verfügung. Daher erfolgt die jährliche Ausgabe von Lizenzen an die Apotheken häufig mit einer Verspätung von sechs Monaten und illegale Verkaufsstellen können lange Zeit weiter operieren, ohne von der Behörde belangt zu werden. Weitgehend machtlos ist die Behörde auch gegenüber dem zunehmenden Handel mit Arzneimitteln, Nahrungsergänzungsmitteln oder Kräutermedizin in Bussen, auf Märkten und anderen öffentli-



In den Zentren der großen Städte, wie hier in Kampala, wächst die Zahl der Apotheken rasant.

Foto: Andrew Regan | Wikimedia

chen Plätzen.⁶⁰ Doch auch im öffentlichen Sektor sind nur drei Prozent aller verschriebenen Medikamente richtig gelabelt und die Mehrzahl der PatientInnen (76%) weiß die Mittel nicht richtig zu dosieren und anzuwenden.⁶¹

Importkontrolle mangelhaft

Nicht zuletzt ist die Software zur Überwachung und Registrierung von Arzneimitteln zu langsam und ständig absturzgefährdet. Auch das kann dazu führen, dass nicht registrierte Arzneimittel illegal auf den Markt gelangen oder dringend benötigte mit großer Verspätung registriert werden.⁶² Ähnliches gilt für die vier Importkontrollstellen der NDA, die an den wichtigsten Einfuhrorten für Medikamente Pharmaimporte überwachen sollen. Für Busia und Maleba an der kenianisch-ugandischen Grenze ist nur eine Person zuständig, die zwischen den

57 Ministry of Health Uganda, USAID (2012) Uganda Health System Assessment 2011, S. XIX

58 UNIDO (2010) Pharmaceutical Sector Profile: Uganda., S. 17

59 Muwanga J F S (2010) Value for money audit report on the regulations of medicines in Uganda by national drug authority, S. v – x (executive summary)

60 Uganda Office of the Auditor General (2010) Value for money Audit Report on the Regulation of Medicines in Uganda by National Drug Authority, S. 33

61 Balyejjusa S, Mujasi P, Babirye E (2010) Report on the Uganda Pharmaceutical Sector Scan, S. 8

62 Uganda Office of the Auditor General (2010) Value for money Audit Report on the Regulation of Medicines in Uganda by National Drug Authority, S. 20ff



In der Hauptstadt Kampala ist die Versorgung mit Medikamenten wesentlich besser als in ländlichen Regionen.

Foto: Omoo Kampala / Wikimedia

beiden Orten hin- und herfahren muss und deshalb kaum alle Frachten kontrollieren kann. Außerdem lassen Labor und Labortechnik der NDA zu wünschen übrig: So verfügt das National Drug Quality Control Laboratory nur über ein Fünftel des Personals das nötig wäre, um eine Qualitätskontrolle gemäß der WHO-Vorgaben zu gewährleisten.⁶³ Die Labortechnik ist zum Teil veraltet oder nicht funktionsfähig, so dass wichtige mikrobiologische Untersuchungen oder die Kontrolle traditioneller Arzneimittel unterbleiben. Und eine Überwachung von Arzneimittelwerbung findet so gut wie nicht statt, obwohl sämtliche Anzeigen und Werbematerialien durch die NDA genehmigt werden sollten und strenge Richtlinien existieren.⁶⁴ Bisher ist in der Behörde niemand explizit mit dieser Aufgabe betraut und Anzeigen in Radio, Zeitung und Fernsehen werden de facto nicht kontrolliert. Auch politische Strategien zur Regulierung von Arzneimittelpreisen sind inexistent.⁶⁵

Aids-Therapien: Vom Import zur Eigenproduktion

Bis 2002 scheute sich Uganda, günstige generische Aids-Medikamente zu importieren, denn die Regierung fürchtete, sich das Vertrauen der USA und der großen Pharmaunternehmen zu verspielen. Erst als die Clinton Foundation besonders günstige Preise mit Generika-Herstellern aushandelte, lenkte Präsident Yoweri Museveni ein und verkündete, Ugandas Aids-PatientInnen künftig mit Generika versorgen zu wollen.⁶⁶ 2010 wurde das erste Aids-Medikament aus lokaler Produktion von der WHO präqualifiziert. Seither stellt die Luzira Drug Factory in Kampala auch für den internationalen Markt HIV-Medikamente her, exportiert in Nachbarländer und beliefert Hilfsorganisationen wie den Global Fund, PEPFAR oder Ärzte ohne Grenzen. Lokal produzierte Aids-Medikamente sind rund 30% billiger als importierte Generika - die Kosten für eine Monatstherapie konnten so auf neun US\$ gesenkt werden.⁶⁷

63 Uganda Office of the Auditor General (2010) Value for money Audit Report on the Regulation of Medicines in Uganda by National Drug Authority, S. 26

64 Uganda Office of the Auditor General (2010) Value for money Audit Report on the Regulation of Medicines in Uganda by National Drug Authority, S. 32

65 Medicines Transparency Alliance, MeTA (2010) Report on the Uganda Pharmaceutical Sector Scan. Part of Component 1 of MeTA Baseline Assessments.

66 Irinnews (2003) UGANDA: Gov't commits to buying generic antiretrovirals. Pressemitteilung 23.10.2003. www.irinnews.org/report/46915/uganda-gov-t-commits-to-buying-generic-anti-retrovirals [Zugriff 23.7.2013]

67 F. Kagolo (2012) Uganda to start exporting ARVs within region. NewVision 16.7.2012 www.newvision.co.ug/news/633015-uganda-to-start-exporting-arvs-within-region.html [Zugriff 30.4.14]



Es geht auch um ihre Zukunft: Ugandas wirtschaftliche Entwicklung sollte von den TRIPS-Ausnahmeregeln profitieren. Doch die Industriestaaten, darunter auch Europa, drängen auf einen vorgezogenen Patentschutz.

Foto: Sanjoyg / Wikimedia

Arzneimittelpatente in Uganda

Der internationale Vertrag der Welthandelsorganisation (WTO) zu geistigen Eigentumsrechten (TRIPS) gewährt den ärmsten Ländern der Welt (LDCs), einen Aufschub, um das TRIPS-Abkommen umzusetzen. Diese Länder, zu denen auch Uganda zählt, müssen noch keine Patente anerkennen. Für Arzneimittel gilt dieser Aufschub mindestens bis 2016, für alle anderen Waren wurde er bereits bis 2021 verlängert.^{68,69} LDCs dürfen demnach auch solche Präparate als günstige Generika importieren und produzieren, die anderswo patentgeschützt sind. Unsere Partner-Organisation HEPS-Uganda bezweifelt aber, dass die gewährte Frist ausreicht: „In Uganda kamen 2009/10 auf eine Person, die eine ART anfängt, zehn neue Infektionen. Es gibt eine steigende Nachfrage nach neueren, sicheren ARVs. Resistenzen in der ersten Therapielinie verlangen es, die teureren Medikamente der zweiten und dritten Therapielinie zu nutzen. Die aber sind patentiert und wir können uns nicht mehr auf [Importe aus] Indien und Asien stützen.“⁷⁰

68 Für alle anderen Güter wurde diese Frist 2013 verlängert – auf 2021. ExpertInnen diskutieren derzeit, ob die Verlängerung automatisch auch für Medikamente gilt oder ob 2016 ein weiterer Aufschub verhandelt werden muss. Aus heutiger Sicht ist es sehr wahrscheinlich, dass es eine weitere Fristverlängerung geben wird.

69 WTO (2013) Extension of the transition period under Article 66.1 for least developed country members. Decision of the Council for TRIPS of 1 June 2013. IP/C/64. 12. Juni www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/ta_docs_e/7_1_ipc64_e.pdf [Zugriff 2.8.2013]

70 Akello J (2013) LCD lobby for TRIPS extension. The Independent. Pressemitteilung, 25.2.2013. www.independent.co.ug/news/news/7509-lcds-lobby-for-trips-extension [Zugriff 2.8.2013]

Indien oder auch Thailand müssen nämlich bereits seit 2005 Arzneimittelpatente anerkennen, allerdings schließt das indische Patentrecht kleine Änderungen bestehender Produkte von der Patentierbarkeit aus. Daher sind dort etliche wichtige HIV-Medikamente patentfrei.

Unterdessen hat Ugandas Regierung Fakten geschaffen und einen vorzeitigen Patentschutz im nationalen Recht verankert. Am 6. Januar 2014 wurde die Industrial Property Bill rechtsgültig. Sie soll die staatliche Gesetzgebung schon jetzt an die Vorgaben der Welthandelsorganisation WTO anpassen. Arzneimittel sind darin allerdings bis 2016 von der Patentierbarkeit ausgeschlossen.⁷¹ Das neue Patentgesetz stellt das arme Land vor enorme Herausforderungen: Es muss nun eine Patentbehörde einrichten und sie mit gut ausgebildetem Personal und leistungsfähigen Computern ausstatten. Geschätzte 2.000 Fachleute werden benötigt, um Patente zu verwalten und Patentanträge zu bearbeiten. Gegenwärtig ist dafür die African Regional Intellectual Property Organization (ARIPO) mit Sitz in Harare (Zimbabwe) zuständig.⁷²

71 IP EnSight (2014) Uganda: Industrial Property Bill signed into law on January 06, 2014. Artikel vom 16.4.2014 www.ensafrica.com/news/Uganda-Industrial-Property-Bill-signed-into-law-on-January-06-2014?d=1394&STitle=IP%20EnSight [Zugriff 28.5.2014]

72 Informationen unter www.aripo.org/ [Zugriff 30.4.2014]

Es fehlt an Schmerz- und Diabetesmitteln

Interview mit Emanuel Higenyi, Joint Medical Store

Emanuel Higenyi ist Leiter der Abteilung Personalentwicklung beim Joint Medical Store. JMS wurde 1979 als

Gemeinschaftsunternehmen der katholischen und evangelischen Kirche in Uganda gegründet, um kirchliche Einrichtungen mit Arzneimitteln zu beliefern. Inzwischen beschafft, lagert und vertreibt das nicht-profitorientierte Unternehmen über 2.000 Produkte, darunter Arzneimittel, medizinisches Gebrauchsmaterial und Krankenhaus-Equipment. E. Higenyi ist verantwortlich für die Schulung des Personals in Gesundheitseinrichtungen und berät Kunden zu Fragen der Beschaffung, der Lagerung oder des Gebrauchs von Arzneimitteln.



Welche Einrichtungen beliefert JMS?

Längst nicht mehr nur kirchliche Gesundheitseinrichtungen. Wir versorgen auch private Einrichtungen, NGOs und außerdem einige private Abteilungen in staatlichen Krankenhäusern.

Kommt es vor, dass Medikamente nicht verfügbar sind?

Engpässe und Lieferschwierigkeiten gibt es gelegentlich. Gründe dafür sind unvorhersehbare Bestellmengen, Verstöße des Herstellers gegen Produktionsstandards, verzögerte Auslieferung, behördliche Anordnungen oder Richtungsänderungen in der [Gesundheits-] Politik. Gegenmaßnahmen unsererseits sind z.B. ständige Inventur, laufende Überprüfung unserer Warenbestände oder Pufferbestände.

Bei welchen Medikamenten sind Lieferschwierigkeiten aufgetreten?

Hauptsächlich bei Oxytocin¹ und bei Betäubungsmitteln.

¹ Das Hormon Oxitozin bewirkt eine Kontraktion der Gebärmuttermuskulatur und löst Wehen aus.

Aus welchen Ländern importiert JMS?

Wir importieren aus Kenia, Indien, China, UK, Pakistan, Südafrika oder Deutschland.

Gibt es Probleme beim Transport oder bei der Auslieferung von Arzneimitteln?

Ja, denn wenige Fahrzeuge erfüllen die Eignungskriterien. Es gibt nur wenige Transporter und die Beschaffenheit der Straßen ist schlecht.

Welche Medikamente werden am dringendsten benötigt und sind sie zugänglich?

Am meisten benötigen wir Betäubungsmittel zur Schmerz-Versorgung, aber auch Malaria-mittel, Krebsmittel, Antidiabetika und Antibiotika. Der Zugang zu diesen Arzneien ist in der Regel begrenzt durch systembedingte Faktoren und durch die jeweilige Versorgungsebene. Die Patienten haben vor allem begrenzten Zugang zu Medikamenten gegen Diabetes oder Bluthochdruck, besonders wenn eine individuelle Therapie nötig ist.

Wie gut kann der Arzneimittelmarkt die Bedürfnisse erfüllen?

Bis zu einem gewissen Grad ist der allgemeine Zugang [zu Arzneimitteln] behindert durch hohe Preise und ein niedriges pro-Kopf-Einkommen. Aber auch durch Nicht-Verfügbarkeit, ein begrenztes Vertriebsnetz, Substandard-Produkte oder Unterfinanzierung. Was wir brauchen ist eine bessere Finanzierung und ein optimaler Einsatz von Medikamenten.

Spielen Markenhersteller eine Rolle auf dem ugandischen Arzneimittelmarkt?

Ja, aber sie bedienen nur ein sehr kleines Bevölkerungssegment. Markenhersteller spielen eine Rolle bei Medikamenten, die noch unter Patentschutz stehen und die benötigt werden könnten.

Anti-Fälschungs-Gesetz bedroht Generika-Produktion

Gefährdet ist Ugandas Generikaproduktion auch durch die Anti-Counterfeit Bill. Dieses Anti-Fälschungs-Gesetz hatte die Europäische Union im Rahmen ihres Economic Partnership Agreement (EPA) von den ostafrikanischen VertragspartnerInnen gefordert und es finanziell unterstützt. Angeblich soll das Gesetz vor Produktfälschungen schützen, es bedeutet jedoch de facto einen vorgezogenen Patentschutz.⁷³ Denn es verbietet den Import und Export von Produkten, die zwar nicht im Ausfuhr- und Einfuhrland, wohl aber in einem dritten Land unter Patentschutz stehen. Nach der ursprünglichen Textfassung wären viele der in Indien oder Afrika produzierten Generika automatisch als Fälschungen deklariert worden. AktivistInnen kritisierten, die EU wolle nicht etwa bessere Sicherheitsstandards, sondern ihre Handelsinteressen durchsetzen.⁷⁴ Aufgrund öffentlicher Proteste von HEPS-Uganda, Health Action International (HAi) und anderen wurde der Gesetzestext geändert und schließt jetzt Arzneimittelpatente ausdrücklich aus. Trotzdem könnten Missverständnisse im Umgang mit der neuen Klausel entstehen, so Sangeeta Shashikant, eine Rechtsberaterin von Third World Network (TWN).⁷⁵

Denn der Begriff Fälschung (counterfeit) ist sehr unzureichend definiert, was voraussichtlich zu zahlreichen Klagen gegen lokale Pharmahersteller führen werde. Notwendig sei eine deutliche Unterscheidung patentrechtlicher Aspekte von Qualitätsmängeln und falsch deklarierten Inhaltsstoffen.

73 Wambi M (2010) HEALTH-UGANDA: EU Supports Law Threatening Access to Medicines. Pressemitteilung 15.3.2010. www.ipsnews.net/2010/03/health-uganda-eu-supports-law-threatening-access-to-medicines/ [Zugriff 5.8.2013]

74 Vermeulen N (2010) Uganda's Luziria Drug Factory: Quality generic ARVs versus patents and their promoters. www.consultancyafrica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=405:ugandas-luziria-drug-factory-quality-generic-arvs-versus-patents-and-their-promoters&catid=61:hiv-aids-discussion-papers&Itemid=268 [Zugriff 22.7.2013]

75 Wambi M (2010) UGANDA: New Version of Anti-Counterfeiting Bill Still Problematic. Pressemitteilung 6.5.2010. www.ipsnews.net/2010/05/uganda-new-version-of-anti-counterfeiting-bill-still-problematic/ [Zugriff 5.8.2013]

Überwachung klinischer Studien

Klinische Studien, die in Uganda durchgeführt werden, zielen fast ausschließlich auf die Behandlung von Aids und Tuberkulose.⁷⁶ Die meisten Forschungsprojekte gibt es in der Hauptstadt Kampala, wo mit der Makerere Universität und ihrem großen Lehrkrankenhaus recht gut ausgestattete Forschungseinrichtungen existieren. Der Ugandische Rat für Wissenschaft und Technologie formulierte 2007 umfassende Richtlinien für den Umgang mit TeilnehmerInnen von klinischen Studien.⁷⁷ Diese staatliche Einrichtung ist auf nationaler Ebene für Genehmigung und Kontrolle von Forschungsprojekten zuständig. Daneben sind auch in den Forschungseinrichtungen Kontrollgremien angesiedelt (Institutional Review Committees, IRCs), die vor Ort die Einhaltung ethischer Grundsätze gewährleisten sollen.

