

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11898

Multis mit Hilfgeldern füttern GAVI und die Pneumokokken-Impfung

Neue Impfstoffe für arme Länder können eine gute Sache sein. Aber man kann Entwicklungshilfgelder auch ohne Not aus dem Fenster werfen. Die GAVI Alliance scheint dazu entschlossen. Sie will 1,5 Milliarden US\$ in den Kauf von Pneumokokken-Impfstoff stecken und verkauft das als Förderung der Erforschung neuer Impfstoffe. Tatsächlich wird sie damit hauptsächlich die Hersteller alimentieren.

Advance Market Commitments (AMC) heißt das Zauberwort der Gates Stiftung, die wesentlich an der Gründung und Finanzierung von GAVI beteiligt ist. Die Idee klingt an sich erst einmal verlockend: Um Firmen zur Entwicklung eines Medikaments für vernachlässigte Krankheiten zu motivieren, garantiert man bei Erfolg eine große Abnahmemenge zu einem festen Preis.

Wie wir bereits berichteten,¹ hat die Sache mehrere Haken. Das GAVI AMC-Modell wurde gegen die Bedenken einiger beteiligter WissenschaftlerInnen sehr industriefreundlich und wenig praktikabel ausgestaltet. Beispielsweise können sich nur sehr große Firmen auf ein AMC einlassen. Denn Geld fließt erst, wenn das Medikament oder der Impfstoff erfolgreich entwickelt ist. Universitäten und kleine Start-up Firmen können eine solche Investition überhaupt nicht leisten.

Übrigens können sich auch die Geldgeber eines AMC zunächst „für umsonst“ im Ruhm sonnen, etwas Gutes für die Menschheit zu tun. Denn bis wirklich die ers-

ten Impfdosen bezahlt werden müssen, sind sie wahrscheinlich längst nicht mehr im Amt.

Mogelpackung

Der wesentlichste Kritikpunkt an den hohen Ausgaben für die Pneumokokken-Impfung ist, dass es sich dabei überhaupt nicht um ein neues Mittel handelt. Der erste Impfstoff wurde 1985 eingeführt, ein modifizierter 2001.² Das Ziel eines AMC – bislang vernachlässigte Forschung zu fördern – wird also verfehlt.

Umleitung

Fauler Deal

GAVI hat zugesagt, den Impfstoff anfänglich für 7 US\$ pro Dosis abzunehmen (drei Impfungen sind erforderlich). Später soll der Preis dann auf 3,50 US\$ sinken. Die von GAVI befragten Experten haben die Produktionskosten für eine Impfstoffdosis auf 1-2 US\$ geschätzt.³ Ungefähr genau so viel sollen nach einer kurzen Übergangszeit die Empfängerländer selbst zu den Kosten beitragen. Das heißt aber, dass die mindestens 1,5 Milliarden, die GAVI für die Anschubphase investieren will, zum größten Teil die Gewinne

Editorial

Liebe LeserInnen, irgendwie geht es immer ums Geld. Eigentlich ist es ja eine gute Sache, wenn arme Länder besseren Zugang zu Medikamenten und Impfstoffen erhalten. Doch wenn das meiste Geld in die Taschen großer Konzerne umgeleitet wird, dann stimmt etwas nicht (siehe links). Auch in Europa ist die Pharmawelt keineswegs in Ordnung. Neue Präparate werden auf den Markt geworfen, ohne dass ihr Nutzen (und Schaden) wirklich klar sind. Das kostet viel und schadet PatientInnen womöglich sogar. Wir haben dem Bundestag Verbesserungsvorschläge unterbreitet (S. 3). Von strengeren Zulassungsbedingungen und Nutzenbewertungen in Europa könnte die ganze Welt profitieren.

Ihr

Jörg Schaaber

Inhalt

Arzneimittel in Europa..3
Transparenz und Kontrolle
Armut in reichen Ländern 5
Arm stirbt man früher
Roche.....6
Schmähpreis
Sponsoring in USA.....6
Gekaufte Freunde



der Impfstoffhersteller finanzieren.

Die richtige Priorität?

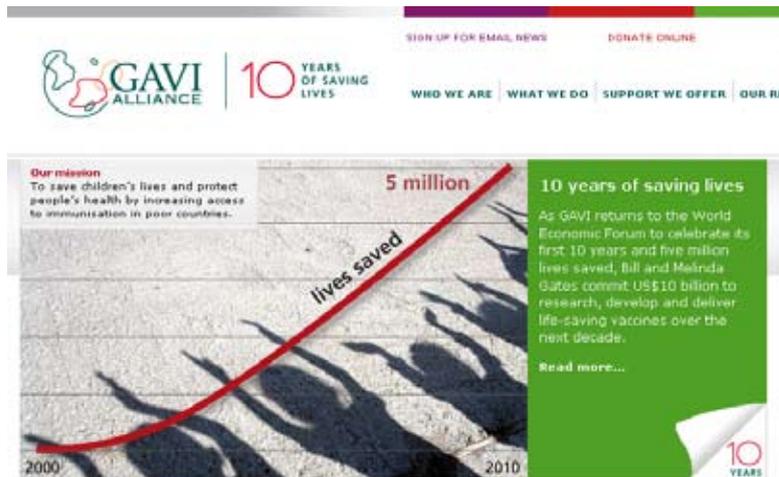
Ob durch die Pneumokokken-Impfung wirklich so viele Menschenleben gerettet werden können, wie GAVI behauptet, steht noch auf einem anderen Blatt. Daten aus Industrieländern, in denen teils schon seit einigen Jahren massenhaft geimpft wird, deuten