76 www.centerwatch.com/clinical-trials/listings/location/international/Uganda/ [Zugriff 7.10.2013]

77 Uganda National Council for Science and Technology (2007) National Guidelines for Research involving Humans as Research Participants. Kampala, Uganda

II Die untersuchten Firmen

Boehringer Ingelheim

„Werte schaffen durch Innovation“ lautet der Leitspruch der Firma Boehringer Ingelheim. Das seit 1885 bestehende deutsche Familienunternehmen mit Hauptsitz in Ingelheim am Rhein produziert Humanpharmazeutika und Präparate für die Tiergesundheit an sechs Standorten und 20 Produktionsstätten in 13 Ländern. Der Schwerpunkt des Unternehmens liegt auf Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Immunologie und Infektionserkrankungen.¹

2012 erzielte Boehringer Ingelheim einen Umsatzerlös von 14,7 Milliarden Euro. Rund ein Viertel davon werden in Asien, Australien und Afrika erwirtschaftet. Mit einem Zuwachs von 17,9% im Vergleich zum Vorjahr gewinnt diese Ländergruppe für das Unternehmen zunehmend an Bedeutung. Laut eigenen Angaben investierte die Firma 2012 fast 2,8 Milliarden Euro in die Erforschung und Entwicklung von neuen Medikamenten.²

In Uganda importiert Boehringer Ingelheim seine Medikamente über die ugandische Firma Surgipharm. Allerdings teilte uns Boehringer am 14.8.2012 in einer e-mail mit, dass sie planen, den Vertrieb ihrer Medikamente in Uganda einzustellen.

- 1 www.boehringer-ingelheim.de/unternehmensprofil/zahlen_fakten.html [Zugriff 15.4.14]
- 2 Boehringer Ingelheim (2012) Unternehmensmagazin 2012. www.boehringeringelheim.de/content/dam/internet/opu/de_DE/document/pdf/jahrespressekonferenz/jpk2013/BoehringerIngelheim_Unternehmensbericht_2012_gesamt.pdf [Zugriff 6.5.2013]

Bayer HealthCare

Science for a better life – Forschung für ein besseres Leben – lautet der Leitspruch der Bayer AG mit Sitz in Leverkusen. 2012 beschäftigte das Zweigunternehmen Bayer HealthCare 55.300 MitarbeiterInnen weltweit und erwirtschaftete rund 18,6 Milliarden Euro. Laut eigenen Angaben investierte Bayer HealthCare fast zwei Milliarden Euro in die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente.¹

Zu Bayers Bestsellern gehören die Medikamente Betaferon/Betaseron (zur Behandlung von Multipler Sklerose), Kogenate (zur Behandlung von Hämophilie) und die Antibabypillen-Reihe Yasmin, Yasminelle und YAZ.² Davon findet sich allein Yasmin auf dem ugandischen Markt. Von den untersuchten Firmen ist nur noch Bayer in Uganda aktiv.

Bayer HealthCare engagiert sich in Uganda vor allem im Bereich Familienplanung. Mit der amerikanischen Partnerorganisation USAID betreibt Bayer seit 2011 die „Contraceptive Security Initiative“. Im Rahmen dieser öffentlich-privaten Partnerschaft wird Bayers Verhütungspille Microgynon in ugandischen Apotheken zu einem reduzierten Preis vertrieben. Paare aus der Mittelschicht sollen dadurch Zugang zu einem „erschwinglichen Qualitätsprodukt“ erhalten.³ Auch ihr Verhütungsimplantat Jadelle bietet die Firma in Uganda im Rahmen einer öffentlich-privaten Partnerschaft an (Jadelle Access Program).

- 1 www.bayer.com/en/HealthCare-Profile.aspx [Zugriff 7.5.2013]
- 2 healthcare.bayer.de/scripts/pages/de/unternehmen/produkte/index.php [Zugriff 7.5.2013]
- 3 www.bayerpharma.com/en/press/focus-on/contraceptive-security-initiative.php [Zugriff 7.5.2013]

Baxter

Die Firma Baxter erforscht, entwickelt und vermarktet vor allem biotechnologisch hergestellte und aus Blutplasma gewonnene Arzneimittel und Impfstoffe. Im Portfolio finden sich insbesondere Medikamente zur Behandlung von Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie), Immunerkrankungen, Infektionskrankheiten, Krebs und Nierenerkrankungen, aber auch Produkte zur künstlichen Ernährung und Infusionssysteme. Baxter beschäftigt 50.800 MitarbeiterInnen in 27 verschiedenen Ländern. 2012 betrug der Umsatzerlös der Firma 14,2 Milliarden US-Dollar. Laut eigenen Angaben investierte Baxter im selben Jahr 1,2 Milliarden US-Dollar in die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente.¹

- 1 www.baxter.de/ueber_baxter/baxter_international.html [Zugriff 6.5.2013]

Die Firma vertreibt ihre Produkte in 100 Ländern weltweit. Umsatzstärkstes Arzneimittel ist der Blutersatzstoff Advate® zur Behandlung der Hämophilie. In Uganda steht dieses Mittel zwar auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel. Das teure Präparat wird dort jedoch nicht angeboten, es gibt auch keine generische Alternative, um die Krankheit zu behandeln. Hämophilie-PatientInnen haben also nur die Wahl, sich in einem Nachbarland behandeln zu lassen oder auf den Tod zu warten. Auch andere Baxter-Produkte sind auf dem ugandischen Markt nicht zu finden.



Foto: Wikimedia

III Die Studienmethodik

Diese Studie untersucht Arzneimittelangebot, Preispolitik und Marketing von Boehringer Ingelheim und Bayer HealthCare in Uganda. Damit ergänzen wir ein 2010/2011 bereits in Indien und 2011/2012 in Brasilien durchgeführtes Forschungsprojekt zu denselben Firmen. In Indien und Brasilien wurde auch die Firma Baxter untersucht. Weil sich diese Firma jedoch komplett vom ugandischen Markt zurückgezogen hat, kommt sie in dieser Studie nur am Rande vor. Alle drei Firmen wurden im Vorfeld über die Studie informiert und während der Datenerhebung regelmäßig um Antwort zu spezifischen Fragestellungen gebeten.

Unsere Datenerhebung verwendete die gleiche Methodik wie die Vorgängerstudien und gewährleistet so eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse.¹ Im Fokus standen die beiden Distrikte Hoima und Kampala, Die Stadt Hoima hat rund 40.000 Einwohner und liegt im Westen Ugandas. Sie ist auch Hauptstadt des gleichnamigen Distrikts. Die Metropole Kampala ist Landeshauptstadt und hat 1,35 Millionen EinwohnerInnen. Kampala ist zugleich einer der 80 Distrikte Ugandas. Während die Region Kampala mit zahlreichen Gesundheitseinrichtungen eindeutig einen Sonderstatus einnimmt, ist Hoima mit seiner Infrastruktur ähnlich aufgestellt wie andere Distrikte Ugandas.

Sämtliche Daten wurden 2013 von Denis Kibira von der Organisation HEPS Uganda (Coalition for Health Promotion and Social Development)

erhoben.² Die Organisation ist gleichberechtigter Projekt-Partner und war in die Entwicklung des Studiendesigns ebenso einbezogen wie in die abschließende Bewertung der Ergebnisse. Unser Studienvorhaben wurde dem Gesundheitsministerium Ugandas vorgelegt und genehmigt.

Weil zahlreiche ugandische Gesundheitseinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft sind oder von karitativen Organisationen geführt werden, wurde der nicht-kommerzielle Sektor besonders berücksichtigt. Die ethische Bewertung der Geschäftspraktiken erfolgte auf Grundlage der Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen, der Helsinki-Erklärung des Weltärztebundes sowie firmeneigenen Corporate Social Responsibility Codizes.

Warum Uganda?

Uganda zählt als besonders armes Land zu den Least developed Countries (LDCs). Es existiert dort nur eine sehr kleine Ober- und Mittelschicht, die vor allem in der Hauptstadt Kampala lebt. Aber auch aufgrund seiner schlechten Infrastruktur ist das arme Land für internationale Pharmafirmen noch weitgehend uninteressant. Das könnte sich aber in Zukunft ändern, denn Uganda hat ein hohes Bevölkerungs- und konstantes Wirtschaftswachstum.³ Europäische Wirtschaftsunternehmen zeigen ein massives Interesse an der Durchsetzung strengerer

¹ Fischer C et al (2011) Um jeden Preis? Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Indien. Pharma-Brief Spezial 1/2011; Fischer C, Jenkes C (2012) Auf Kosten der Armen. Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Brasilien. Pharma-Brief Spezial 3/2012

² <http://www.heps.or.ug/> [Zugriff 10.2.2014]

³ Information des Auswärtigen Amtes: www.kampala.diplo.de/Vertretung/kampala/de/05_20Wirtschaft/04_20Wirtschaftsinformationen_20Uganda/Wirtschaftsinformationen_20_C3_BCber_20Uganda.html [Zugriff 12.03.2014]



In Uganda existiert nur eine sehr kleine Mittel- und Oberschicht. Die meisten Menschen sind arm.

Foto: Neil Palmer / Wikimedia

Gesetze zum Schutz geistigen Eigentums in Ostafrika. Zugleich gibt es Bestrebungen staatlicher Akteure die lokale Produktion in Ostafrika zu stärken – etwa durch Projektförderungen der deutschen GIZ.

Diese Untersuchung will prüfen, welche Folgen der Globalisierungsprozess für ugandische PatientInnen hat. Wie wirken sich Werbestrategien, Forschungsanstrengungen und Geschäftspolitik internationaler Pharmafirmen auf die Verfügbarkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln in diesem besonders armen Land aus? Welche Rolle spielen Patentpolitik und Produktpalette der Hersteller für die öffentliche Gesundheit?

Quantitative Methoden

Unsere Untersuchung verwendete quantitative und qualitative Methoden, um die Validität und Reliabilität der Ergebnisse zu erhöhen. Die quantitativen Erhebungen und Literaturrecherchen liefern Zahlen und Fakten zu den verfügbaren Markenmedikamenten, zum Anteil unentbehrlicher, rationaler und irrationaler Arzneimittel im Firmensortiment, zum Preis und der Verfügbarkeit der angebotenen Medikamente, sowie zu klinischen Studien der genannten Hersteller.

Die Daten wurden vorrangig direkt in Uganda erhoben und mit Firmenangaben sowie

Informationen aus der Literaturrecherche abgeglichen – etwa mit der Human List der NDA (National Drug Authority, Uganda).⁴ In einem zweiten Schritt wurden Preis und Verfügbarkeit der Arzneimittel im öffentlichen, privaten und NGO-Sektor sowie in privaten Apotheken (drug stores) untersucht.

Qualitative Methoden

Semistrukturierte Interviews wurden als qualitative Methode genutzt. Sie sollen einerseits Auskunft geben über die persönlichen Konsequenzen, die sich aus dem Geschäftsverhalten der Firmen für ÄrztInnen, PharmazeutInnen und PatientInnen ergeben. Andererseits wollten wir wissen, wie diese Personen den Zugang und die Verfügbarkeit von Medikamenten in Uganda einschätzen und welches Krankheitsspektrum in dem armen Land vorliegt. Die Interviews bieten ein tieferes Verständnis der Materie jenseits von Zahlen und Fakten. Ein offener Fragebogen diente als Gesprächsleitfaden. Die Interviews wurden in englischer Sprache geführt und auf Audio-Datenträgern gespeichert.⁵ Direkt nach dem Interview wurde jeweils ein Gedächtnisprotokoll erstellt, um relevante Informatio-

⁴ National Drug Authority (2013) Human List 2013. Das Dokument, welches zur Datenerhebung verwendet wurde, liegt der BUKO Pharma-Kampagne vor. www.nda.or.ug/ [Zugriff 10.2.2013]

⁵ Die Audiodateien liegen HEPS Uganda vor.



Gesunde Ware. Ein Farmer verkauft seine Ernte auf dem Bohnenmarkt in Kampala.

Foto: Neil Palmer / Wikimedia

nen in kondensierter Form festzuhalten.

Befragt wurden 12 ÄrztInnen, 12 ApothekerInnen und 8 PatientInnen, sowie ein Vertreter des Gesundheitsministeriums. Allen InterviewpartnerInnen wurde strikte Vertraulichkeit zugesichert. Sechs ÄrztInnen stammten aus Hoima, die anderen aus Kampala. Die eine Hälfte der ÄrztInnen arbeitete in Städten, die andere in ländlichen Regionen. Öffentlicher, privater und NGO-Sektor waren als Arbeitsfelder gleichmäßig vertreten.

Die PatientInnen wurden zu Hause befragt, weil die Wohnverhältnisse auch über die wirtschaftliche Situation der Betroffenen Auskunft geben. Es wurden zur Hälfte arme Menschen ausgewählt, davon zwei aus Städten und zwei aus einer ländlichen Region. PatientInnen galten als arm, wenn sie von Eigenbedarfslandwirtschaft lebten und kein formales Einkommen hatten. Denn die Lebenssituation dieser Menschen ist häufig prekär. Sie können im Krankheitsfall z.B. keine Medikamente oder Gesundheitsdienstleistungen bar bezahlen.

Die befragten ApothekerInnen stammten zur einen Hälfte aus Hoima, zur anderen aus Kampala. Sechs Interviews wurde in Krankenhausapotheken (öffentlich, privat, NGO) und sechs weitere in privaten Apotheken (drug shops) geführt. Die Hälfte der befragten Pharma-

zeitinnen arbeitete in Städten, die andere Hälfte in ländlichen Regionen. Ein mit der Importfirma Surgipharm geplantes Interview fand nicht statt. Uns wurde lediglich mitgeteilt, das Gespräch sei von einer der untersuchten Firmen wegen möglicher Geheimhaltungsbrüche untersagt worden.

Die Datenerhebung

Zunächst wurden sämtliche Marken-Arzneimittel identifiziert, die Boehringer Ingelheim und Bayer in Uganda anbieten. Diese Medikamente wurden mit der ugandischen Liste unentbehrlicher Arzneimittel abgeglichen. Außerdem untersuchten wir, ob Bayer, Baxter oder Boehringer Ingelheim in Uganda Arzneimittelstudien durchführen bzw. zum Zeitpunkt der Datenerhebung durchgeführt haben. Sämtliches Datenmaterial zur Studie, Audiodateien, Gedächtnisprotokolle, Interview-Leitfaden oder Firmen-Fragebögen können bei der BUKO Pharma-Kampagne oder HEPS Uganda eingesehen werden.⁶ Im Folgenden benennen wir wichtige Quellen, die genutzt wurden, um Antworten auf die Fragestellungen der Untersuchung zu finden.

⁶ Unter Wahrung des Schutzes personenbezogener Daten.



Arme Bevölkerungen sind auf kostengünstige Therapien angewiesen.

Foto: Tine Frank / Wikimedia

Welche Medikamente sind auf dem Markt?

In Uganda existiert mit der Human List⁷ ein Standardwerk, das – ähnlich wie die Rote Liste in Deutschland – sämtliche im Land verfügbaren Medikamente auflistet. So konnten die Firmensortimente leicht identifiziert und dann durch Firmenanfragen, Recherchen in ugandischen Apotheken und Krankenhäusern noch einmal überprüft und bestätigt werden.

Folgende Informationen wurden erfasst:

- Name des Herstellers
- Dosierung, Anwendungsform, Packungsgröße, generischer Name, Markenname
- Ist das Arzneimittel unentbehrlich?
- Ist es rational oder irrational?
- Preis in UGX
- Verfügbarkeit über das staatliche Gesundheitssystem in Hoima und Kampala.

Entbehrlich oder unentbehrlich?

Unentbehrliche Arzneimittel wurden mithilfe der Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel der WHO von 2013 identifiziert.⁸ Diese Liste enthält über 350 Wirkstoffe, die für die Gesund-

heitsversorgung essentiell sind. Die dort aufgeführten Arzneimittel sind unverzichtbar, um weltweit vorherrschende Erkrankungen zu heilen oder zumindest sinnvoll therapieren zu können.⁹ Weil Uganda über eine gute nationale Liste unentbehrlicher Arzneimittel verfügt¹⁰ wurde diese Liste berücksichtigt. Als unentbehrlich (u) wurde ein Arzneimittel eingestuft, das auf einer der beiden Listen oder sogar auf beiden zu finden ist.

Wie gut ist das Firmensortiment?

Auch Medikamente, die entbehrlich sind, können durchaus sicher, unbedenklich und von medizinischem Nutzen sein. Um das jeweilige Firmensortiment in seiner Qualität, das heißt hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit sowie des medizinischen Nutzens beurteilen zu können, wurde jedes Arzneimittel von zwei Pharmazeuten und einer Pharmazeutin bewertet. Alle Medikamente wurden dabei einem einheitlichen Bewertungsverfahren unterzogen. Arzneimittel, die nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand wirksam und unbedenklich sind und dabei mindestens ebenso gut wirken wie die Standardtherapie, gelten als rational (r).

7 National Drug Authority (2013) Human List 2013. Das Dokument, welches zur Datenerhebung verwendet wurde, liegt der BUKO Pharma-Kampagne vor. www.nda.or.ug [Zugriff 10.2.2013]

8 WHO (2013) 18th WHO Model Lists of Essential Medicines. Geneva www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf [Zugriff 11.2.2014]

9 Informationen der WHO zur Essential Medicines List (2010) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/en/index.html [Zugriff 14.2.2014]

10 Ministry of Health Uganda (2012) Essential Medicines and Health Supplies List for Uganda (EMHSLU). Republic of Uganda

Alle anderen wurden als irrational (i) eingestuft. Unsere Bewertung wendet die wissenschaftlichen Kriterien für eine rationale Arzneimitteltherapie an, die auf klinischer Evidenz beruhen. Im Bewertungsprozess wurden die Medikamente in zwei Haupt- und mehrere Untergruppen eingeteilt. Die beiden Hauptgruppen scheiden positive (r - rationale) von negativen (i - irrationale) Arzneimitteln. Die jeweiligen Untergruppen geben den wichtigsten Grund für die Einordnung an (siehe Abbildung S. 24).

Wir haben uns bemüht, jede Entscheidung auf Basis der anerkannten internationalen Fachliteratur zu treffen, die verlässliche Informationen über den aktuellen Stand der internationalen wissenschaftlichen Diskussion wiedergibt. Wir sind uns bewusst, dass sowohl objektive Fakten als auch subjektive Werte in die Beurteilung eingehen. Dennoch kann mit den klar definierten Auswertungskriterien der Studie ein guter Einblick in die Qualität der untersuchten Medikamente gewonnen werden.

Den Beurteilungsprozess dokumentiert das „Entscheidungsdiagramm“ auf der folgenden Seite.

Preis und Verfügbarkeit

Zur Ermittlung von Preisen und Verfügbarkeit wurde die bewährte WHO/HAI-Methodologie¹¹ genutzt. Alle auf dem ugandischen Markt verfügbaren Medikamente (66 Dosierungs- und Formulierungsformen) von Bayer und Boehringer Ingelheim wurden in Hoima und Kampala in jeweils fünf Krankenhausapotheken des staatlichen, privaten und NGO Sektors untersucht (insgesamt 30 Einrichtungen). Die Arzneimittelpreise wurden in UGX (Ugandischer Schilling) erfasst und jeweils mit dem Durchschnittsgehalt in Uganda verglichen.

Weil es in Uganda keinerlei staatliche Preisregulierung bei Arzneimitteln gibt, die Preise demnach sehr stark differieren, haben wir uns entschieden, zusätzlich private Apotheken in unsere Untersuchung einzubeziehen. Dazu wurden je fünf private Apotheken in Hoima und Kampala ausgewählt. Auf diese Weise konnten nicht nur die beachtlichen Preisunterschiede besser ermittelt werden, sondern auch die Verfügbarkeit diverser Arzneimittel im privaten Sektor.

11 WHO/HAI (2008) Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. www.haiweb.org/medicineprices/manual/documents.html [Zugriff 11.2.2014]

Patente und Forschungsprojekte

Alle Patente werden von der African Regional Industrial Property Organisation (ARIPO)¹² in Harare Simbabwe ausgestellt. Zugrunde liegendes Gesetz ist der Industrial Property Act in Uganda¹³, welcher im August 2013 vom Uganda Registration Services Bureau unter der Regie des Justizministeriums verabschiedet wurde. Wir untersuchten durch APIRO und durch Firmenanfragen, welche Medikamente der untersuchten Firmen patentgeschützt sind.

Das Uganda National Council for Science and Technology¹⁴ genehmigt und registriert in Uganda alle Forschungsprojekte. Hier haben wir nach Arzneimittelstudien der untersuchten Firmen recherchiert. Genutzt wurden außerdem öffentlich zugängliche Datenbanken der WHO¹⁵ und der nationalen US-Gesundheitsbehörde NIH.¹⁶ Außerdem wurden Forschungsaktivitäten der Firmen durch Korrespondenz, Firmenwebsites und Schriftwechsel mit dem ugandischen Gesundheitsministerium ermittelt.

Bewertung des Geschäftsverhaltens

Das Marketingverhalten von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim wurde in drei Teilbereichen erfasst:

Werbung: Gezielte Recherchen nach konkreten Beispielen von Produktwerbung gab es in privaten Apotheken und bei ÄrztInnen. Informationsquellen waren außerdem Informationsmaterialien und Websites der Firmen sowie Presseartikel und Interviews mit Firmen, ÄrztInnen und einem Vertreter des Gesundheitsministeriums.

Partnerschaften: Auch sogenannte Partnerschaftsprojekte der Firmen (z. B. mit der ugandischen Regierung oder ugandischen PatientInnengruppen), Spenden- und Gesundheitsprogramme wurden untersucht. Als Datenquellen dienten Korrespondenz und Interviews mit Firmen, ÄrztInnen und staatlichen Stellen,

12 aripo.org/ [Zugriff 14.2.2014]

13 The Republic of Uganda (2013) Industrial Property Act

14 www.uncst.go.ug/projects.html [Zugriff 12.2.2014]

15 WHO (2012) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) apps.who.int/trialsearch/Default.aspx und www.who.int/ictrp/en/ [Zugriff 12.2.2014]

16 US National Institutes of Health (2012) ClinicalTrials.gov. www.clinicaltrials.gov [Zugriff 12.2.2014]

die für solche Programme zuständig sind, außerdem Firmenwebsites und Literaturrecherchen.

Disease Awareness und Sponsoring: Wichtige Marketing-Strategien wie sogenannte Disease Awareness-Kampagnen (die die Bevölkerung über bestimmte Erkrankungen aufklären

sollen) oder das Sponsoring von öffentlichen Veranstaltungen und PatientInnengruppen wurden ebenfalls unter die Lupe genommen. Als Datenquellen standen uns die in Uganda durchgeführten Interviews mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen zur Verfügung sowie Firmen-Websites und -Korrespondenz.

Die Einteilung der Arzneimittel nach Bewertungsgründen

Positiv	→ Mittel der ersten Wahl	→ Arzneimittel mit nachgewiesener Wirksamkeit und einem angemessenen Nutzen-Risiko-Verhältnis, die die beste Behandlung für die meisten PatientInnen in einem bestimmten Anwendungsgebiet darstellen.
	→ Mittel der ferneren Wahl	→ Produkte für eine geringere Anzahl PatientInnen, die nicht von einem Medikament erster Wahl profitieren. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis ist häufig ungünstiger als beim Mittel der ersten Wahl.
	→ Medikamente für SpezialistInnen	→ Mittel, für deren Anwendung es besonderer Voraussetzungen bedarf, z. B. einer speziellen Diagnostik, Geräten oder besonderer therapeutischer Erfahrung. Werden sie unkontrolliert angewendet, bergen sie ein hohes potenzielles Risiko (z. B. Krebsmittel).
Negativ	→ irrationale Kombination	→ Kombinationen verschiedener Wirkstoffe sind prinzipiell problematisch, da sowohl die Wechselwirkung der einzelnen Stoffe miteinander als auch erwünschte und unerwünschte Wirkungen nicht kalkulierbar sind. Unterschiedliche Substanzen haben zudem ein unterschiedliches Profil bezüglich Bioverfügbarkeit und Pharmakokinetik: Häufig wird eine Substanz schneller resorbiert oder abgebaut als eine andere. Zudem kann die Dosis eines einzelnen Inhaltsstoffes nicht individuell angepasst werden, ohne die Dosis aller anderen Substanzen ebenfalls zu verändern. Nicht nur die erwünschten Wirkungen der Arzneistoffe werden kombiniert, sondern auch ihre Nebenwirkungen und Risiken. Kombinationspräparate werden als irrational gewertet, wenn sie mehr als drei Wirkstoffe enthalten, wenn sie einen unwirksamen oder falsch dosierten Wirkstoff enthalten oder wenn Wirkstoffe ein sich gegenseitig ausschließendes Wirkungsprofil haben.
	→ unwirksame Mittel	→ In diese Kategorie fallen Arzneimittel, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden konnte, obwohl mehrere Studien durchgeführt wurden.
	→ umstrittene Wirksamkeit	→ Dies sind Arzneimittel, zu deren Wirksamkeit widersprüchliche Angaben gemacht werden. Solange es keine eindeutigen Daten gibt, sollten diese Mittel nicht verwendet, sondern durch ein bewährtes Medikament ersetzt werden.
	→ ungenügende Erprobung	→ Diese Arzneimittel sind unzureichend erprobt und sollten durch besser getestete Mittel ersetzt werden.
	→ risikoärmere Alternative erhältlich	→ Diese Medikamente sind zwar wirksam, haben jedoch ein höheres Risiko als andere und damit ein schlechteres Nutzen-Risiko-Verhältnis als Alternativprodukte.
	→ wirksamere Alternative erhältlich	→ Es ist ungerechtfertigt, Mittel einzusetzen, die weniger wirksam sind als Alternativprodukte. PatientInnen haben das Recht, die wirksamste Medizin zu erhalten.
	→ falsche Wirkstoffmenge	→ Diese Medikamente enthalten wirksame Substanzen in zu großer oder zu kleiner Menge. Sie sollten daher nicht verwendet werden.
	→ falsche Darreichungsform	→ Arzneistoffe müssen in geeigneter Darreichungsform angewandt werden, um wirksam und ungefährlich zu sein. Es gibt Substanzen, die als Injektion gefährlicher sind als in Tablettenform. Muss ein Mittel z. B. unregelmäßig über den Tag verteilt eingenommen werden, dann ist eine Retardkapsel eine ungeeignete Darreichungsform.

IV Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Während Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim in aufstrebenden Schwellenländern wie Indien¹ oder Brasilien² eine Fülle von Produkten anbieten und ihre Aktivitäten dort noch ausbauen wollen, zeigen die Markenhersteller für den ugandischen Arzneimittelmarkt kaum Interesse. Die Firmen haben diesen Markt mehr oder weniger aufgegeben. Zugleich verfügt Uganda über keine nennenswerte lokale Arzneimittelproduktion und muss seinen Bedarf hauptsächlich über Importe decken. Für den Großteil der Bevölkerung, der auf das staatliche Gesundheitssystem angewiesen ist, ist die Versorgungssituation prekär.

1. Was bieten die Firmen an?

Baxter will den Markt nicht versorgen

Baxter bietet keine Medikamente in Uganda an, weil es dort für die überwiegend hochpreisigen Produkte der Firma keine Nachfrage gibt. Selbst das von Baxter hergestellte Blutersatzmittel Albumin wird nicht mehr verkauft. Albumin steht aber nach wie vor auf der ugandischen Liste unentbehrlicher Medikamente.³ Eine Behandlungsalternative existiert nicht. Gleiches gilt für die Baxter-Arzneien zur Behandlung von Hämophilie, einer seltenen Blutgerinnungsstörung. PatientInnen, die diese Medikamente benötigen, müssen ins Ausland reisen, um behandelt zu werden oder die Medikamente als Spezialimporte mit Sondergenehmigung anfordern. Für arme Menschen ist das eine unüberwindbare Hürde. An der mangelhaften Versorgungssituation Hämophilie-Kranker wird sich auch in absehbarer Zeit nichts ändern. So schrieb die Firma Baxter in einer e-mail an die Pharma-Kampagne: „Ersten(s) haben wir weder solch große Produktionskapazitäten, noch ist dies oftmals praktisch machbar, weil zum Beispiel die Infrastruktur fehlt. Und natürlich könnten wir

es uns auch finanziell nicht leisten, vielen Ländern zu helfen, wenn kein nachhaltiger Markt da ist, da die Herstellungskosten gerade für Gerinnungsfaktoren (ob Plasma oder rekombinant hergestellt) sehr hoch sind.“⁴

Auch Boehringer Ingelheim zieht sich zurück

Boehringer Ingelheim hat bei der ugandischen Arzneimittelbehörde, der National Drug Authority (NDA)⁵, 20 Medikamente registriert.⁶ Davon haben wir acht als irrational klassifiziert, darunter den Hustensaft Mucosolvan® (Ambroxol Hydrochlorid), dessen Wirksamkeit nur unzureichend belegt ist⁷ oder auch den Blutdrucksenker Micardis® (Telmisartan), der zwar den Blutdruck senkt, nicht aber das Risiko eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls mindert.⁸

Alle Produkte von Boehringer Ingelheim werden in Uganda von der Firma Surgipharm Uganda Limited importiert und vertrieben. Allerdings nicht mehr lange. Auf Nachfrage teilte uns die Geschäftsführung des deutschen Familienunternehmens mit: „Die erwähnten Produkte sind nur noch im Bestand auf dem ugandischen Markt. Boehringer Ingelheim hat keine Registrierung in Uganda erneuert, weil keines der Produkte benötigt wurde, da generische Alternativen vorhanden sind.“⁹ Letzteres stimmt nur bedingt, denn lediglich drei der zehn rationalen Boehringer-Medikamente sind auch von anderen Firmen zu haben. Zum einen das unentbehrliche Aidsmedikament Nevirapin, das Boehringer unter dem Markennamen Viramune® in Tablettenform und als Kindersaft anbietet. Zum anderen Meloxicam (Mobic®) zur Behandlung von Entzündungen und Schmerzen in Gelenken und Muskeln. Alle anderen sinnvollen Therapien, die Boehringer Ingelheim derzeit noch in Uganda anbietet, existieren ausschließlich als Markenpräparate. Weder das unentbehrliche Asthmaspray Atrovent N® (Ipratropiumbromid), noch das Asthmamittel Combivent® (Salbut-

1 Fischer C, Jenkes C (2011), Um jeden Preis? Pharma-Brief Spezial; 1/2011
2 Fischer C, Jenkes C (2012), Auf Kosten der Armen? Pharma-Brief Spezial; 3/2012
3 Ministry of Health (2012) Essential Medicines and Health Supplies List for Uganda (EMHSLU). Republic of Uganda

4 E-mail an die Pharma-Kampagne vom 17.6.2013

5 www.nda.or.ug/ [Zugriff am 3.12.2013]

6 Die Human List 2013 der NDA (National Drug Authority) Uganda liegt der BUKO Pharma-Kampagne vor.

7 arznei-telegramm (2014) Arzneimitteldatenbank. Eintrag zu Ambroxol-HCl [Zugriff am 31.3.2014]

8 arznei-telegramm (2014) Arzneimitteldatenbank. Eintrag zu Telmisartan [Zugriff am 31.3.2014]

9 E-mail an die BUKO Pharma-Kampagne vom 14.8.2013



amol + Ipratropium) gibt es als Generika. Auch den Inhalator Spiriva® (Tiotropiumbromid), der bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung zum Einsatz kommt, oder das Parkinson-Mittel Pexola (Pramipexol Dihydrochlorid) gibt es nur als Markenprodukt. Zur Behandlung von Parkinson steht auch kein gleichwertiger Wirkstoff wie Levodopa zur Verfügung. Der Public Health-Experte Denis Kibira von unserer Partnerorganisation HEPS schreibt daher: „Der Marktrückzug von Boehringer Ingelheim wird Zugangsschwierigkeiten bei der Parkinsonbehandlung mit sich bringen. Allerdings ist das Medikament wegen seines Preises schon jetzt für viele unerreichbar.“¹⁰

Ähnliches dürfte für den teuren Spiriva-Inhalator gelten. Für besonders problematisch halten wir jedoch den Marktrückzug der Asthmamittel von Boehringer Ingelheim.¹¹ Zwar existieren in Uganda sinnvolle Behandlungsalternativen – etwa Duolin® (Ipratropiumbromid + Salbutamol) von der indischen Firma Cipla. Doch Asthmatherapien, insbesondere Inhalatoren, sind in ugandischen Gesundheitseinrichtungen häufig Mangelware und die Mehrheit der PatientInnen wird falsch behandelt.¹² Vor diesem Hintergrund ist es äußerst problematisch, dass sich die Anzahl der zur Verfügung stehenden Therapien noch weiter verringern wird.