Dazu macht der Wissenschaftler Donald Light eine einfache Rechnung auf:³ Für 1,5 Mrd. Dollar kann man 214 Millionen Dosen zu 7 US\$ kaufen und 64,2 Millionen Kinder impfen (10% des Impfstoffs verderben gewöhnlich). Legt man die optimistischen Annahmen der WHO zur Wirksamkeit zugrunde, muss man 259 Kinder impfen, um einen Todesfall zu verhindern. Mit den zum Preis von 7 US\$ gekauften

Impfdosen könnten unter dieser Annahme in drei Jahren rund 250.000 Leben gerettet werden.⁶ Jedes gerettete Leben würde so mindestens 6048 US\$ kosten. GAVI behauptet, dass allein 2014-2015 900.000 Menschen gerettet würden.

lich geringeren Kosten größere Effekte erzielen. Blicke man beim Impfen, würde der gleiche Betrag – für Standardimpfungen eingesetzt – mehr Leben retten. Ganz zu schweigen davon, dass durch sauberes Wasser und bessere hygienische Bedingungen viele Erkrankungen von vornherein gar nicht auftreten würden. Es muss bei Interventionen immer diskutiert werden, welche den größten Vorteil für die Bevölkerung bringen – das gilt für Länder mit knappen Ressourcen in besonderem Maße. (JS)

- 1 Forschungsförderung per Abnahmeversprechen. *Pharma-Brief* 3-4/2009, S. 3
- 2 atd Arzneimitteldatenbank. Stand 23.1.2010
- 3 Donald Light. Reducing Global Inequalities through New Global Vaccines. Vortrag bei der Health Economy & Administration Conference, Oslo 8.1.2010 www.med.uio.no/healthforum/innlegg%202010.htm (Zugriff am 18.2.2010)
- 4 Massenimpfung mit Prevenar – Erste Daten aus Europa. *arznei-telegramm* 3/2009, S. 27-29
- 5 Preventing Pneumococcal Diseases: An Advance Market Commitment for New Vaccines. Geneva, ohne Jahr www.gavi.org/resources/AMC_PneumoFactSheet_2.pdf (Zugriff am 5.3.2010)
- 6 GAVI Alliance. Preventing Pneumococcal Diseases: AN innovative way to make vaccines available for children. Ohne Jahr, Geneva
- 7 Hotez et al. Control of Neglected Tropical Diseases. *N Engl J Med* 2007; Vol 357, p 1018-27.



GAVI macht große Versprechen – aber kann es sie auch halten?

in eine andere Richtung: zwar nehmen die Erkrankungen durch die im Impfstoff enthaltenen Serotypen ab, aber Erkrankungen durch andere Pneumokokken-Serotypen nehmen zu. Es wird also nur ein Teil der Erkrankungen verhindert (die übrigens meist gut mit Antibiotika behandelbar sind).⁴ Viel wird davon abhängen, wie gut der Impfstoff das Keimspektrum in den Zielländern trifft.

Preise auf Wunsch der Industrie erhöht

Ursprünglich war geplant, für die ersten drei Jahre 5 US\$ pro Impfdosis zu bezahlen, um den Bau von zusätzlichen Produktionsstätten zu decken.⁵ Doch die großen Hersteller fanden das zu wenig und verlangten mindestens 7 US\$. Wegen des hohen vereinbarten Preises können viel weniger Kinder geimpft werden, als das bei einem Abnahmepreis knapp über den Produktionskosten der Fall wäre.

Eine offensichtlich übertriebene Annahme und angesichts begrenzter Ressourcen eine bedenkliche Entscheidung.

Gewinn langfristig gesichert

Aber auch nach Ablauf der auf drei Jahre befristeten Anschubphase soll der Preis für die nächsten zehn Jahre nur noch auf 3,50 US\$ sinken (ursprünglich geplant: 2 US\$). Um die Impfungen weiter zu unterstützen, will GAVI nochmals 1,3 Milliarden US\$ einwerben. Da aber die Empfängerländer allmählich 1-2 US\$ selber bezahlen sollen, würde der Zuschuss von GAVI fast vollständig den Gewinnen der Hersteller zufließen. Die tatsächlichen Produktionskosten tragen ja schon die armen Länder fast alleine.

Laut Light würden andere Interventionen wie das von dem Global Network for Neglected Tropical Diseases vorgeschlagene zu parasitären Erkrankungen⁷ bei deut-

Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, e-mail: pharma-brief@bukopharma.de
 Homepage: www.bukopharma.de
 Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
 Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Claudia Jenkes, Christian Wagner-Ahlf, Hedwig Diekwisch, Christiane Fischer.
 Mitarbeit: Harald Uther
 Design: com,ma, Bielefeld
 Foto S.1: WOGI/fotolia.com; S. 3: Jörg Schaaber; S. 7: Historische Aufnahme, Archiv Uwe Schellinger
 Druck: AJZ Druck und Verlag GmbH, Bielefeld
 © copyright BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 17 €, Institutionen- oder Auslandsabo 32 €. Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

Konto für Abos: 105 601
 Konto für Spenden: 105 627
 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61), Gesundheit & Dritte Welt e.V.
 Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



Schwachstellen im System

Transparenz und strengere Zulassung Voraussetzung für gute Versorgung

Die EU-Kommission hat jüngst die Arzneimittelversorgung in der europäischen Union unter die Lupe genommen,¹ der Pharma-Brief berichtete.² Der 606-seitige Ergebnisbericht benennt Schwachstellen, die eine optimale und kostengünstige Versorgung der Bevölkerung in den Mitgliedsstaaten behindern. Er zeigt aber auch, dass das gegenwärtige System zur Förderung der Arzneimittelforschung erhebliche Schwächen hat. Woran es mangelt, sind konstruktive Vorschläge zur Verbesserung der Situation. Die Pharma-Kampagne konnte am 3. März dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages ihre Vorschläge für eine rationalere Arzneimittelversorgung darlegen.³ Hier die wichtigsten Punkte.

Der EU-Bericht zeigt wichtige Bereiche auf, die einen produktiven Wettbewerb behindern. Die Verzögerung der Einführung von Generika durch Originalhersteller führt eindeutig zu höheren Kosten in der Gesundheitsversorgung. Für Arzneimittelfirmen zahlt es sich nämlich mehr aus, in Marketing und Rechtsstreitigkeiten als in Forschung zu investieren. Mit einigen für die Patientenversorgung wichtigen Aspekten befasst sich der EU-Bericht jedoch wenig, obwohl sie für den Wettbewerb bedeutsam sind.

Da wäre etwa die selektive Publikation von Studienergebnissen, die erhebliches Verzerrungspotenzial besitzt. Industriegesponserte Studien berichten vier mal so häufig ein positives Ergebnis wie unabhängig durchgeführte Studien.⁴ Ungünstig ausgegangene Studien werden vom Hersteller häufig gar nicht erst veröffentlicht (publication bias) oder schon das Studiendesign bevorteilt das Produkt des Sponsors (etwa zu niedrige

Dosis für das Vergleichspräparat). Dadurch entsteht ein völlig unzutreffendes Bild von der Wirksamkeit eines Arzneimittels. Aber auch andere unwissenschaftliche Gepflogenheiten beeinträchtigen eine klare Einschätzung der Datenlage – so etwa die nachträgliche Umformulierung von Untersuchungszielen.⁵ Im Extremfall können fehlende Daten sogar zu einer völlig falschen Beurteilung führen. So zeigte eine durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführte Bewertung anhand der publizierten Daten eine Wirksamkeit des Antidepressivums Reboxetin und kein höheres Schadenspotenzial als andere Mittel. Nach Einbeziehung von zwei nachgeforderten unveröffentlichten Studien ergab sich kein Beleg für eine Wirksamkeit mehr, dafür aber ein höherer Schaden.⁶

Studiendaten offenlegen

Die Unterdrückung von Daten kann erhebliche Gesundheitsschäden verursachen.

ursachen. So wurden für das Rheumamittel Rofecoxib Risikodaten über Jahre verschwiegen, bevor das Medikament dann wegen seines Schadenspotenzials vom Markt genommen werden musste. David Graham, bei der US-Kontrollbehörde FDA für Risikobewertung zuständig, schätzte die durch Rofecoxib zusätzlich verursachten Fälle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den USA auf 88.000 bis 140.000.⁷

Zum Schutz der VerbraucherInnen vor schlecht wirksamen oder zu risikoreichen Mitteln, aber auch zur Verbesserung des Wettbewerbs, der ohne vollständige Kenntnis der Daten nicht vernünftig funktionieren kann, ist eine Veröffentlichungspflicht für Studienergebnisse unverzichtbar.

Patente fördern keine Innovation

Patente sollen Innovationen fördern und so einen therapeutischen Fortschritt für die PatientInnen bringen. Nach Ansicht der EU-Kommission gehören dabei Patentschutz und Wettbewerb – als Anreiz, möglichst innovativ zu sein – zusammen.⁸ Patente stellen jedoch nur ein vages Kriterium für Innovation dar. Für die Patentierbarkeit von Arzneimitteln reicht es aus, dass der Wirkstoff neu ist und eine Wirkung zeigt. Er muss noch nicht einmal gleich gut wirken, wie bereits auf dem Markt befindliche Substanzen. Der





Bericht der EU-Kommission kritisiert zu Recht die niedrigen Anforderungen an die Patentierbarkeit. Strengere Patentierbarkeitsanforderungen würden die Innovation fördern und Kosten sparen. Auch ein einheitliches europäisches Patent würde für mehr Transparenz sorgen. In den USA müssen seit 2003 Hersteller alle Fälle von Patentstreitigkeiten mit Generikafirmen, bei denen es außergerichtliche Vergleiche gibt, der Federal Trade Commission und dem US-Justizministerium melden.⁸ Eine vergleichbare Regelung ist auch für Europa anzustreben.

Kosten der Forschung

Die forschende Pharmaindustrie fordert einen möglichst hohen Schutzstandard ein, um ihre Forschungskosten zu amortisieren. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Rahmenbedingungen sich für diesen Industriezweig wesentlich verbessert haben. Die immer wieder zitierte Zahl von 10-12 Jahren zwischen Patentanmeldung und Markteinführung ist längst nicht mehr zutreffend. Für Patentanmeldungen 1994-1998 betrug der Zeitraum von der Anmeldung bis zur Vermarktung nur noch 6 Jahre.¹ Die Monopolperiode (bis zum Markteintritt des ersten Generikums) hat sich von 2000 bis 2007 von rund 10 auf 14 Jahre verlängert.¹

Viele Forschungsgelder fließen außerdem in Therapiegebiete, für die es bereits gute Arzneimittel gibt und etliche neue Mittel bringen keinen medizinischen Fortschritt. Die dafür aufgewendeten Mittel sind aus gesellschaftlicher Sicht tendenziell überflüssige Kosten. Zum anderen refinanzieren die Firmen ihre Forschungsausgaben über hohe Arzneimittelpreise. Die Versichertengemeinschaft und PatientInnen bezahlen auf diesem Wege indirekt die Forschungskosten. Dass die Ausgaben für Marketing (21% des Umsatzes) die Forschungskosten (18%) übersteigen,¹ ist ein Indiz für eine falsche

Prioritätensetzung: Medikamente mit fehlendem Innovationspotenzial brauchen einen großen Werbeaufwand, um sich auf dem Markt durchsetzen zu können.