Boehringer Ingelheim bekräftigte zwar, dass dringend benötigte Produkte im Einzelfall weiterhin über Surgipharm importiert werden könnten. Die wenigsten PatientInnen werden allerdings in der Lage sein, davon Gebrauch zu machen.

¹⁰ E-mail an die Pharma-Kampagne vom 19.5.2014

¹¹ Atrovent® und Atrovent N® (Ipratropiumbromid), Duovent® (Ipratropiumbromid, Fenoterolhydrobromid), Combivent® (Salbutamol, Ipratropium)

¹² JB Kirenga, M Okot-Nwang, Makerere Medical School (2012) The proportion of asthma and patterns of asthma medications prescriptions among adult patients in the chest, accident and emergency units of a tertiary health care facility in Uganda. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462518/ [Zugriff 21.5.14]

Bayers Arzneimittelsortiment in Uganda

Von den untersuchten Firmen wird nur Bayer weiterhin nach Uganda liefern. Import und Vertrieb erfolgen ebenfalls größtenteils über Surgipharm, einige Verhütungsmittel werden allerdings auch über Hilfsorganisationen eingeführt.¹³ Bei der NDA (National Drug Authority) sind 49 Bayer-Medikamente registriert, von denen wir 21 als irrational bewerteten. 13 Produkte wurden als unentbehrlich eingestuft. Davon sind auf dem ugandischen Markt nur die Verhütungsspritze Noristerat® (Norethisteronenantat) und das Kontrazeptivum Microgynon Fe® (Ethinylestradiol, Levonorgestrel, Eisen) nicht generisch verfügbar. Alle anderen unentbehrlichen Bayer-Präparate werden von Generikafirmen angeboten, etwa der Blutdrucksenker Adalat Retard® (Nifedipin) oder Biltricid® (Praziquantel) zur Behandlung der Wurmkrankheit Bilharziose. Andere wichtige rationale Bayer-Medikamente wie das Röntgenkontrastmittel Ultravist (Iopromid) oder das Arzneimittel Avelon® (Moxifloxacin) zur Behandlung multiresistenter Tuberkulose sind dagegen nur als sehr teure Originalprodukte von Bayer zu haben.

Potenz- und Aufbaumittel

Nur einen sehr kleinen rationalen Anwendungsbereich hat das teure Levitra® (Vardenafil).¹⁴ In Deutschland wird es als „Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität“ (Lifestyle-Arzneimit-

¹³ Die US-staatliche Entwicklungshilfeorganisation USAID und der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) verteilen z.B. kostenlos die Verhütungspille Microgynon ED Fe®. Die spezielle „Blue Lady-Packung“, die drei statt nur einen Blisterstreifen enthält, unterscheidet sich von der regulären Microgynon Fe®-Packung mit nur einem Blisterstreifen. Letztere wird im Rahmen der Contraceptive Security Initiative in privaten Apotheken zum reduzierten Preis von ca. 1 US\$ verkauft.

¹⁴ arznei-telegramm (2003) PHOSPHODIESTERASE-HEMMER NR. 3: VARDENAFIL (LEVITRA). a-t; 34, S. 35 www.arznei-telegramm.de/html/2003_04/0304035_01.html



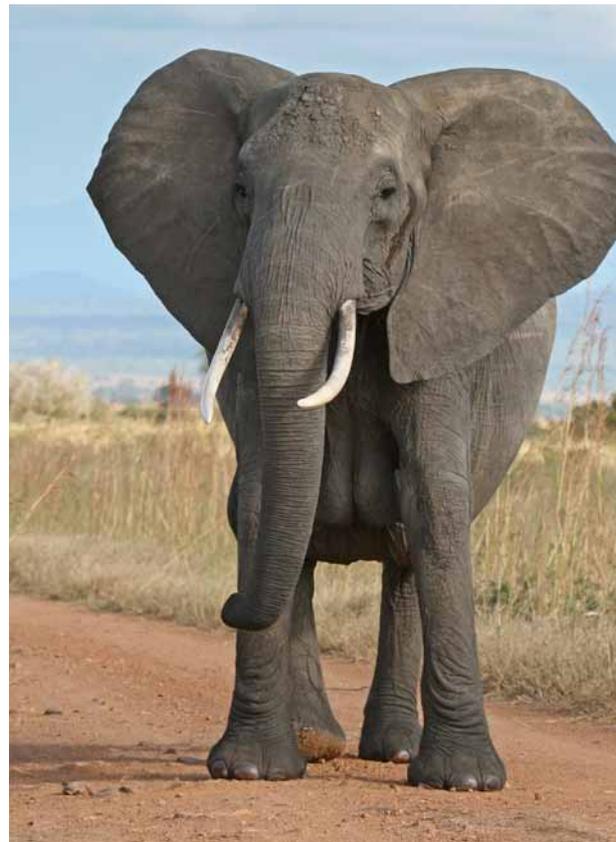
Nur der Leverkusener Hersteller Bayer wird weiterhin nach Uganda liefern.

Foto: Wikimedia

tel) eingestuft und als Potenzmittel nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Die Fachzeitschrift *arznei-telegramm* beurteilt Vardenafil im Vergleich zur Vorgängersubstanz, dem chemisch eng verwandten Sildenafil (Viagra®), als Pseudoinnovation mit einem für diese Wirkstoffgruppe typischen Gefährdungspotenzial. Von den Nebenwirkungen seien etwa 60% der Anwender betroffen. Häufig seien Kopfschmerzen oder Magen-Darm Beschwerden. Gelegentlich komme es zu Sehstörungen, niedrigem Blutdruck und Ohnmachtsanfällen. Mindestens fünf Todesfälle – meist durch Herzinfarkt – seien dokumentiert.¹⁵

Zweifelhaft ist auch der Nutzen von Mesterolon-Injektionen (Proviron®) zur Behandlung von Blutbildungsstörungen und Leistungsminde- rung bei Männern. Die Behandlung mit dem Sexualhormon Mesterolon gilt in Deutschland als überholtes Therapieprinzip. Der Nutzen des Medikaments ist nicht erwiesen und schon seit 2003 wird es in Deutschland nicht mehr verkauft. Mesterolon wurde von Schering in den 1960er Jahren unter anderem als „vigorisierender Wirkstoffkomplex für den Mann“ in Kombination mit Vitamin E, Yohimbin und Strychnin in den Handel gebracht.¹⁶ Mit Übernahme des Unternehmens Schering hat Bayer diesen irrationalen Wirkstoff in sein Sortiment übernommen.

Ein weiteres teures und irrationales Bayer-Medikament ist Nimitop® (Nimodipin). Es soll hirnorganisch bedingten Leistungsstörungen im Alter entgegenwirken und bei akutem Schlaganfall die Sterblichkeit senken bzw. Folgeschäden mindern. Allerdings stellen kritische ExpertInnen den Nutzen des Arzneimittels schon seit den



Er kommt ohne Potenzmittel aus.

Foto: Muhammad M. Karim/Wikimedia

1990er Jahren in Frage.¹⁷ Das *arznei-telegramm* kann keine günstige Wirkung erkennen: Die intravenöse Injektion in den ersten zwölf Stunden nach einem Schlaganfall verschlechterte sogar den Krankheitsverlauf und mehr PatientInnen würden pflegebedürftig. Grund dafür könne der blutdrucksenkende Effekt des Arzneimittels sein.¹⁸ Das irrationale und teure Nimitop® dürfte in Uganda ausschließlich bei wohlhabenden PatientInnen Verwendung finden.

¹⁵ *arznei-telegramm* (2003) Phosphodiesterase-Hemmer Nr. 3: Vardenafil (Levitra) (LEVITRA) a-t 2003; 34 S. 35

¹⁶ *arznei-telegramm* (2010) Arzneimitteldatenbank. Eintrag zu Mesterolon. [Zugriff: 17.3.2014]

¹⁷ *arznei-telegramm* (1991) Was leistet Nimodipin (NIMOTOP) in der Akutphase des Schlaganfalls? a-t; 4/91, S. 37

¹⁸ *arznei-telegramm* (2001) Behandlung des ischämischen Schlaganfalls? a-t 2001; 32: 18-20, S. 25



Potentielle Kundin für Bayers Verhütungsmittel? Wohlhabende ugandische Bäuerin mit ihrer Tochter.

Foto: Neil Palmer / Wikimedia

Unsinnige Hautsalbe

Das irrationale Medikament Baycuten® bietet Bayer in Uganda wie in Deutschland zur Behandlung von Hautkrankheiten an. Die Hautsalbe enthält Clotrimazol und Dexamethason, also ein Pilzmittel und zusätzlich Kortison. Generell ist es therapeutisch nicht sinnvoll, eine Pilzinfektion der Haut zusätzlich mit einem Kortison zu behandeln. Laut der Fachzeitschrift *arznei-telegramm* biete das keine Vorteile, jedoch zusätzliche Risiken. Von der Anwendung der Kombinationstherapie rate man daher ab. Die Vermarktung von Baycuten® kritisiert die Pharma-Kampagne bereits seit den 1980er Jahren. Damals enthielt das Medikament zusätzlich noch einen antibakteriellen Wirkstoff und galt als unsinnige „Schrotschusstherapie“ gegen Hauterkrankungen aller Art.¹⁹

Diabetesmittel ohne therapeutischen Nutzen?

Kritisch beurteilen wir den therapeutischen Nutzen des hochpreisigen Diabetesmittels Glucobay® (Acarbose). Bayer versuchte mit einer groß angelegten Studie den Nutzen des Arzneimittels zu belegen. Dies gelang nicht. Das *arznei-telegramm* kommt zu dem Schluss: „Ein Nutzen von Acarbose (Glucobay®) zur Senkung des Risikos kardiovaskulärer Erkrankungen bei

PatientInnen mit erhöhtem Blutzucker ist nicht belegt. Der angebliche Nutzen-Nachweis durch die STOP-NIDDM-Studie beruht auf Daten-Manipulation zu Gunsten von Acarbose.“²⁰

Riskante Verhütungspillen

Auch die umstrittene und teure drospirenonhaltige Verhütungspille Yasmin® ist eher für eine zahlungskräftige Klientel bestimmt. Der Wirkstoff Drospirenon gehört zu den neueren Pillen der dritten Generation. Gegenüber älteren Verhütungsmitteln der zweiten Generation mit dem Inhaltsstoff Levonorgestrel ist das Thromboserisiko für die Anwenderinnen nahezu doppelt so hoch.²¹ Bayer spielt die Risiken jedoch seit Jahren herunter. Denn die Kontrazeptiva YAZ®, Yasmin® und Yasminelle® gehören zu den umsatzstärksten Bayer-Medikamenten: Der weltweite Umsatz lag 2013 bei 853 Millionen Euro. Rechtsstreitigkeiten um die gesundheitlichen Folgen der Pillen kommen die Firma allerdings teuer zu stehen: Bis zum 10.2.2014 hatte sich Bayer mit 8.250 Klägerinnen in den USA verglichen und 1,69 Milliarden Dollar gezahlt.²²

20 *arznei-Telegramm* (2003) STOP-NIDDM-STUDIE MIT ACARBOSE. Schlamperei, Manipulation, Irreführung. a-t 2003; 34, S. 73 – 74

21 *arznei-telegramm* (2012) Arzneimitteldatenbank, Bewertung Ethinylestradiol + Drospirenon [Zugriff 28.10.2012]

22 *Handelsblatt* (2014) Yasmin und Yaz kosten Bayer viel Geld. Meldung vom 28.2.2014. www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/antibabypillen-yasmin-und-yaz-kosten-bayer-viel-geld/9551444.html [Zugriff 30.3.14]

s. auch Bayer Geschäftsbericht (2012) S. 58, 70 – 71, 215, 257 www.bayer.de/de/Geschaeftsberichte.aspx [Zugriff 7.2.2014]

Schering-Jenapharm, heute Bayer, hatte für seine drospirenonhaltigen Verhütungspillen Aida® und Yasminelle® schon bei Markteinführung 2006 mit einem Beauty-Effekt und Gewichtsabnahme geworben und dabei in Deutschland gegen das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Laien verstoßen.²³

Bayer-Präparate zur Langzeitverhütung

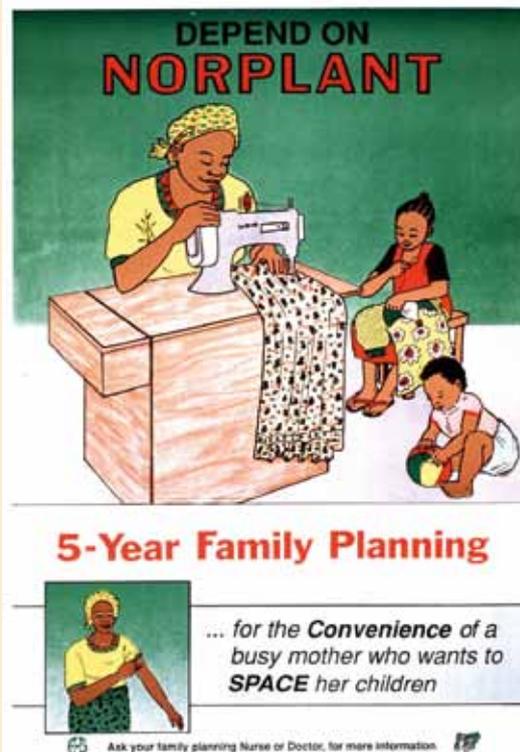
Neben verschiedenen Kontrazeptiva in Tablettenform bietet Bayer in Uganda auch Präparate zur Langzeitverhütung an, so das Implantat Jadelle® (Levonorgestrel) oder die Verhütungsspritze Noristerat® (Norethisteronenantat). Vor allem Verhütungsspritzen²⁴ sind bei Uganderinnen beliebt: Selbst in der Hauptstadt mit gutem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und Apotheken verhüten knapp 20% der Frauen mit einer Injektion, aber nur 10% mit der Pille. In ländlichen Regionen wenden sogar weniger als 2% eine Verhütungspille an, knapp 13% dagegen Injektionen und knapp 3% Implantate.²⁵ Die starke Präferenz für Verhütungsspritzen dürfte auch darin begründet liegen, dass Frauen ohne das Wissen ihres Partners verhüten wollen oder auch müssen. Denn Kinder – vor allem Jungen – gelten als männliches Statussymbol und Familienplanung ist in der von Männern dominierten ugandischen Gesellschaft mit vielen Vorurteilen belegt. Außerdem wurden Langzeitverhütungsmittel in den 70er und 80er Jahren massiv von Entwicklungshilfeprogrammen beworben, um das Bevölkerungswachstum zu stoppen.²⁶ Verhütungsspritzen wie Noristerat®, müssen alle 2 – 3 Monate verabreicht werden, um zuverlässig zu wirken. Begleiterscheinungen wie Schmier- und Zwischenblutungen sind häufig, aber auch Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel oder Gewichtszunahme, gelegentlich auch Depression und Nervosität. Viele Frauen vertragen die Dreimonatsspritze aufgrund der hohen Hormonmenge nicht. Außerdem ist ein spontanes Absetzen des Präparats nicht möglich. Die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche

²³ arznei-telegramm (2009) THROMBOEMBOLIERISIKO DROSPIRENONHALTIGER KONTRAZEPTIVA YASMIN u.a. a-t; 40, S. 100

²⁴ Im öffentlichen Sektor kommt hauptsächlich die Verhütungsspritze Depo Provera® von Pfizer zum Einsatz. Sie ist auch als Generikum auf dem ugandischen Markt verfügbar.