Preisfestsetzung

In Deutschland können Firmen die Preise ihrer Produkte beliebig hoch festsetzen, ohne dass das zunächst eine Auswirkung auf die Erstattungsfähigkeit hat. Das bedeutet nicht nur enorme Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung, sondern wirkt sich später auf die Preisfestsetzung im Generikasektor aus. Denn der Preis von Generika orientiert sich am Preis des Originalprodukts. Die freie Preisfestsetzung bei gleichzeitig sofortiger Erstattung durch die GKV nach Zulassung stellt eine Fehlsteuerung der Forschung dar. Stattdessen wäre eine frühzeitige Kosten-Nutzen-Bewertung für die Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angebracht. Sie könnte unnötige Kosten vermeiden und böte eine bessere Orientierung zur optimalen Versorgung der PatientInnen.

Bedarfsorientierte Forschung

Patente sind nicht geeignet, das Forschungsinteresse auf Gebiete zu lenken, in denen der größte medizinische Bedarf besteht. Denn Firmen entwickeln Medikamente für lukrative Absatzgebiete. Neue Medikamente dienen daher nicht unbedingt dem therapeutischen Fortschritt und Scheininnovationen sind häufig. Medikamente mit bestenfalls marginalem Zusatznutzen verursachen aber hohe Kosten. So etwa der Cholesterinsenker Atorvastatin, das mit 9,25 Mrd. € umsatzstärkste Medikament der Welt. Bis zur Eingruppierung in eine Festbetragsgruppe kostete das Mittel in Deutschland die Krankenkassen rund eine halbe Milliarde € im Jahr. Es wäre an der Zeit, endlich geeignete Steuerungsinstrumente zu entwickeln, die die Forschung in eine sinnvollere Richtung lenken. Daneben wäre auch mehr öffentlich finan-

zierte Forschung für vernachlässigte Krankheiten notwendig.

Zulassung

Die Mehrzahl der neuen Wirkstoffe bringt keinen therapeutischen Fortschritt für die PatientInnen, trägt aber wesentlich zu hohen Arzneimittelausgaben bei. Auch mit strengeren Anforderungen an die Patentierbarkeit kann keine bedarfsgerechte Ausrichtung der Forschung erreicht werden. Hier wäre die Arzneimittelzulassung als steuernde Instanz gefragt. Sie erfüllt diese Anforderung bisher aber nicht. Derzeit reichen bereits Nicht-Unterlegenheitsstudien für eine Zulassung aus. Das bedeutet lediglich, dass die neue Substanz nicht wesentlich schlechter ist als bereits bekannte. Dadurch kommen viele medizinisch nicht notwendige Präparate auf den Markt, die zu unnötigen Ausgaben führen.

Die Zulassung eines Arzneimittels muss darum an aussagekräftige vergleichende Studien gekoppelt werden. Nur was besser wirkt, schwerwiegende Erkrankungen reduziert oder zumindest die Lebensqualität verbessert, sollte PatientInnen zugemutet werden. (JS/CJ)

- 1 European Commission: Pharmaceutical Sector Inquiry – Final Report. Brussels 2009. COM (2009) 351 final
- 2 Wettbewerb – Fehlanzeige. *Pharma-Brief* 7/2009, S. 4
- 3 BUKO Pharma-Kampagne. Stellungnahme zum Bericht der EU Kommission über die Untersuchung des Arzneimittelsektors. Bielefeld 1.3.2010. www.bukopharma.de/uploads/file/Archiv/BT_2010-03-03.pdf
- 4 Lexchin J et al.: Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003;326:1167
- 5 Wenn's am Ende nicht passt. *Pharma-Brief* 1/2010, S. 1. Ewart R. et al: Undisclosed Changes in Outcomes in Randomized Controlled Trials: An Observational Study. *Ann Fam Med* 2009; 7 (6): 542
- 6 IQWiG: Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression. Abschlussbericht A05-20C. Köln 2009
- 7 Graham DJ et al: Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal antiinflammatory drugs. *Lancet* 2005; 365: 475-481
- 8 Murphy F and Liberatore F. European Union: European Commission To Check Whether Patent Settlements Concluded Between Pharmaceutical Companies Infringe EU Antitrust Rules *Jones Day* 05 February 2010



Reiche leben länger Sozialer Status und Lebenserwartung in Industrieländern

Höherer Lebensstandard, flächendeckender Gesundheitsschutz und eine größere Lebenserwartung – das sind Entwicklungen, die in westlichen Nationen mit dem 20. Jahrhundert assoziiert werden. Wenn es um Gesundheit geht, sollen soziale Unterschiede keine Rolle spielen. So das ausgegebene Ziel vieler politischer Reformen. Doch die Schere zwischen Arm und Reich ist in den letzten hundert Jahren kaum kleiner geworden.

Geht man nach einer im März 2009 veröffentlichten Studie der Universität Lancaster, erhält dieses Bild jedoch schwere Kratzer.¹ An der Koppelung von sozialem Status und individueller Lebenserwartung hat sich in den letzten hundert Jahren nur sehr wenig verändert.