²⁵ Uganda Bureau of Statistics (2011) Demographic and Health Survey 2011, S. 16

²⁶ Merkel Beate (1983): Die Dreimonatsspritze. In: BUKO Pharma-Kampagne (Hrsg.) Pharmamultis als Entwicklungshelfer? S. 11 ff.



Altes Werbeplakat für Norplant. Foto: Wikimedia

Jadelle und Bevölkerungspolitik

Jadelle (Norplant II) ist das Nachfolgeprodukt von Norplant I und wurde im Auftrag des World Population Council, einem bevölkerungspolitischen Think Tank aus den USA entwickelt. Nach 25 Jahren Forschung wurde die Lizenz 1983 an die finnische Firma Leiras vergeben, die 1996 von Schering übernommen wurde und heute zu Bayer gehört. In den späten 80er und frühen 90er Jahren rief der Einsatz der Implantate zahlreiche Frauenorganisationen auf den Plan. Denn in vielen armen Ländern wurde Norplant Tausenden von Frauen eingesetzt. Das Implantat galt als günstige Methode zur Eindämmung des (von den Industrieländern als problematisch angesehenen) Bevölkerungswachstums. Weltweit wurde das Produkt wegen starker Nebenwirkungen und eines hohen Missbrauchspotentials kritisiert. Immer wieder wurde bekannt, dass Norplant den Frauen ohne deren Kenntnis oder gar gegen deren Willen implantiert worden war.

Das Nachfolgeprodukt Jadelle wird derzeit vehement als dauerhafte Verhütungsmethode vermarktet. Sie sei „ideal für Frauen in Entwicklungsländern, wo der Zugang zur Gesundheitsversorgung schlecht ist und Frauen oft einen niedrigen Status haben“.¹ Doch gerade Verhütungsimplantate erfordern eine gute medizinische Betreuung und Versorgungsstruktur. Denn bei auftretenden Nebenwirkungen muss das Implantat schnell und fachmännisch unter sterilen Bedingungen entfernt werden können.

¹ Ministry for Foreign Affairs (2012) Finnish product improves women's and girls' access to birth control in developing countries. Press release 226/2012

Aufklärung empfiehlt die Dreimonatsspritze daher generell nur für Frauen, „die andere Methoden nicht vertragen oder Pillenpräparate aus gesundheitlichen Gründen nicht einnehmen können.“²⁷ Im deutschen Beipackzettel zu Noristerat® rät auch der Hersteller zur ausschließlichen Anwendung bei Frauen, „für die andere Schutzmaßnahmen ungeeignet sind“.²⁸

Bayers Verhütungsimplantat Jadelle® (Levonorgestrel) wurde ebenfalls positiv bewertet, denn es mag wegen seiner fünfjährigen Wirkungsdauer für Frauen in speziellen Situationen gewisse Vorteile bieten. Allerdings sind auch bei Implantaten die Nebenwirkungen zahlreicher als bei oralen Kontrazeptiva. Es kommt z. B. häufiger zu Unregelmäßigkeiten der Monatsblutung. Weitere unerwünschte Wirkungen sind Kopfschmerzen, Depressionen, Gewichtszunahme oder Haarausfall. Außerdem können Frauen die Behandlung nicht selbst abbrechen, sondern sind auf fachmännische Hilfe und sterile Bedingungen angewiesen, um das Implantat entfernen zu lassen. Jadelle® wird in Deutschland nicht angeboten. Selbst in den USA ist das Mittel nicht auf dem Markt, obwohl es dort eine Zulassung besitzt.²⁹

Fazit: Bayer ist die einzige der untersuchten Firmen, die den ugandischen Markt noch als rentabel genug erachtet, um dort Markenpräparate anzubieten. Grund dafür dürften nicht zuletzt mehrere Entwicklungshilfe-Programme sein, in die Bayer involviert ist, um in Uganda den Zugang zu Verhütungspräparaten zu verbessern (s. S. 38 ff). Es sollte aber bedenklich stimmen, dass immerhin 21 von 49 Bayer-Medikamenten (43%) als irrational bewertet wurden. 13 Präparate (27%) sind dagegen unentbehrlich für die Gesundheitsversorgung. Allerdings lassen sich die meisten durch wirkstoffgleiche oder ähnliche Produkte ersetzen.

27 BzgA: Die Dreimonatsspritze www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/weitere-hormonelle-methoden/dreimonatsspritze/#c191 [Zugriff 25.4.14]

28 Bayer: Beipackzettel zu Noristerat. www.jenapharm.de/unternehmen/paerparate/gebrauchsinfo/noristertat.pdf [Zugriff 25.4.14]

29 Jenkes (2013): Verhütungsimplantate für die Frau von Welt? Pharma-Brief 7/2013, S. 3 – 5

2. Preis und Verfügbarkeit der Arzneimittel

Preis und Verfügbarkeit sämtlicher Präparate von Bayer und Boehringer Ingelheim wurden in den zwei Distrikten Hoima und Kampala in jeweils fünf privaten, fünf staatlichen und fünf NGO-Krankenhäusern, sowie in fünf privaten Apotheken (drug shops) untersucht. In staatlichen Krankenhäusern sind die Medikamente kostenlos, während NGO-Krankenhäuser selbst entscheiden, ob sie Medikamente in Rechnung stellen oder nicht. PatientInnen privater Kliniken müssen dagegen alle Therapien selbst bezahlen und auch in privaten Apotheken zahlen die KundInnen alle Medikamente aus eigener Tasche. Umso problematischer ist es, dass Medikamente in Uganda an keinen festen Ladenpreis gebunden sind, nicht einmal an eine Preisobergrenze.³⁰ Krankenhäuser und Apotheken legen die Arzneimittelpreise nach eigenem Ermessen fest – je nach Einkaufspreis, Verfügbarkeit und Nachfrage. Die Preisunterschiede für ein- und dasselbe Medikament sind darum beachtlich. Je nach Region und Einrichtung fanden wir große Differenzen, die sich auch auf die Verfügbarkeit der betreffenden Mittel auswirken.

Kaum Markenpräparate in Hoima

Weder in den untersuchten privaten noch in den NGO-Krankenhäusern dieses Distrikts fanden wir Medikamente von Boehringer Ingelheim. Lediglich in einem staatlichen Krankenhaus war das Verhütungsimplantat Jadelle® (Levonorgestrel) verfügbar, das Bayer im Rahmen eines Access-Programms in Uganda anbietet.³¹ In einer privaten Apotheke fanden wir zwei Bayer-Präparate: Zum einen das irrationale Hormonpräparat Primolut N® (Norethisteron) zur Zyklusregulierung. Zum anderen das unentbehrliche Kontrazeptivum Microgynon® (Ethinylestradiol und Levonorgestrel), das im Rahmen der Contra-

30 Importpreise werden geheim gehalten. Die Firmen waren auch auf Nachfrage nicht bereit, darüber Auskunft zu geben. Lediglich die Importfirma Surgipharm schickte uns ihre Preisliste. Sie enthält den „Trade“ und den „Retail Price“

31 Bayer (2012) Pressemitteilung. INNOVATIVE PARTNERSHIP REDUCES COST OF BAYER'S LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTIVE IMPLANT BY MORE THAN 50 PERCENT. Bayer (2012) Nachhaltigkeitsbericht, S. 82 – 99



Hier stimmen die Preise! Fröhliche Marktfräule im Norden Ugandas.

Foto: Pete Lewis, Wikimedia

ceptive Security Initiative zum reduzierten Preis vertrieben wird. In derselben privaten Apotheke war auch das irrationale Anabolikum Proviron® (Mesterolone) vorrätig.

Laut Aussage unserer Partnerorganisation HEPS sind die Ergebnisse aus Hoima weitgehend auf das restliche Uganda übertragbar, weil die wirtschaftliche Situation und Infrastruktur anderer Distrikte ähnlich oder schlechter ist.

Die Situation in der Hauptstadt

In der Hauptstadt Kampala stellt sich die Situation allerdings anders dar: Hier lebt ein Großteil der Mittel- und Oberschicht Ugandas. Folglich werden hier wesentlich mehr Markenpräparate der untersuchten Firmen angeboten. Die Verhütungspille Microgynon® (Ethinylestradiol + Levonorgestrel) fanden wir in zwei von fünf untersuchten öffentlichen Krankenhäusern. In einem öffentlichen Krankenhaus (Murchison Bay Hospital) fanden wir das unentbehrliche HIV-Medikament Viramune® (Nevirapin) von Boehringer Ingelheim, obwohl es in Uganda auch generisch verfügbar ist. Im selben Krankenhaus gab es außerdem auffällig viele Originalpräparate der Firma Bayer. Darunter waren wichtige unentbehrliche Produkte wie Biltrizid® (Praziquantel) gegen die Wurmerkrankung Bilharziose, das Bluthochdruckmittel Adalat re-

tard® (Nifedipin), das Antibiotikum Ciprobay® (Ciprofloxacin) oder Aspirin cardio® (ASS, 100 mg). Murchison Bay führte aber auch die Hormonspirale Mirena® (Levonorgestrel) sowie zwei irrationale Kombinationen aus dem Hause Bayer: Neo-penotran forte® (Metronidazol und Miconazol), ein Pessar gegen einen Scheidenpilz, das in Deutschland nicht auf dem Markt ist und die Salbe Baycuten® (Clotrimazol und Dexamethason). Diese Häufung von Originalpräparaten ist außergewöhnlich, erst recht für ein Gefängnis-Krankenhaus. Das Murchison Bay Hospital versorgt nämlich das größte Gefängnis Ugandas und ist zugleich Referenzkrankenhaus, in das schwer erkrankte Gefangene anderer Distrikte überwiesen werden.³² Laut Aussage unserer Partnerorganisation HEPS stammen die Originalpräparate aus einer Arzneimittelspende des Roten Kreuzes.^{33,34}

³² Die Versorgungssituation von Gefangenen in Uganda ist tendenziell eher schlecht – auch im Murchison Bay. Während die Inhaftierten häufig unzureichend behandelt werden und notwendige Medikamente nicht erhalten, stammen über die Hälfte der PatientInnen aus umliegenden Wohnbezirken. Human Rights Watch (2011) Even dead bodies must work. Health, hard labour and abuse in Ugandan prisons. S. 68 ff. www.hrw.org/sites/default/files/reports/uganda0711webwcover.pdf [Zugriff 13.2.2014] The Republic of Uganda. Office of the Auditor General (2010) Value for money audit report Uganda prisons service. www.afrosai-e.org.za/sites/afrosai-e.org.za/files/reports/1273680950Prisons.pdf [Zugriff 13.2.2014]

³³ E-Mail von Denis Kibira an die Pharma-Kampagne vom 26.5.2014

³⁴ Das Deutsche Rote Kreuz bestätigte am 28.5.2014 in einer e-mail an die Pharma-Kampagne, dass das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) bis 2012 Medikamente an das Murchison Bay Hospital verteilt hat.

NGO-Kliniken verwenden wenige Originale

In NGO-Krankenhäusern wurden einige wenige Bayer-Medikamente verwendet (0 – 5 je Krankenhaus). In zwei von fünf Einrichtungen fanden wir das irrationale Diabetes-Medikament Glucobay® (Arcabose), ein weiteres NGO-Krankenhaus bot die Verhütungspille Microgynon® (Ethinylestradiol und Levonorgestrel) kostenlos an. In derselben Klinik fanden

wir außerdem das sinnvolle, aber überbewertete Röntgenkontrastmittel Ultravist® (Iopromide), das wichtige Bluthochdruckmittel Adalat® (Nifedipine) und das irrationale Hormonpräparat Primolut N® (Norethisteron) von Bayer, aber auch das rationale Asthmamittel Combivent® (Salbutamol+Ipratropium) von Boehringer Ingelheim. In vier NGO-Krankenhäusern wurden die Medikamente kostenlos abgegeben. Im katholischen Rubaga Hospital mussten PatientIn-

Sprunghafte Preissteigerungen und mangelnde Verfügbarkeit

Interview mit Dr. Michael Mubiru, Rubaga Krankenhaus

Dr. Micheal Mubiru ist Apotheker und Leiter der pharmazeutischen Abteilung des katholischen Rubaga Krankenhauses in Kampala. Die Klinik existiert seit 1899 und ist die zweitälteste in Uganda. Ausgerichtet ist sie auf eine qualitativ hochwertige Versorgung der weniger Privilegierten. Das Krankenhaus hat 395 Angestellte und versorgt jährlich rund 165.000 PatientInnen.

Wer kommt zum Lubaga Krankenhaus?

Unser Einzugsbereich sind umliegende Wohngegenden und Gemeinden wie Kabowa, Mutundwe, Busega, Ndeeba, Nateete und Najanankumbi. Die Patienten leiden hauptsächlich unter Malaria, Durchfall, Lungenentzündung, Blutvergiftung, Blutarmut. Wir sehen auch häufig Patienten mit nicht übertragbaren Krankheiten, meistens Patienten mit Diabetes oder Bluthochdruck.

Wie schätzen Sie die Ausstattung der Klinik, verglichen mit anderen Krankenhäusern ein?

Wir verfügen über eine ziemlich gute Ausstattung, aber es fehlen uns Spezialgeräte wie ein CT oder Geräte für die intensivmedizinische Versorgung, was einige andere Krankenhäuser haben.

Gibt das Krankenhaus Arzneimittel aus?

Das Rubaga-Krankenhaus gibt Arzneimittel aus und die Patienten bezahlen dafür.

Welche Arzneimittel sind besonders wichtig und sind sie zugänglich?

Antibiotika, Medikamente gegen Malaria, hohen Blutdruck und Diabetes sind besonders wichtig. Aber diese Mittel sind manchmal knapp oder zeitweise nicht auf Lager – auch im Rubaga Krankenhaus.

Wie kann sichergestellt werden, dass PatientInnen mit chronischen Erkrankungen eine dauerhafte Therapie erhalten?

Wir stellen sicher, dass das Krankenhausbudget Gelder bereithält, die kurzfristig abrufbar sind, um Arzneimittelkäufe zu tätigen. Ob sich die Patienten diese Mittel dann leisten können, steht auf einem anderen Blatt.

Werden Originalpräparate verwendet?

Originalpräparate werden manchmal verwendet, aber von ihrem Gebrauch wird abgeraten, denn sie sind zu teuer.

Was sind vorrangige Probleme, mit denen das Krankenhaus zu kämpfen hat?

Die Übergebrauch von Antibiotika und die Verschreibung vieler verschiedener Medikamente für einzelne Patienten [Polypharmacy] sind hier ein großes Problem.

Was sind die größten Probleme des ugandischen Arzneimittelmarktes?

Aus meiner persönlichen Sicht ist das die Nicht-Verfügbarkeit einiger lebenswichtiger Produkte und die sprunghaften Preisanstiege [bei Arzneimitteln].



Gut und günstig. Ein Bohnenhändler prüft seine Ware.

Foto: Neil Palmer / Wikimedia

nen dagegen hohe Preise bezahlen. Außerdem waren hier aus religiösen Gründen keine Verhütungsmittel vorrätig.

Im Rubaga-Krankenhaus kostete das Bluthochdruckmittel Adalat® (30 Tabletten á 30 mg Nifedipin) z. B. satte 105.000 UGX (Ugandische Schilling), rund 30 €. Der Preis für eine Packung entspricht etwa einem Drittel des durchschnittlichen Monatsgehalts.³⁵ Nifedipin wird aber auch von zahlreichen indischen Generikafirmen angeboten, darunter Cipla, Cadila, Torrent, Unique. Diese Mittel kosten etwa 6.000 UGX pro Packung, sind also um ein Vielfaches günstiger.

Privatkliniken verkaufen auch Marken

In privaten Häusern fanden wir 4 bis 24 Markenprodukte von Bayer und Boehringer Ingelheim. Die PatientInnen dieser Privatkliniken stammen aus der Mittel- und Oberschicht und müssen für Therapien und Medikamente selbst aufkommen. Anwendung findet auch hier der Blutdrucksenker Adalat® (30 mg Nifedipin). Das Markenmedikament wird allerdings in zwei Krankenhäusern mit 82.800 UGX bzw. 96.000 UGX deutlich günstiger verkauft als im katholischen Rubaga Hospital. Private Kliniken verkauften außerdem das unentbehrliche Antibiotikum Ciprobay® (Ciprofloxacin) zum stattlichen Preis von 100.000 UGX für 10 Tabletten. Vorrätig waren auch irrationale Produkte wie das Schmerzmittel Buscopan

³⁵ Durchschnittsgehalt in Uganda: 303.700 UGX. In Kampala liegen die Gehälter mit 960.000 UGX zwar wesentlich höher, aber ArbeitnehmerInnen in der nördlichen Region verdienen im Schnitt nur 141.400 UGX. www.ubos.org/UNHS0910/chapter7.Average%20Monthly%20Household%20Income.html [Zugriff 5.2.2014]

plus® (Butylscopolaminiumbromid, Paracetamol) gegen krampfartigen Bauchschmerzen oder der Blutdrucksenker Micardis® (Telmisartan) von Boehringer Ingelheim.³⁶ Micardis kostete 126.000 UGX (rund 36 €). Aber auch Kontrazeptiva sind im privaten Sektor teuer: Während die unentbehrliche Verhütungspille Microgynon® in einigen staatlichen und NGO-Kliniken kostenlos abgegeben wird, verlangen private Häuser zwischen 1.500 und 3.000 UGX für eine Monatspackung. Eine Klinik forderte sogar die utopische Summe von 56.000 UGX (rund 16 €), also ein Sechstel des durchschnittlichen Monatsgehalts. Sogar in privaten Apotheken ist das Produkt wesentlich günstiger zu haben. Hier kostete die Monatspackung Microgynon® maximal 8.000 UGX.

Viel Markenware in privaten Apotheken

In privaten Apotheken in Kampala fanden wir viele Originalpräparate, sowohl von Bayer, als auch von Boehringer Ingelheim. In vier von fünf Apotheken wurde die bedenkliche Bayer-Verhütungspille Yasmin® für bis zu 52.000 UGX (rund 15 €) pro Monatspackung verkauft. In einer Apotheke fanden wir das Bayer-Potenzmittel Levitra® (Vardenafil). Vier Tabletten kosteten 20.000 UGX.

Auch Produkte von Boehringer Ingelheim sind in privaten Apotheken zu haben. Doch die Preisspanne variiert beachtlich. So verlangte eine Apotheke 14.000 UGX für eine Monatspackung

³⁶ arznei-telegramm (2008) Sekundärprävention nach Insult. a-t 2008; 39. S. 94-95



Ein Mann transportiert seine Ernte zum Markt. Arme Menschen wie er können sich teure Medikamente nicht leisten. Komplexe Erkrankungen wie Krebs sind für sie in der Regel ein Todesurteil. Foto: Adam Jones / Wikimedia

Micardis® (Telmisartan 80 mg), eine andere die zehnfache Summe.

Fazit: Bis auf wenige Ausnahmen werden die Originalpräparate hauptsächlich im privaten Gesundheitsbereich der Hauptstadt verwendet, also von der Mittel- und Oberschicht Ugandas bezahlt. Ein Vergleich mit den durchschnittlichen Monatsgehältern zeigt, dass sich nur wohlhabende BürgerInnen, die vor allem in der Hauptstadt leben, die Markenpräparate von Bayer und Boehringer Ingelheim überhaupt leisten können. Große Preisunterschiede zwischen einzelnen Apotheken, privaten Kliniken und NGO-Einrichtungen stellen PatientInnen zusätzlich vor enorme Probleme bei der Auswahl einer sinnvollen und günstigen Therapie.

3. Was sagen PatientInnen, ÄrztInnen und ApothekerInnen?

Gespräche mit zahlreichen PatientInnen und ExpertInnen erhärteten die Resultate des quantitativen Studienteils: Produkte von Bayer und Boehringer Ingelheim werden insgesamt wenig verwendet. Vor allem in abgelegenen und ländlichen Regionen sind sie kaum vorrätig. Moris Seru, leitender Pharmazeut im ugandischen Gesundheitsministerium bemerkt dazu: „Hier in Kampala können Sie diese [Marken-] Medikamente finden, aber sie sind teuer. Doch wenn Sie in Orten wie Kigali in eine Apotheke gehen, merken Sie, dass einige der Mittel nicht verfügbar sind. Und dann gibt es Orte wie Kagadi, wo diese [Marken-] Medikamente überhaupt nicht zu finden sind.“

Markenpräparate werden jedoch durchaus im privaten Sektor der Hauptstadt angewandt. So erklärt der Arzt einer Privatstation im Mulago-Krankenhaus³⁷: „Arzneimittel von Bayer und Boehringer sind in Uganda keine gängigen Therapien. Ich selbst verschreibe aber Combivent® bei Asthma oder Aspirin® von Bayer. (...) Acarbose nutzen wir auch, aber selten, denn die Kosten sind ein bisschen zu hoch und die meisten Patienten können sich das nicht leisten.“

Teure Marken können die Wenigsten bezahlen

In der Regel werden in Uganda nur generisch verfügbare Therapien als unentbehrlich deklariert. Das bestätigte der Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums: „Schon wegen der Preise. Private profit- und nicht-profitorientierte Gesundheitseinrichtungen in Uganda, die die Armen versorgen, können es sich nicht leisten diese Arzneimittel vorrätig zu haben. Denn die haben nicht das Geld, diese Mittel zu kaufen und wenn man sie anböte, könnten die Armen sie sich nicht leisten.“ Und ein Arzt bestätigt im Interview: „Wir versuchen essentielle Medikamente verfügbar zu machen, aber wir achten dabei nicht auf Marken und wählen die günstigere Alternative, also Generika.“

Wieder ein anderer Arzt bemerkt: „Wenn wir ein Mittel verordnen, kennen wir zum Teil den Hersteller gar nicht. Die meisten Arzneimittel kommen aus Indien und – es tut mir leid – ich kenne Baxter nicht einmal.“

³⁷ Das Mulago-Krankenhaus ist zwar ein staatliches Krankenhaus. Es verfügt aber auch über eine Privatstation für wohlhabende PatientInnen. Sie müssen für ihre Behandlung selbst aufkommen.



Einsame Bergregion im Südwesten Ugandas, Distrikt Kasese. Im nächsten Gesundheitsposten wird man teure Markenarzneimittel vergeblich suchen. Foto: Dylan Welters / Wikimedia

Auch die befragten Apotheker öffentlicher und von NGO-Einrichtungen geben an, größtenteils Generika auf Lager zu haben. „Die National Medical Stores [von denen wir Arzneimittel beziehen] führen nur generische Produkte. Generika sind billiger, vor allem bei großem Verbrauch wie in Krankenhäusern“, so der Apotheker einer ländlichen öffentlichen Gesundheitseinrichtung im Distrikt Hoima.

Und auch der Apotheker einer ländlichen NGO-Klinik erklärt: „Unsere Administration bezieht nichts von diesen Firmen.“ Der Apotheker einer Privatklinik in Kampala führt dagegen Combivent® von Boehringer – allerdings als einziges Originalpräparat der untersuchten Firmen.

Marketing-Aktivitäten sind rar

Dementsprechend gering sind denn auch die Werbeaktivitäten der Firmen. Besuche von Firmenvertretern scheinen äußerst selten und auf die Hauptstadt beschränkt zu sein. 10 von 12 ÄrztInnen gaben an, noch nie VertreterInnen von Pharmafirmen empfangen zu haben. Ein Arzt aus dem Mulago-Krankenhaus in Kampala erinnert sich allerdings, Angestellte von Bayer mit Informationsmaterial zu Glucobay® im Mulago-Hospital gesehen zu haben. „Ja, ich habe Leute mit Glucobay®-Medikamenten rumlaufen sehen. Sie haben mir keine Geschenke angeboten. Ich habe nur ihre Werbeposter gesehen.“

Sein Kollege auf der Privatstation erwähnt, dass er auch schon einmal Kugelschreiber und Infomaterial bekommen habe. Von den befragten ApothekerInnen hatte nur einer Kontakt zu Fir-

menvertreterInnen – er arbeitet an einem NGO-geführten medizinischen College.

Zwei der Pharmazeuten hatten auch an einer firmengesponserten Konferenz teilgenommen. Ein Apotheker des Mulago-Krankenhauses erinnert sich, eine von Boehringer Ingelheim gesponserte Konferenz zur Arthritis-Prophylaxe besucht zu haben. Sein Kollege aus einer staatlichen Gesundheitseinrichtung in Hoima erwähnt: „Ich habe einmal eine solche Konferenz besucht, bei der Bayer [die Verhütungspille] Microgynon Fe® beworben hat. Ich habe Produktproben erhalten und Infomaterial.“

Markenname = Qualität?

Obwohl Markenprodukte von Bayer und Boehringer Ingelheim kaum in ugandischen Apotheken vorrätig sind und relativ selten verordnet werden, verbindet doch manch einer die Markennamen mit hoher Qualität: „Im allgemeinen sind diese Produkte sehr gut, aber das Problem ist, dass sie sehr teuer sind und es deshalb für die meisten Patienten schwer ist, sie sich zu leisten“, sagt der Apotheker einer privaten Einrichtung in Kampala und fügt hinzu: „Ich persönlich habe nie einen Firmenvertreter von Bayer gesehen und würde ihnen [der Firma] empfehlen, hier viel Werbung zu machen. Denn dies sind sehr gute Produkte, die man hier nur schwer findet.“

Aber auch manch ein Patient setzt scheinbar Markennamen mit Qualität gleich: Ein NGO-Arzt aus der Stadt Hoima erwähnt, dass ein Patient die Behandlung mit einem indischen



Nicht nur in Deutschland werden Markennamen hochgehängt. Auch in vielen armen Ländern gelten Medikamente deutscher Hersteller als Qualitätsprodukte. Foto: van Beem / Wikimedia

Generikum ablehnte und lieber mit dem Originalpräparat Praziquantel® von Bayer behandelt werden wollte. „Er dachte, dieses [indische] Medikament könnte unwirksam sein.“

Malaria ist das größte Gesundheitsproblem

Als größtes Gesundheitsproblem nannten die Interviewten vor allem Malaria. „Malaria ist verbreitet und die ganze Woche über sehe ich PatientInnen mit Malaria“, sagt ein Arzt auf der Kinderstation des Mulago-Krankenhauses. Sein Kollege in einer NGO-Einrichtung im ländlichen Hoima muss täglich mehrere Malaria-PatientInnen behandeln.

Aber auch alle anderen ÄrztInnen gaben an, dass sie nahezu täglich Malaria-Kranke behandeln. Sie hatten entweder erst kurz vor dem Interview, am selben Tag oder zumindest am Vortag Malariamittel verordnet. Und auch die PatientInnen sehen die von Mücken übertragene Krankheit als vorrangiges Gesundheitsproblem. Sieben der befragten Personen hatten aufgrund einer Malaria-Erkrankung eine Gesundheitseinrichtung aufgesucht, einer war zusätzlich schon einmal wegen einer Lungenentzündung im Krankenhaus gewesen und ein wohlhabender Patient aus der Stadt Hoima war wegen Bluthochdrucks in Behandlung. Auffallend ist, dass in keinem der Interviews HIV/Aids thematisiert wurde, obwohl in Uganda rund 1,4 Millionen Menschen infiziert sind. Die Krankheit scheint mit großen Tabus belegt zu sein.

Medikamente sind oft nicht zu haben

Im Falle seltener Erkrankungen wie Hämophilie haben ugandische PatientInnen kaum Aussicht auf angemessene Behandlung. So bestätigt der Arzt einer städtischen NGO-Klinik in Hoima: „Wir bieten ihnen unterstützende Maßnahmen und überweisen sie dann ins Ausland.“ Ein Apotheker aus Kampala bestätigt das und führt aus: „Ich hatte zwar noch nie einen Patienten, der unter Hämophilie litt, aber ich kann für andere Patienten sprechen, in Fällen, wo von ihnen benötigte Medikamente im ganzen Land nicht verfügbar waren. Wir verweisen sie an andere Stellen und Nairobi [Hauptstadt Kenias] ist die wichtigste Quelle wo sie diese Arzneimittel bekommen können.“

Ein Apotheker aus Hoima erklärt hingegen: „Wir behandeln Hämophilie mit Vitamin K und das ist im Land.“ Allerdings ist das Medikament nicht als dauerhafte Therapie geeignet, sondern als Notfallmedikament im Falle einer unstillbaren Blutung. Realistischer dürfte demnach die Aussage eines Apothekers aus Hoima sein. Auf die Frage, was in Uganda mit Hämophilie-PatientInnen geschehe, antwortete er schlicht: „They die.“

Viele Interviews bestätigten auch, dass Medikamente zeitweise oder dauerhaft nicht verfügbar sind. So bemerkt ein Krankenhausarzt: „Im Mulago-Krankenhaus geben wir Arzneimittel kostenlos ab. Aber wenn die Medikamente hier nicht verfügbar sind, können die PatientInnen

sie anderswo kaufen.“ Auch der Apotheker einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung in Hoima erklärt, dass manche Präparate nicht auf Lager seien, auch nicht als Generikum: „Die PatientInn wurde dann in eine private Apotheke geschickt.“

Private Arztbesuche sind teuer

Wenn PatientInnen – etwa aufgrund mangelhafter Versorgung im staatlichen System – auf private Einrichtungen ausweichen müssen, kann es teuer werden. So erklärt der Arzt einer ländlichen NGO-Klinik: „Die PatientInnen zahlen für die Medikamente, ihren Transport zum Krankenhaus, für die Labor-Tests und andere Leistungen wie Wasser, Betten, Strom.“ Auch die PatientInnen bestätigten in mehreren Interviews, dass sie hohe Gesundheitsausgaben tragen müssen. Eine Malaria-Patientin zählte auf: „Zuerst gehst du zum Arzt und sagst ihm, wie es dir geht und du bezahlst ihm 20.000 UGX. Dann gehst du zum Labor, um auf Malaria getestet zu werden. Das kostet 5.000 UGX. Und dann zahlst du noch die restlichen Kosten. Ich bezahlte 12.000 UGX für alle Medikamente.“

Krankenhausaufenthalte bzw. Arztbesuche waren dennoch bei allen PatientInnen familiär akzeptiert und wurden vor allem bei schweren Erkrankungen wie Malaria für unverzichtbar gehalten. „Es [die Behandlung] ist akzeptabel für meine Familie, denn Malaria tötet. Da braucht man nicht lange zu überlegen, du musst automatisch losgehen und eine Behandlung bekommen“, erklärt eine Patientin. Der Patient mit hohem Blutdruck schränkt jedoch ein, die Behandlung sei nur deshalb akzeptabel, weil die Gesundheitseinrichtung für ihn leicht erreichbar sei.

Die Interviews zeigten auch, dass ÄrztInnen von ugandischen PatientInnen sehr geschätzt werden. Die in sie gesetzten Erwartungen sind sehr hoch. Ein kritisches Bewusstsein der PatientInnen gegenüber Therapieentscheidungen ist allerdings so gut wie nicht vorhanden. Es wird von den ÄrztInnen auch in keinster Weise erwartet. So bemerkt der Arzt einer NGO-Klinik: „Nicht die PatientInnen wählen die Behandlung, darüber entscheidet der Arzt.“ Ein anderer Arzt

sagt: „Natürlich wollen die PatientInnen eine Therapie und sie vertrauen uns so sehr, dass sie nehmen, was wir ihnen verschreiben.“

Von den ÄrztInnen und PharmazeutInnen war niemand an einer klinischen Studie oder Versuchsreihe beteiligt gewesen. Lediglich eine Patientin gab an, an einer Studie zur Malaria-Therapie mit einem von der WHO empfohlenen Artemisinin-Kombinationspräparat teilgenommen zu haben.

4. Wo wird geforscht?

Keine der untersuchten Firmen führte im Untersuchungszeitraum eine klinische Studie in Uganda durch.³⁸ Insgesamt bestätigte sich auch hier, dass der ugandische Markt für die Firmen weitgehend uninteressant ist. Dabei stehen zumindest in Kampala gut ausgestattete Einrichtungen wie das staatliche Mulago-Krankenhaus mit hochqualifiziertem Personal zur Verfügung. Erforscht werden hier jedoch hauptsächlich HIV/Aids und Malaria.³⁹ Insgesamt gibt es nur 274 Studien in ganz Uganda. Darunter einzelne Studien zu Epilepsie, angeborenen Herzerkrankungen, Krebs, Asthma, Lungenentzündung, Depression, aber auch zur umstrittenen HPV-Impfung. Immerhin gibt es auch einige wenige Studien zu vernachlässigten Erkrankungen wie Tuberkulose, Schlafkrankheit, tropischen Wurmkrankheiten und zum Ebola Virus.^{40,41}

5. Was ist patentiert?

In Uganda existieren keine Arzneimittelpatente der untersuchten Firmen. Das mag sich jedoch in den kommenden Jahren ändern, denn vor allem die USA und Europa drängen Afrikas Staaten, strikte Patentschutzgesetze auch im Arzneimittelbereich einzuführen (s. S. 17).