Dabei greift die Studie auf Daten aus England und Wales zurück. Verglichen wurden die Sterblichkeitsraten in den verschiedenen Gebieten Großbritanniens aus den Jahren 1901 und 2001. Wie gezeigt werden konnte, standen vor hundert Jahren wie heute Armut und geringere Lebenserwartung in gleichermaßen engem Verhältnis. In Stadt- und Industriegebieten waren und sind die Sterblichkeitsraten gegenüber ländlichen Gebieten deutlich erhöht. Zwar ist in den hundert Jahren die Kindersterblichkeit stark zurückgegangen und die Lebenserwartung für Männer von 46 Jahren auf 77 und für Frauen von 50 auf 81 Jahre gestiegen. Doch die durchschnittlichen Sterberaten der am schlechtesten verdienenden 10% der Bevölkerung lagen im Jahr 2001 noch immer bei dem 1,36-fachen der Sterberate des bestverdienenden Zehntels. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts lag diese Rate beim Faktor 1,39. Menschen aus den ärmsten Schichten sterben heute im Schnitt sieben Jahre früher als die Reichsten der Gesellschaft.² Im Laufe des Jahrhunderts kam es also zu keiner merklichen Verbesserung. Wer sozial benachteiligt ist, stirbt in der Regel früher.



Foto: lausher/Fotolia.com

In die gleiche Richtung deuten auch die Ergebnisse einer im Juni 2009 veröffentlichten kanadischen Studie.³ Hier wurde der Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und den individuellen Wohnverhältnissen beleuchtet. Das Ergebnis: Die Lebenserwartung von Menschen, die in Fremden- und Obdachlosenheimen untergebracht sind, liegt bei Männern 10, bei Frauen sogar fast 20 Jahre unter dem nationalen Durchschnitt. Damit sind sie sogar noch schlechter dran als das untere Einkommensfünftel.

Wieso aber hat sich trotz aller sozialen und politischen Veränderungen des 20. Jahrhunderts an diesem Umstand nichts verbessert? Neben der nach wie vor existierenden starken sozialen Ungleichheit – rund 14 Prozent der

Bevölkerung in Deutschland lebten 2008 unter der Armutsschwelle⁴ – welche die Lebenserwartung verkürzt, ist eine interessante Tatsache, dass Gesundheitsvorsorge ärmere Schichten kaum erreicht. In Deutschland beispielsweise, wurden von 340 Millionen Euro, die in Prävention investiert wurden, 285 Millionen für sogenannte Einzelkurse ausgegeben. Ein Angebot, das hauptsächlich von Besserverdienenden genutzt wird. Das geht aus dem Präventionsbericht der gesetzlichen Kassen hervor.⁵ In die betriebliche Gesundheitsvorsorge, sowie in Projekte in Kitas, Schulen und Altenheimen floss hingegen nur ein Fünftel dieses Betrags. Obwohl hier am ehesten alle Schichten erreicht werden. Dabei ist Prävention einer der wichtigsten Bestandteile einer nachhaltigen Gesundheitsfürsorge.

Diese Ergebnisse stehen in starkem Kontrast zu der allgemeinen Auffassung, unsere Gesellschaft biete einen für alle gleichen Gesundheitsschutz, unabhängig von Einkommen und sozialem Status. Soll eine Gleichheit der Chancen nicht nur eine leere Idee bleiben, so besteht sicherlich noch einiger Nachholbedarf. (HU)

- 1 Gregory, Ian: Comparisons between geographies of mortality and deprivation from the 1900s and 2001: spatial analysis of census and mortality statistics; University of Lancaster, 10. September 2009; *BMJ* 2009; Vol 339, p b3454
- 2 Marmot, Michael: Fair Society, Healthy Lives. A Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London, 12. Februar 2010; The Marmot Review
- 3 Hwang, Stephen; Wilkins, Russell; Tjepkema Michael; O'Campo, Patricia; Dunn, James: Mortality among residents of shelters rooming houses and hotels in Canada: a 11 year follow-up study. Toronto, 30. Oktober 2009; *BMJ* 2009; Vol 339, p b4036
- 4 Grabka, Markus; Frick, Joachim: Armutsrisiko in Deutschland steigt: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. Berlin, 18. Februar 2010; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht Nr.7/2010
- 5 Greyer, Stefan; Bergius, Michael: Gesundheitsvorsorge erreicht Arme kaum. *Frankfurter Rundschau*, 20. Januar 2010



Schmähpreis für Pharma-Gigant Roche

Pünktlich zum Weltwirtschaftsforum in Davos kürten NGOs alljährlich die Menschen- und umweltverachtendste Firma. Gewonnen hat dieses Jahr Pharmariese Roche, wegen fragwürdiger Organ-Experimente.¹

Das Schweizer Unternehmen verwerde bei medizinischen Studien höchst wahrscheinlich die Organe von hingerichteten chinesischen Gefangenen, so Greenpeace Schweiz und Erklärung von Bern, die den Public Eye Award jedes Jahr verleihen. Roche vertreibt und produziert in China das Arzneimittel Cell Cept®, das die Abstoßung transplantierte Organe verhindert. Derzeit erforscht Roche die Wirkung des Medikaments auch in zahlreichen chinesischen Kliniken.²

Roche gibt sich ahnungslos

Nach eigenen Angaben verfügt die Firma über keine Informationen, woher die transplantierten Organe stammen. In einer Stellungnahme des Unternehmens heißt es lediglich: „Sämtliche Prüfzentren, mit denen Roche in China zusammenarbeitet, sind behördlich zugelassene und anerkannte Transplantationszentren.“³

Hingerichtete ausgeschlachtet

Dies ist nicht unbedingt ein Gütesiegel. Denn Ende 2008 räumte der chinesische Vize-Gesundheitsminister in einer medizinischen Fachzeitschrift ein, dass mehr als 90% aller transplantierten Organe von hingerichteten Gefangenen stammen. Wegen kulturell bedingter Vorbehalte gibt es kaum freiwillige Organspenden. Dennoch werden laut offiziellen Angaben jährlich rund 10.000 Organtransplantationen in China vorgenommen. Die World Medical Association und andere internationale Organisationen lehnen Transplantationen der Organe von Gefangenen übereinstimmend als unethisch ab. Eine Organspende in Gefangenschaft könne nicht als freiwillig gelten, selbst wenn

die Gefangenen angeblich zugestimmt haben.

Public Eye Award

An der öffentlichen Internet-Abstimmung für den Publikumspreis hatten in knapp zwei Wochen über 20.000 Menschen teilgenommen. Zuvor hatte eine Fachjury die skandalösesten Unternehmen für eine Kurzliste ausgewählt. Die *Erklärung von Bern* (EvB) verleiht den *Public Eye Award* seit zehn

Jahren, seit 2009 gemeinsam mit *Greenpeace Schweiz*. Er soll den Akteuren der Weltwirtschaft zeigen, dass Menschen und Umwelt verachtende Geschäftspraktiken Konsequenzen haben – primär für die davon Betroffenen, aber auch für das Firmenimage. (CJ)

- 1 Der Public Eye Swiss Award 2010 für unverantwortliches Konzernverhalten geht an Roche. Laudatio von Patrick Durisch, Leiter des Fachbereichs Gesundheit, Erklärung von Bern. www.evb.ch/cm_data/Speech_Roche_de.pdf (Zugriff am 12.2.2010)
- 2 Public Eye Swiss Award Shortlist 2010 – Roche (www.evb.ch/cm_data/de_Roche_von_BD-Shortlist_def.pdf) Zugriff am 12.2.2010)
- 3 Deutsche Welle zum Weltwirtschaftsforum am 27.1.2010 www.dw-world.de/dw/article/0,,5175472,00.html (Zugriff am 12.2.2010)

Industrie-Sponsoring Wen die US-Industrie so alles füttert

Welche scheinbar unabhängigen Organisationen Geld von der Pharmaindustrie bekommen, kann man in den USA erfahren. Dort müssen Industrieverbände offen legen, wen sie finanziell unterstützen. Die Informationen wurden nun von Knowledge Ecology International (KEI) im Internet veröffentlicht.¹

Der US-amerikanische Verband der Pharmaunternehmen PhRMA² vertritt 28 multinationale Unternehmen, darunter auch Boehringer Ingelheim, Bayer und Sanofi-Aventis. Im Jahr 2008 hat PhRMA laut eigenen Angaben 17,8 Millionen Dollar Unterstützung an Organisationen und Einzelpersonen gezahlt. Das zumindest zeigen die Angaben, die gemeinnützige Organisationen (und dazu gehören auch Industrieverbände) gemäß dem US-Steuerrecht machen müssen. Und das ist vermutlich nur die Spitze des Eisbergs: Nicht einbezogen werden Zahlungen an PR-Firmen oder Beratungsagenturen, die durchaus auch als Verteiler für weitere Gelder zur Meinungsbildung dienen können. Zahlungen der einzelnen Mitgliedsfirmen von PhRMA erfasst die Statistik ebenfalls nicht.

Eine Durchsicht der Zahlen zeigt, dass viel Unterstützung an Einrichtungen geht, die sich in der Öffentlichkeit gerne als unabhängig präsentieren. Sie vertreten wirtschaftsliberale Positionen, wenden sich gegen Wettbewerbsbeschränkungen und Kontrollen. Einige Beispiele: 260.000 US-Dollar erhielt das *International Policy Network*, das sich für einen „freien Markt“ bei Arzneimitteln einsetzt und auch in anderen Wirtschaftsbereichen den Interessen großer Unternehmen zuarbeitet. 180.000 US-Dollar gingen an die *Personalized Medicine Coalition*, die sich für starken Patentschutz engagiert. Das *Center for the Rule of Law* (150.000 US-Dollar) trat durch Angriffe auf die thailändische Regierung hervor, als diese Zwangslizenzen einsetzte. Das *Center for Medicine in the Public*



Interest (120.000 US-Dollar) steht ebenfalls der Industrie sehr nahe. Für „Marktfreundliche politische Lösungen“ setzt sich das *Manhattan Institute for Policy Research* ein (95.000 US-Dollar).

Wirkungsvoll angelegt wurden die Gelder beim *Tufts Center for the Study of Drug Development* (356.290 US-Dollar). KEI beschreibt die Einrichtung so: „Das Tufts Center [...] ist der angesagte Ort, wenn man industriefreundliche akademische Forschung zur Pharmapolitik braucht. Gegründet wurde es 1976 von dem Industrielobbyisten und Berater Louis Lasagna [...]“.¹ Von dort stammt die Behauptung, die Entwicklung eines Medikamentes würde über 800 Millionen Dollar kosten – eines der Hauptargumente der Industrie zur Rechtfertigung eines starken Patentschutzes.