³⁸ World Health Organisation WHO (2013) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). www.who.int/ictrp/en/ [Zugriff 2.12.2013] und www.clinicaltrials.gov/ [Zugriff 2.12.2013]

³⁹ Uganda National Council for Science & Technology www.uncst.go.ug [Zugriff 7.2.2014]

⁴⁰ Clinical Trials.gov www.clinicaltrials.gov [Zugriff 7.2.2014]

⁴¹ Centre Watch (2014) Uganda Clinical Trials www.centerwatch.com/clinical-trials/listing/location/international/Uganda [Zugriff 7.2.2014]

6. Marketing

Wie die Interviews bestätigen, agieren Pharma-referentInnen fast ausschließlich in der Hauptstadt. Hier finden auch gesponserte Konferenzen statt. Die Werbeaktivitäten der Firmen sind sehr gering. Laienmarketing bzw. Anzeigen in Massenmedien oder Werbespots im Fernsehen konnten wir nicht finden. Das bestätigte auch der befragte Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums: „Anzeigen gibt es schon, aber nicht von diesen Firmen.“

7. An welchen Gesundheitsprojekten sind die Firmen beteiligt?

Die Firma Bayer ist Partnerin verschiedener Aufklärungs- und Hilfsprogramme, die in Uganda den Zugang zu Verhütungsmitteln verbessern sollen. Zwei dieser Programme werden maßgeblich durch staatliche Entwicklungshilfegelder finanziert: Die Contraceptive Security Initiative und das Jadelle®-Access-Programm.

Das Jadelle®-Access-Programm

Mit diesem groß angelegten Partnerschaftsprojekt hat der Bayer-Konzern die Marktchancen für sein teures Verhütungsimplantat Jadelle® erheblich verbessert. 27 Millionen Frauen in den ärmsten Ländern der Welt, darunter Uganda, sollen das Präparat zur Langzeitverhütung nutzen. Finanziert wird die Initiative etwa durch die Bill und Melinda Gates Stiftung, aber auch staatliche Geldgeber wie die norwegische, britische, US-amerikanische und schwedische Regierung. Die Gesundheitssparte des Bayer-Konzerns halbierte den Preis ihrer Gestagen-Implantate, im Gegenzug gingen die Partner eine sechsjährige Kaufverpflichtung ein.

27 Millionen unerwünschte Schwangerschaften und damit den Tod von 280.000 Säuglingen und 30.000 Müttern soll das Jadelle®-Access-Programm laut Bayer angeblich verhindern. Außerdem würden 250 Millionen Dollar (rund 194 Millionen Euro) an globalen Gesundheitskosten mit dem Programm eingespart.⁴² Eine gewagte

⁴² Pressemitteilung der Firma Bayer. www.bayerpharma.com/de/presse/im-fokus/von-der-idee-zum-vertrag.php [Zugriff 29.4.14]



Nur rund 20% der Uganderinnen zwischen 20 und 25 Jahren verhüten – knapp 3% mit der Pille, aber über 13% mit Spritzen.
Foto: Dylan Walters / Wikimedia

Rechnung, aber in der Tat verursachen ungebo-rene Menschen keine Kosten. Allerdings haben Länder wie Bangladesch, in denen sich die Geburtenrate in den vergangenen Jahren drastisch reduziert hat, vorgemacht, dass erfolgreiche Programme zur Familienplanung auf einem ganzheitlichen Ansatz basieren: Sie müssen eingebettet sein in eine bessere Gesundheitsversorgung von Kindern und Müttern und gehen über die bloße Verteilung von Verhütungsmitteln weit hinaus.⁴³

Wettbewerbsfähigkeit sichern

Das Jadelle®-Access-Programm wurde 2012 beim Familienplanungsgipfel in London angestoßen und kurz darauf am Rande einer UN-Vollversammlung unterzeichnet. Ex-US-Präsident Bill Clinton sprach dabei von einem „sehr großen Deal“. Die Menschen „werden gesündere Familien haben und länger leben“. Dass sich der Deal besonders für Bayer lohnen dürfte,

⁴³ Najma Rizvi (2014) Spektakuläre Erfolge. E+Z Nr. 4/2014, S.147 f.



In privaten Apotheken wird Microgynon Fe[®] augenfällig beworben. Werbematerial aus einer Apotheke in Kampala.

steht außer Frage. Denn die Preiskonkurrenz auf dem Verhütungsmittelmarkt ist hoch: Ähnliche Verhütungsimplantate sind z. B. Implanon[®] (in ca. 80 Ländern registriert) und Nexplanon[®] (in 21 Ländern registriert), beide hergestellt von Merck & Co/MSD oder Sino Implant II von der Firma Shanghai Dahua Pharmaceuticals. Die globale Vermarktung von Sino Implant begann 2008 und das Mittel ist mittlerweile für knapp 8 US\$ in 24 Ländern Sub-Sahara-Afrikas, Asiens und Lateinamerikas verfügbar, auch in Uganda.⁴⁴ Sino Implant[®] soll vier Jahre empfängnisverhütend wirken. Bayers Jadelle[®] schützt dagegen bis zu fünf Jahre lang vor ungewollter Schwangerschaft und ist anders als das Konkurrenzprodukt aus Shanghai von der WHO präqualifiziert. Das Implantat kostete zuvor 18 US\$ – im Rahmen der Partnerschaft nun 8,50 US\$.⁴⁵ Die Initiative kann also durchaus als Antwort auf die Preiskonkurrenz gesehen werden. Mit dem Jadelle[®]-Access-Programm ist es dem Konzern gelungen, sein Verhütungsimplantat mithilfe öffentlicher Entwicklungshilfegelder wettbewerbsfähig zu machen. Und gerade in armen Ländern ist noch mit einem enormen Marktwachstum zu rechnen, denn der Bedarf an Kontrazeptiva ist dort noch weitgehend ungedeckt.

44 Reproductive Health Supplies Coalition (2012) Contraceptive Implants. Product Brief. Caucus on New and Underused Reproductive Health Technologies. S. 2

45 Bayer News Channel (2013) Initiative ermöglicht 27 Millionen Frauen den Zugang zu Verhütungsmitteln. 27.2.13

Die Contraceptive Security Initiative

Im Rahmen der Contraceptive Security Initiative reduzierte Bayer in mehreren afrikanischen Ländern den Preis von Microgynon Fe[®] (Levonorgestrel + Ethinylestradiol + Eisen) für den privaten Markt. Die von ihrer Zusammensetzung her sinnvolle Pille ist als vergünstigtes Originalpräparat bereits seit 2010 in Äthiopien, seit 2011 in Uganda und seit 2014 in Tansania zu haben. Die „sich in diesen Ländern bildende Mittelschicht hat somit auch die Möglichkeit, finanzielle Verantwortung für die eigene Familienplanung zu übernehmen“, schreibt die Firma.⁴⁶ Man wolle auf diese Weise „qualitativ hochwertige orale Verhütungsmittel“ verfügbar machen.

Neue Märkte schaffen und Markenbewusstsein prägen

Projektpartnerin ist die staatliche US-amerikanische Entwicklungshilfe-Organisation USAID. Sie finanziert sowohl das länderspezifische Informationsmaterial, das von Bayer bereitgestellt wird, als auch das entsprechende Social Marketing zur Familienplanung. Bayer macht keinen Hehl daraus, was die Initiative bezweck-

46 Bayer-Nachhaltigkeitsbericht 2011 vom 6. Juni 2012. www.nachhaltigkeit2011.bayer.de/de/Gesundheit-weltweit-foerdern.aspx [Zugriff 19.3.13]



Spruchband beim Weltverhütungstag in Uganda

ken soll: Die Kooperation mit USAID stelle einen „innovativen Weg zur Erschließung der Märkte in Entwicklungsländern dar“.⁴⁷

2011 stellte der Konzern vergünstigte orale Kontrazeptiva für rund 10 Millionen Frauen zur Verfügung.⁴⁸ Dass fehlender Zugang zu Verhütungsmitteln in vielen afrikanischen Ländern - auch in Uganda - ein immenses Problem ist, steht außer Frage. Fraglich ist aber, ob arme Bevölkerungen mit einem qualitativ hochwertigen und günstigen Generikum nicht besser bedient wären. Wir werten diese Partnerschaft daher als Marketinginstrument, um Bayers Position als Weltmarktführer für orale Kontrazeptiva und auch die Marktstellung im Bereich Frauengesundheit zu verteidigen.

Aufklärung mit Bayer

Gleiches gilt für Bayers Gemeinschaftsprojekt mit der Stiftung Weltbevölkerung (DSW): Das Young Adolescents Project, kurz YAP, wurde von 2009 – 2012 in Uganda etabliert und seit 2013 auch in Kenia. Ziel des Projektes ist es, Teenager und SchülerInnen zwischen 10 und 14 Jahren über reproduktive Gesundheit, Sexualität und Verhütung aufzuklären. Mit einem „Youth Truck“ fahren die MitarbeiterInnen des Projekts in die Schulen, auf Marktplätze und zu den Jungentreffs. Dabei immer im Blickfang: Das Bayer-Logo auf dem Youth Truck, der passend dazu

in den Firmenfarben grün und blau dekoriert ist. Hier wird mit der Sexualaufklärung auch gleich das Markenbewusstsein vermittelt. Weiterhin unterstützte die DSW Aktionen zum von Bayer gesponserten Weltverhütungstag in Uganda. Der World Contraception Day, der 2013 sein zehnjähriges Bestehen feierte, gipfelt jährlich am 26. September in rund 70 Ländern der Welt mit Veranstaltungen, Pressekonferenzen und Konzerten.⁴⁹



Gut im Blick: Der Youth Truck mit Bayer-Logo.

Engagement gegen vernachlässigte Krankheiten

Durchaus begrüßenswert ist dagegen das Engagement der Firma zur Bekämpfung der Schlafkrankheit. Die tödliche Erkrankung wird durch blutsaugende Tsetse-Fliegen übertragen. Verursacher der tückischen Krankheit sind Parasiten, die das Gehirn und das zentrale Nervensystem befallen. Die Betroffenen verlieren nach und nach die Kontrolle über ihr Bewusstsein

⁴⁷ Bayer HealthCare: Wir kooperieren mit USAID, um einen nachhaltigen Markt für Verhütungsmittel in Afrika zu schaffen. www.bayerpharma.com/de/presse/im-fokus/contraceptive-security-initiative.php [Zugriff 29.4.14]

⁴⁸ 119 Millionen Zyklen, mit denen 10 Millionen Frauen ein Jahr lang verhüten können.

⁴⁹ Bayer: Aufklärungsprogramme – für eine selbstbestimmte Familienplanung. www.bayerpharma.com/de/gesellschaftliches-engagement/familienplanung/aufklaerung/index.php [Zugriff 29.4.2014]



Bitter nötig: Wirksame Medikamente gegen vernachlässigte Krankheiten.

Foto: Jaqueline Kabluyen / Wikimedia

und sinken im Endstadium in einen Dämmerzustand. Es existieren zwei Krankheitsformen, die durch verschiedene Gattungen von Parasiten hervorgerufen werden und unterschiedlich verlaufen. *Trypanosoma brucei gambiense* ist in Zentral- und Westafrika, darunter auch Nordwest-Uganda, verbreitet. Der Parasit verursacht eine chronische Krankheitsform und die PatientInnen können monate- und jahrelang infiziert sein, ohne dass Symptome auftreten. *Trypanosoma brucei rhodesiense* bricht dagegen innerhalb weniger Wochen aus und ist daher leichter zu diagnostizieren. Diese Form der Schlafkrankheit kommt im östlichen und südöstlichen Afrika vor (auch Süd- und Ost-Uganda) und ist weit aus seltener.

Die weit verbreitete westafrikanische Krankheitsform kann auch im späten Krankheitsstadium mit einer Kombinationstherapie aus dem Wirkstoff Nifurtimox (Bayer HealthCare) und Eflornithin (Sanofi-Aventis) wirksam behandelt werden.⁵⁰ 2009 wurde diese Therapie in die WHO-Liste unentbehrlicher Medikamente aufgenommen. Bayer HealthCare stellt der WHO seitdem über einen Zeitraum von fünf Jahren jährlich 400.000 Tabletten Nifurtimox zur Verfügung. Außerdem gibt die Firma seit 2002 jährlich 10.000 Ampullen mit dem ebenfalls unentbehrlichen Wirkstoff Suramin kostenlos ab. Das Medikament wird beim ostafrikanischen Krankheitstypus eingesetzt.

⁵⁰ Bayer HealthCare: Afrikanische Schlafkrankheit www.bayerpharma.com/de/gesellschaftliches-engagement/vernachlaessigte-krankheiten/afrikanische-schlafkrankheit/index.php [Zugriff 30.4.14]

Im Rahmen des Stop-TB-Partnership stellt die Firma Bayer außerdem ihr wichtiges Antibiotikum Avelox® (Moxifloxacin) für ein Soforthilfe-Programm gegen multiresistente Krankheitsformen zu einem reduzierten Preis zur Verfügung.⁵¹

8. Kommunikationsstil

Alle Firmen wurden zu Beginn der Untersuchung angeschrieben und während der Studierendurchführung immer wieder um Stellungnahme zu speziellen Fragestellungen gebeten. In der Regel erhielten wir zügig umfassende Informationen.

Boehringer Ingelheim praktizierte ein offenes Kommunikationsverhalten. Die Firma beantwortete unsere Anfragen prompt und ausführlich und war bereit zum direkten Gespräch. Bayer beantwortete die Fragen in dieser Studie ebenfalls ohne Zögern, vollständig und ausführlich. Die Firma stellte uns eine verlässliche Ansprechpartnerin zur Verfügung. Antworten zu den Importpreisen verweigerte Bayer mit dem Hinweis, diese fielen unter das Firmengeheimnis. Baxter stellte uns in dieser Studie erstmals einen Ansprechpartner zur Verfügung und zeigte sich gesprächsbereit. Die Firma beantwortete unsere Fragen prompt und verbesserte ihr Kommunikationsverhalten im Vergleich zur Vorgängerstudie erheblich.

⁵¹ Bayer (2014) Geschäftsbericht 2013. Strategie der Teilkonzerne www.geschaeftsbericht2013.bayer.de/de/strategie-der-teilkonzerne.aspx [Zugriff 30.4.14]



Schicke Skyline der Landeshauptstadt Düsseldorf

Foto: Martin Falbisoner / Wikimedia

V Uganda – ein vernachlässigter Markt?

Seit drei Jahrzehnten prüft und bewertet die BUKO Pharma-Kampagne das Sortiment und die Geschäftspolitik von Pharmaunternehmen in armen Ländern. Doch diese Studie wirft erstmals neue Fragen auf: Ist es sinnvoll oder beklagenswert, wenn sich internationale Pharmakonzerne aus armen Ländern wie Uganda zurückziehen? Gelingt es den (größtenteils indischen) Generika-Produzenten diese Lücke zu schließen? Und last but not least: Sind Entwicklungshilfegelder – die etwa im Rahmen der Contraceptive-Security-Initiative oder des Jadelle®-Access-Programms fließen – ein sinnvoller Anreiz, um Firmen dazu zu bewegen, einen vernachlässigten Markt wie Uganda zu bedienen?