Auch Ärzteverbände dürfen aus dem Füllhorn der Industrielobby zehren: die Alliance for Patient Access wehrt sich gegen vergleichende Wirksamkeitsforschung für Arzneimittel. Und nicht zu vergessen die Patientenverbände: PhRMA ist „Gold Sponsor“ (über 50.000 Dollar)³ der International Alliance of Patient Organisations, einer Lobbygruppe, die sich fast ausschließlich aus Industriegeldern finanziert.⁴ Was dann doch erstaunt ist die Tatsache, das PhRMA auch das European Patients Forum mit 50.000 Euro unterstützt hat.⁵ Sollten etwa die Kollegen der europäischen Pharmaverbände nicht ausreichend sponsern? (CW)

- 1 Knowledge Ecology International. PhRMA's grants to US organizations in 2008. 4 February 2010 <http://keionline.org/node/779> (Zugriff 5.3.2010)
- 2 Pharmaceutical Research and Manufacturers of America
- 3 IAPO. Healthcare Industry Partners Framework. www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=222;n=122 (Zugriff 5.3.2010)
- 4 IAPO. Annual Financial Report 2009. www.patientsorganizations.org/attach.pl/19/906/IAPO%20Annual%20Financial%20Report%202009.pdf (Zugriff 5.3.2010)
- 5 http://www.eu-patient.eu/publications/epf_annual_report_2008.pdf

Wege aus dem Patent-Dickicht

Dieser Sammelband der belgischen Juristin Geertrui Van Overwalle befasst sich mit dem Patent-Dickicht, das in den letzten Jahren durch Patentierung von Genen entstanden ist. Hintergrund ist die Sorge vor den negativen Auswirkungen. Das betrifft sowohl die Gesundheitsversorgung, z.B. wegen der Bedeutung von DNS-Tests für die Diagnostik, als auch die Auswirkungen für die ForscherInnen, in deren Laboralltag inzwischen fast ständig die eigene Forschung mit Patenten anderer Forscher oder Unternehmen kollidieren.

Die Aufsätze zeigen, dass das Patent-Dickicht durchaus die wissenschaftliche Arbeit behindern kann. Anhand konkreter Fallbeispiele werden die Probleme beschrieben und die Tauglichkeit verschiedener Lösungsansätze verglichen, etwa ein Patent Pool für das Genom des SARS Virus, Open Source Ansätze oder Clearinghouse Mechanismen. Fast immer steht die Frage im Mittelpunkt, ob und unter welchen Bedingungen die Modelle umgesetzt werden können. Dazu liefern die dreißig AutorInnen, fast ausschließlich JuristInnen und ÖkonomInnen, vielfältige Beiträge. (CW)

 Geertrui Van Overwalle (Ed.). *Gene Patents and Collaborative Licensing Models*. Cambridge 2009, 477 Seiten, 75 £. ISBN 9780521896733. www.cambridge.org/uk/catalogue/catalogue.asp?isbn=9780521896733



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

Deportiert aus Nordrach

Über acht Millionen Menschen erkranken jährlich weltweit an Tuberkulose, ein Drittel davon stirbt. Auch in Deutschland war die Tuberkulose bis zum zweiten Weltkrieg eine weit verbreitete gefürchtete Krankheit. Uwe Schellinger, Rolf Oswald und Egbert Hoferer haben mit dem Historischen Verein für Mittelbaden der Geschichte des Rothschild-Sanatoriums im



Das Rothschild-Sanatorium in Nordrach

Schwarzwalddorf Nordrach nachgespürt. Die Klinik behandelte bis 1942 ausschließlich jüdische Patientinnen. 1942 wurden die letzten 27 Personen, jüdische Patientinnen, Schwestern und Ärzte, in Konzentrationslager

deportiert und ermordet. Danach übernahmen die Nazis das Gebäude als „Lebensborn“. Mit der Broschüre „Deportiert aus Nordrach“ gibt das Autorenteam den letzten Patientinnen ein Gesicht und gibt Einblick in die lokalhistorischen Ereignisse, die zur Auflösung der Klinik führten. Der Ort Nordrach galt damals als das badische Davos. Gleich vier Lungenheilstätten mit jeweils unterschiedlichen Behandlungsmethoden existierten in dem kleinen Dorf. Die BUKO Pharmakampagne hat sich in ihren 2008 publizierten Unterrichtsmaterialien zum Thema Tuberkulose intensiv mit den Heilstätten Nordrachs und mit der Rothschild-Klinik beschäftigt. Unsere Recherchen und persönlichen Gespräche rund um Nordrach haben letztendlich zum Entstehen der wichtigen Broschüre beigetragen: (CF)

 Uwe Schellinger, Rolf Oswald, Egbert Hoferer. *Deportiert aus Nordrach* 2010: Historischer Verein für Mittelbaden.

Sie kann für 3 Euro bestellt werden beim Historischen Verein für Mittelbaden: Herbert Vollmer, Im Dorf 27, 77787 Nordrach, mail@familie-vollmer.de. Für die Verwendung im Unterricht kostenlos.