Die Markenhersteller Baxter, Boehringer Ingelheim und Bayer haben kein oder nur ein geringes Interesse daran, ein Land ohne zahlungskräftige PatientInnen mit Arzneimitteln zu beliefern oder sich dort in der Forschung zu engagieren. Solange wichtige Arzneimittel generisch verfügbar sind, mag das kein großer Verlust sein. Schließlich belasten teure Markenprodukte und erst recht irrationale Pseudoinnovationen unnötig das Gesundheitsbudget. Was aber, wenn dadurch innovative Mittel, etwa

„NRW trägt allein aufgrund seiner wirtschaftlichen Kraft, seiner starken Exportorientierung und seiner historischen Prägung Verantwortung für die Entwicklung der Welt jenseits unseres Kontinents mit.“⁵²

Aus dem Bericht der Ministerin für Innovation, Wissenschaft und Forschung

gegen Hämophilie, Parkinson oder Krebs nicht (mehr) zur Verfügung stehen? Ihr Krebsmittel Nexavar® bietet die Firma Bayer z.B. in Uganda gar nicht erst an. Der Vorstandsvorsitzende Marijn Dekkers machte bei einer Diskussionsveranstaltung auch keinen Hehl daraus, dass das Mittel im Grunde für Reiche gedacht ist: „Lassen Sie uns ehrlich sein. Wir haben dieses Produkt für Patienten im Westen entwickelt, die es sich leisten können.“⁵³

Müssen sich PatientInnen in den ärmsten Ländern der Welt also künftig mit dem begnügen,

⁵² Ministerin für Bundesangelegenheiten, Europa und Medien des Landes NRW (2012) Schwerpunkte der Landesregierung im Bereich Europa und Eine Welt. www.nrw.de/web/media_get.php?mediaid=25054&fileid=79641&sprachid=1

⁵³ MSF (2014) Ärzte ohne Grenzen kritisiert Bayer-Chef Dekkers. News auf der MSF-Website vom 23.1.2014 www.aerzte-ohne-grenzen.de/article/aerzte-ohne-grenzen-kritisiert-bayer-chef-dekkers [Zugriff 9.5.2014]



Hier fehlt es zwar nicht an Kohle, aber am Geld. Holzkohle-Verkaufsstelle in Uganda Foto: Hein Waschefort / Wikimedia

was die sprichwörtliche „Apotheke der Armen“, also indische Generikafirmen anbieten? Und steht demgegenüber eine „Apotheke der Reichen“, deren Forschungsportfolio ausschließlich auf die Bedürfnisse von Industrieländern zugeschnitten wird?

Mit Trostpflastern wie Arzneimittelspenden und Markenmedikamenten zum Vorzugspreis ist es jedenfalls nicht getan, wenn der freie Markt versagt. Hier sollte insbesondere die deutsche Politik in die globale Verantwortung genommen werden. Etwa durch aktive Unterstützung beim Ausbau der lokalen Arzneimittelproduktion in Uganda, durch Beratung bei der Beschaffungspolitik von Arzneimitteln oder bei der Preisbindung von Medikamenten. Die in Bonn ansässige Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) könnte dazu einen wichtigen Beitrag leisten. In den beiden vergangenen Jahren hat sie „zusammen mit der Privatwirtschaft die Potenziale Afrikas“⁵⁴ erschlossen und dabei auch Projekte in Uganda gefördert. Abgesehen von einem vom BMZ in Auftrag gegebenen Projekt zu HIV/Aids beschäftigte sich keines der Programme mit dem Thema Gesundheit.⁵⁵ Wir plädieren dafür, öffentlich-private Partnerschaftsprojekte kritisch zu überdenken und verstärkt auch in den Auf-

bau einer tragfähigen Versorgungsstruktur im Bereich Gesundheit zu investieren.

Wir empfehlen aber auch dem Land NRW, das diese Studie durch seine Stiftung Umwelt und Entwicklung maßgeblich finanziert hat, für innovative Forschungsprojekte an Universitäten einzutreten. Gerade die öffentliche Forschung sollte einen sozial gerechten Zugang zu den Forschungsprodukten im Blick haben – jenseits von Patenten und wirtschaftlicher Verwertbarkeit.⁵⁶

Die Universität Münster hat dazu den ersten Schritt getan. Im Januar 2014 beschloss sie eine Patentstrategie, die im Bereich der Medizin auf gerechte Lizenzen setzt.⁵⁷ Wir hoffen, dass dieses Beispiel Schule macht. Schließlich hat sich das NRW-Forschungsministerium zu einer Wissenschaft und Forschung bekannt, „die den Menschen und sein Wohlergehen insgesamt in den Mittelpunkt stellt. (...) Die sich offen für Werte zeigt und deren Disziplinen nicht im Mainstream einer Richtung erstarren.“⁵⁸

54 GIZ: Jahresthema: Zukunftsentwickler www.giz.de/de/ueber_die_giz/101.html [Zugriff 27.5.2014]

55 Projekte der GIZ in Uganda: www.giz.de/de/weltweit/310.html [Zugriff 12.5.14]

56 Die BUKO Pharma-Kampagne hat zahlreiche Praxisbeispiele für sozial gerechte Forschung ausführlich beschrieben: Pharma-Brief Spezial 1/2013. Öffentliche Gesundheitsforschung kommt gut an.

57 Im Bereich der Medizin werden in der Regel Abschlüsse nach dem Modell der ‚equitable licences‘ angestrebt.“, heißt es in dem Strategie-Papier. www.uni-muenster.de/AFO/patente/aussendarstellungder-patentstrategie.html [Zugriff 27.5.2014]

58 Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW (2012) Bericht der Ministerin für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW www.nrw.de/web/media_get.php?mediaid=24974&fileid=79392&sprachid=1 [Zugriff 9.5.14]

VI Liste der untersuchten Medikamente

Medikamente Bayer 2013

Generischer Name	Handelsname Bayer	Dosierung	Anwendungsform	Packungsgröße	Klassifikation	Preis in UGX (für EndverbraucherInnen)
Acarbose	Glucobay	50 mg	Tablette	30	i	83.600
Acarbose	Glucobay	100 mg	Tablette	30	i	120.500
Acetylsalicylsäure	Aspirin cardio	100 mg	Tablette	30	r + u	7.800
Bifonazol	Mycospor cream	15 g	Creme	1	i	33.100
Bifonazol	Mycospor solution	15 ml	Lösung	1	i	33.100
Ciprofloxacin	Ciprobay	250 mg	Tablette	10	r + u	73.900
Ciprofloxacin	Ciprobay	500 mg	Tablette	10	r + u	149.500
Ciprofloxacin	Ciprobay XR	500 mg	Tablette	3	r + u	23.400
Ciprofloxacin	Ciprobay Infusion	2 mg/ml; 100 ml	Beutel mit Infusionslösung	1	r + u	184.600
Clotrimazol, Dexamethason	Baycuten N cream	15 g	Creme	1	i	35.000
Gadopentetat-Dimeglumin	Magnevist	469 mg/ml; 20 ml	Lösung	1	r	249.500
Drospirenon, Ethinylestradiol	Yasmin	3 mg ; 0,03 mg	Tablette	21	i	37.300
Ethinylestradiol, Levonorgestrel	Microgynon	0,03 mg; 0,15 mg	Tablette	21	r + u	12.100
Ethinylestradiol, Levonorgestrel, Eisen	Microgynon Fe	0,03 mg; 0,15 mg	Tablette	1 Blister à 28	r + u	2.900
Ethinylestradiol, Levonorgestrel, Eisen	Microgynon ED Fe	0,03 mg; 0,15 mg	Tablette	3 Blister à 28	r + u	kostenlos
Estradiolvalerat	Progynova tablets	2 mg	Tablette	84	i	74.800
Etofanamat	Bayrogel 5%	20 g	Gel	1	i	15.200
Etofanamat	Bayrogel 5%	40 g	Gel	1	i	28.700
Hydroxyprogesteron	Primolut depot	250 mg	Ampulle	1	i	43.100
Iopromid	Ultravist	300 mg/ml; 20 ml	Injektionslösung	1	r	50.800
Iopromid	Ultravist	300 mg/ml; 50 ml	Injektionslösung	1	r	67.700
Iopromid	Ultravist	300 mg/ml; 100 ml	Injektionslösung	1	r	83.000
Iopromid	Ultravist	370 mg/ml; 50 ml	Injektionslösung	1	r	69.400
Iopromid	Ultravist	370 mg/ml; 100 ml	Injektionslösung	1	r	98.000
Isoconazolnitrat	Gyno Travogen ovule	600 mg	Pessar	1	i	45.200
Isoconazolnitrat	Travogen	20 mg	Creme	1	i	25.200
Isoconazolnitrat, Diflucortolonvalerat	Travocort	15 mg	Creme	1	i	21.600
Levonorgestrel	Jadelle	75 mg	Implantat	1	r + u	
Levonorgestrel	Microlut	0,03 mg	Tablette	1*3*35	r + u	kostenlos
Levonorgestrel	Mirena	52 mg	Intrauterinpessar mit Hormonabgabe	1	r	840.400
Mesterolon	Proviron	25 mg	Tablette	20	i	36.700
Methylprednisolon	Advantan	15 g	Salbe	1	r	22.700
Metronidazol, Miconazol	Neo-penotran forte	750 mg; 200 mg	Pessar	7	i	51.100
Moxifloxacin	Avelon	400 mg	Tablette	5	r	106.600
Moxifloxacin	Avelon	1,6 mg/ml; 250 ml	Infusion	1	r	190.700
Nifedipin	Adalat Retard	20 mg	Tablette	60	r + u	151.400
Nifedipin	Adalat LA	30 mg	Tablette	30	r	99.400
Nimodipin	Nimotop tablets	30 mg	Tablette	100	i	417.000
Nimodipin	Nimotop infusion	0,2 mg/ml; 50 ml	Infusion	1	i	92.900
Norethisteron	Primolut N	5 mg	Tablette	30	i	40.700

Generischer Name	Handelsname Bayer	Dosierung	Anwendungsform	Packungsgröße	Klassifikation	Preis in UGX (für EndverbraucherInnen)
Norethisteronenantat, Estradiolvalerat	Norigynon	1 ml	Einmalspritze	1	i	6.600
Norethisteronenantat	Noristerat	1 ml	Einmalspritze	1	r + u	
Praziquantel	Biltricid	600 mg	Tablette	4	r + u	87.400
Prednisolon, Cichocain	Scheriproct	1,3 mg; 1 mg (10 gm)	Salbe	1	i	19.300
Prednisolon, Cichocain	Scheriproct	1,3 mg; 1 mg	Zäpfchen	12	i	19.300
Rivarobaxin	Xarelto	10 mg	Tablette	10	r	212.600
Vardenafil	Levitra	5 mg	Tablette	4	r	100.600
Vardenafil	Levitra	10 mg	Tablette	4	r	125.600
Vardenafil	Levitra	20 mg	Tablette	4	r	155.300



Foto: William Warby / Wikimedia

Medikamente Boehringer Ingelheim 2013

Generischer Name	Handelsname Boehringer Ingelheim	Dosierungsform	Anwendungsform	Packungsgröße	Klassifikation	Preis in UGX (für EndverbraucherInnen)
Ambroxolhydrochlorid	Mucosolvan	15 mg/ 5 ml; 100 ml	Saft	1	i	14.300
Butylscopolaminiumbromid	Buscopan	10 mg	Tablette	50	i	25.500
Butylscopolaminiumbromid, Paracetamol	Buscopan plus	10 mg; 500 mg	Tablette	50	i	41.100
Ipratropiumbromid	Atrovent	250 mcg/ml; 20 ml	Inhalationslösung	1	r	59.800
Ipratropiumbromid	Atrovent N	20 mcg/Dose; 10 ml	Aerosol-Spray	1	r + u	74.400
Ipratropiumbromid, Fenoterol	Duovent	0,02 mg; 0,05 mg/ 10 ml	Aerosol-Spray	1	i	46.000
Meloxicam	Mobic	7,5 mg	Tablette	30	r	90.400
Meloxicam	Mobic	7,5 mg	Tablette	30	r	63.200
Nevirapin	Viramune	200 mg	Tablette	60	r + u	83.600
Nevirapin	Viramune	10 mg/ml; 240 ml	Saft	1	r + u	58.000
Pramipexol	Pexola	0,125 mg	Tablette	100	r	93.600
Pramipexol	Pexola	0,25 mg	Tablette	30	r	176.400
Pramipexol	Pexola	1 mg	Tablette	30	r	376.100
Salbutamol, Ipratropiumbromid	Combivent	3 mg; 0,5 mg/2,5 ml	Inhalationslösung	1	r	82.400
Telmisartan	Micardis	40 mg	Tablette	28	i	81.400
Telmisartan	Micardis	80 mg	Tablette	28	i	94.200
Telmisartan, Hydrochlorothiazid	Co-micardis HCT	40 mg; 12,5 mg	Tablette	28	i	81.400
Telmisartan, Hydrochlorothiazid	Co-micardis HCT	80 mg; 12,5 mg	Tablette	28	i	94.200
Tiotropiumbromid	Spiriva Kapseln & Inhalator	18 mcg (30 Einheiten)	Inhalationslösung	1	r	218.700
Tiotropiumbromid	Spiriva	18 mcg (30 Einheiten)	Inhalationslösung	1	r	198.800

Medikamente Baxter 2013

Generischer Name	Dosierungsform	Anwendungsform	Packungsgröße	Klassifikation
Albumin	25%; 50 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Albumin	25%; 100 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Cyclophosphamid	50 mg	Tablette	50	r+u
Cyclophosphamid	1000 mg	Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	10	r+u
Glucose	50 mg/mL; 100 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Glucose	500 mg/mL; 1000 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Isofosfamid	1000 mg	Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	10	r+u
Isofluran	100%; 100 mL	Flüssigkeit zur Herstellung eines Dampfes zur Inhalation	6	r+u
Mannitol	200 mg/mL; 250 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Metronidazol	5 mg/mL; 100 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Natriumchlorid	9 mg/mL; 100 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Natriumchlorid	9 mg/mL; 500 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u
Natriumchlorid	9 mg/mL; 1000 mL	Infusion (Plastikflasche)	1	r+u

Diese Baxter-Medikamente stehen auf der ugandischen Liste der unentbehrlichen Medikamente, sind aber in Uganda nicht verfügbar.



Foto: Neal Palmer / Wikimedia

Die BUKO Pharma-Kampagne und HEPS Uganda haben das Geschäftsverhalten der Pharmafirmen Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim in Uganda untersucht. Ihr Fazit: Die Markenhersteller haben kein oder nur geringes Interesse daran, ein Land ohne zahlungskräftige PatientInnen mit Arzneimitteln zu beliefern und sich dort in der Forschung zu engagieren. Während Baxter den ugandischen Markt bereits aufgegeben hat, plant Boehringer Ingelheim den Rückzug. Nur die Firma Bayer vertreibt weiterhin Medikamente in Uganda – darunter etliche Hormonpräparate und Verhütungsmittel, manche von eher zweifelhaftem Nutzen.

Solange wichtige Arzneimittel als Generika (von anderen Anbietern) verfügbar sind, mag es kein großer Verlust sein, wenn sich Markenfirmen aus einem armen Land zurückziehen. Schließlich belasten teure Markenprodukte und erst recht irrationale Pseudoinnovationen unnötig das Gesundheitsbudget.

Was aber, wenn dadurch innovative Mittel gegen Hämophilie, Parkinson oder Krebs nicht (mehr) zur Verfügung stehen und sich außerdem der Zugang zu lebenswichtigen Therapien, etwa bei Asthma, noch weiter verschlechtert?

Diese Studie präsentiert stichhaltige Fakten und Analysen aus Uganda und wirft dabei wichtige Fragen auf, denen sich entwicklungs- und gesundheitspolitische Akteure und EntscheidungsträgerInnen stellen sollten: Wie kann es z.B. gelingen, gravierende Versorgungslücken zu schließen, wenn der freie Markt versagt? Wie kann die lokale Produktion gestärkt werden? Und last but not least: Sind Entwicklungshilfegelder – die etwa im Rahmen der Contraceptive-Security-Initiative oder des Jadelle-Access-Programms an die Firma Bayer fließen – ein sinnvoller Anreiz, um Pharmaunternehmen dazu zu bewegen, einen vernachlässigten Markt wie Uganda zu bedienen?

BUKO

Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Straße 62
33602 Bielefeld, Deutschland
Fon: +49 (0)521 60550
Fax: +49 (0)521 63789
Mail: info@bukopharma.de
Web: www.bukopharma.de
www.twitter.com/BUKOPharma
ISSN 1618-4580



Spenden: Gesundheit und Dritte Welt e.V.
Sparkasse Bielefeld
Spendenkonto: 105 627
BLZ: 480 501 61
IBAN: DE97 4805 0161 0000 1056 27
BIC: SPBIDE3BXXX