Keine Kinderarbeit bei chirurgischen Instrumenten

Die British Medical Association fordert, dass der öffentliche Gesundheitsdienst (NHS) keine Produkte mehr einkauft, die mit Kinderarbeit hergestellt wurden. Vor allem in Pakistan würden chirurgische Instrumente unter unmenschlichen Arbeitsbedingungen produziert. 12-Stunden-Tage, sieben Tage die Woche seien dabei die Regel. Auch Kinder die erst sieben Jahre alt sind, würden in die Produktion mit eingespannt. Die Medical Fair and Ethical Trade Group des ÄrztInnenverbandes hat mit dem NHS England verhandelt, damit der Regeln für den ethischen Einkauf entwickelt. Dr. Mahmood Bhutta, der Berater der Gruppe, resümiert: „Es scheint pervers, dass ArbeiterInnen rund um den Globus ihr Leben riskieren, um uns mit Gerätschaften zu versorgen, die britische Leben retten.“¹ Jetzt soll der schottische NHS nachziehen. (JS)

AIDS: Kolumbien zahlt zuviel

Die Kombination von Lopinavir und Ritonavir ist wichtig für die AIDS-Behandlung. In Kolumbien wurde sie nur von Abbott unter dem Markennamen Kaletra zum Preis von rund 3400 US\$ pro PatientIn und Jahr verkauft. Nach einer Kampagne von NGOs hatte die Nationale Preiskommission 2008 Höchstpreise festgesetzt: 1067 US\$ für den öffentlichen Sektor und 1591 US\$ für den Privatsektor. Abbott legte Widerspruch ein, der aber Ende 2008 zurückgewiesen wurde. Trotzdem senkte die Firma die Preise nicht.² Erst weitere Proteste brachten die Firma im Februar 2010 zum Einlenken. Der kolumbianische Staat spart dadurch 12 Millionen US\$ pro Jahr. Trotzdem ist der Preis noch zu hoch: Peru kauft die Kombination als Generikum und zahlt

nur 396 US\$.³ Mit einem Dekret hat sich die kolumbianische Regierung 1995 selbst verboten, preiswerte Generika zu beschaffen. NGOs fordern, das Dekret aufzuheben und per Zwangslizenz die Medikamente billiger zu beschaffen. Denn im Gesundheitswesen fehle es an allen Ecken und Enden an Geld, die Versorgung sei deshalb mangelhaft. (JS)

Deutsche Entwicklungshilfe: Zu viel versprochen

Die Entwicklungshilfe der Industrieländer wird 2010 um 35% gegenüber 2004 zunehmen, das prognostiziert die OECD. Doch die reichen Staaten bleiben damit weit hinter ihrem Versprechen zurück, das sie vor fünf Jahren in Gleneagles abgegeben haben.⁴ Vor allem Afrika hat darunter zu leiden: Statt der angekündigten zusätzlichen 25 Milliarden US\$ werden nur 12 Milliarden mehr im ärmsten Kontinent ankommen. Daran sind vor allem einige europäische Länder Schuld, die zugesagt hatten, 2010 0,51% (oder mehr) des Bruttonationalprodukts (BSP) in die Entwicklungshilfe zu geben, und dies nicht einhalten werden. Dazu gehören Frankreich (0,46%), Deutschland (0,40%), Österreich (0,37%), Griechenland (0,21%) und Italien (0,20%). Andere Länder werden das Ziel dagegen weit überschreiten: Schweden (1,03%), Luxemburg (1%), Dänemark (0,83%), Niederlande (0,8%). Belgien, Großbritannien, Finnland, Irland und Spanien liegen über oder genau auf dem 0,51% Ziel. Die USA und Japan hatten von vornherein deutlich weniger versprochen. Die USA werden ihr Ziel für 2010 mit 0,2% geringfügig überschreiten. Japan mit der gleichen Marke leicht unterschreiten. Übrigens macht es die gegenwärtige Wirtschaftskrise nicht schwerer, die Ziele einzuhalten. Schließlich bedeuten bei sinkendem BSP 0,51% davon auch weniger Geld. (JS)

MEZIS lädt ein

Die Initiative unbestechlicher ÄrztInnen, MEZIS, lädt am 14. April 2010 zu der Veranstaltung „Beeinflussungsstrategien der Pharmaindustrie“ in Frankfurt/Main ein. Prof. Klaus Lieb von der Uni Mainz wird über die Einflussnahme auf Arzneimittelstudien sprechen, Hedwig Diekwisch von der BUKO Pharma-Kampagne referiert über Werbung und Patienteninformation, Prof. Gerd Glaeske über den Einfluss der Industrie auf die Arzneimitteltherapie. Weitere Informationen unter www.mezis.de

EMA hört zu

Die Europäische Arzneimittelagentur EMA hat einen Strategieplan für die nächsten fünf Jahre entworfen und bittet um Kommentare. Bis zum 30. April 2010 kann jedermann Veränderungen und Verbesserungen für die Road Map to 2015 vorschlagen.⁵ Mischen auch Sie sich ein – die Industrie tut es sowieso.

- 1 BMA calls for an end to child labour in surgical instrument industry. BMA Scotland Press release 22.2.2010
- 2 Peter Maybarduk. Columbia rejects Abbott's appeal on Kaletra price regulation. ip-health 8 Feb 2010
- 3 Peter Maybarduk. Columbia: Compulsory licensing (3). e-drug 5 March 2010
- 4 OECD. Donors' mixed aid performance for 2010 sparks concern. Pressemitteilung vom 17.2.2010
- 5 www.ema.europa.eu/pdfs/general/direct/pr/5405010en.pdf

Zu guter Letzt

Den gegenwärtig vermarkteten Raucherentwöhnungsprodukten fehlt es gewöhnlich an einer hohen Wirksamkeit in der Praxis und sie haben starke Nebenwirkungen.

Aus der Ankündigung eines Berichts über die Marktchancen für neue Raucherstop-Produkte. Pressemitteilung vgpharma vom 15.1.2010. Der Bericht kostet für Einzelleser 1499 £.