

BIG PHARMA

Reader zur thematischen Arbeit der
Basisgruppe Medizin Göttingen im
Wintersemester 2006/2007



www.bgmed.org

Basisgruppe Medizin
Politische Teilgruppe der Fachschaft Medizin
Georg-August-Universität Göttingen



Inhalt:

Intro.....	Seite 3 – 4
I. Liste der unentbehrlichen Medikamente der Weltgesundheitsorganisation	Seite 5 – 10
II. AIDS/HIV: Medikamente für alle!?	Seite 11 – 15
III. Die Macht der Konzerne – Wer profitiert von Public-Private-Partnerships?	Seite 16 – 20
IV. Arzneimittel – Ein öffentliches Gut?	Seite 21 – 27
V. Gesundheitsversorgung für alle?	Seite 28 – 31
Impressum.....	Seite 32

Themenreader der Basisgruppe Medizin
erscheinen 1 bis 2 Semester verzögert

Erscheinungszeitraum: Wintersemester 2007/2008
1. Auflage: 250 Stück

Internes Blatt der politischen Studierendenschaft an der Universitätsmedizin Göttingen,
nur für den internen Gebrauch bestimmt.
Verkauf & kommerzielle Nutzung nicht erlaubt!

Intro*

Dieser Reader ist das Ergebnis unserer Arbeit im WS 06/07. Der Schwerpunkt unseres Interesses lag auf dem Thema Pharmaindustrie und Gesundheitsversorgung.

Begonnen haben wir die Arbeit zu diesem Thema mit unserer Veranstaltung „Big Pharma“ im Rahmen des Aktionstages im Dezember 2006, bei der wir den Film „The Constant Gardener“ im Göttinger Programmkiно Lumière zeigten. Zur aktuellen Situation sprachen damals Referenten der BUKO-Pharmakampagne, die sich seit Jahren mit Arzneimitteln und dem Verhalten der Pharmaindustrie auseinandersetzt, sowie von Ärzten ohne Grenzen.

Weiter ging es mit der Unterstützung der „Kaletra-Kampagne“ von IPPNW (Ärzte zur Verhinderung eines Atomkriegs) und MSF (Médecins Sans Frontières) bei der wir mit Hilfe Göttinger Medizinstudierenden über 500 Unterschriften gegen die Patentpolitik des Abbott-Konzerns sammeln konnten, und außerdem mit der inhaltlichen Arbeit, die wir unter anderem hier dokumentieren.

Sowohl das Beispiel des Medikaments Kaletra® (Artikel II „AIDS/HIV: Medikamente für alle!“) und die Tatsache, dass sich an der katastrophalen Lage der HIV-Infizierten in den sogenannten „Dritte Welt“-Ländern nichts wesentlich geändert hat, als auch die in Artikel V beschriebene Problematik „Gesundheitsversorgung für alle?“ zeigen anschaulich, dass eine weitergehende Analyse und Kritik notwendig ist. Dieser Reader soll hierzu Anregungen geben.

Die aktuellen Ereignisse, seien es die rund um den G8-

Gipfel, die Auseinandersetzungen um Freiräume hier in Göttingen oder weltweit, wie der Kampf der indigenen Bevölkerung Südamerikas (um nur einige Beispiele zu nennen) machen deutlich, wie wichtig die Auseinandersetzung mit den bestehenden Verhältnissen ist um Rückschlüsse für das eigene Handeln zu ziehen.

Wir hoffen, dass durch die hier gesammelten Artikel mehr Menschen Lust bekommen, sich politisch zu engagieren und beginnen sich in die politischen und sozialen Diskurse einzumischen.

Viel Spass!

[Basisgruppe Medizin 2007]*

I. Die Liste der unentbehrlichen Medikamente der WHO

In kaum einem Land gibt es so viele verschiedene Medikamente wie in Deutschland. Oft sind sogar die Ärzt_innen mit der Wahl des richtigen Wirkstoffes überfordert, gibt es doch alle Medikamente in zahlreichen Ausführungen, die jeweils vom vertreibenden Konzern entsprechend beworben und vermarktet werden. Während jedoch die Pharmakonzerne riesige Gewinne einfahren, werden die eigentlichen Bedürfnisse der Patienten oft vernachlässigt. Insbesondere in Entwicklungsländern werden teilweise geradezu unsinnige Medikamente verkauft, wirklich wichtige Krankheiten wie Malaria oder Tuberkulose jedoch kaum weiter beforscht. Zusätzlich ist der Zugang zu den Medikamenten oft sehr eingeschränkt, weil diese teilweise gar nicht vermarktet werden.

Pharmakonzerne sind Wirtschaftsunternehmen. Der Pharmasektor boomt. Weltweit wurden 2004 520

Milliarden Euro umgesetzt (www.konsument.at). Wie bei jedem Wirtschaftsunternehmen stehen auch bei den Pharmaunternehmen wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund. So fließt jährlich doppelt so viel Geld in die Werbung wie in die Erforschung neuer Medikamente; 400 Millionen Euro werden jedes Jahr in die Laienwerbung für rezeptfreie Medikamente investiert, was Verbraucher_innen zu einem fraglich hohen Medikamentenkonsum anregt. Ziel eines solchen Wirtschaftsunternehmens ist es nicht Patienten über mögliche Nebenwirkungen aufzuklären oder Medikamente gegen seltene Krankheiten zu entwickeln. So bringen laut Medico International drei Viertel der jährlich auf dem Markt erscheinenden neuen Medikamente keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen, sondern sind lediglich Abwandlungen bereits existierender Medikamente. Dadurch können neue Patente angemeldet werden ohne viel Geld in Studien und Forschung investieren zu müssen, während gleichzeitig eine große Zahl sehr ähnlicher Medikamente entsteht.

Infobox:

Patentschutz und das Argument der Forschung
Patente sollen die Firmen anregen, neue Medikamente zu entwickeln. Man forscht, hofft einem wirksamen Mittel auf der Spur zu sein und meldet ein Patent an. Nun hat man 20 Jahre Zeit, das Medikament fertig zu stellen, Studien zur Verträglichkeit etc. zu machen und das Medikament schließlich zu vermarkten. Daraus folgen zwei Dinge:

1) Je länger man forscht desto weniger Jahre hat man zur Vermarktung.

2) Während dieser Patentzeit hat man das Monopol auf das Medikament und kann die Preise willkürlich festlegen. Dies hat große Probleme für die ärmeren Länder zur Folge (siehe auch Artikel II „AIDS/HIV: Medikamente für alle!“).

Als wichtiges Argument für dieses Patentrecht werden immer wieder die hohen Forschungskosten angegeben. Die Entwicklung eines neuen Medikamentes kostete eine halbe Milliarde US-Dollar, aus diesem Grund gibt es für die Pharmaindustrie auch erhebliche Steuervergünstigungen.

Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen können diese Rechnung jedoch nicht nachvollziehen. Laut ihnen sei die Entwicklung auch für 150 Millionen machbar. Bei den entscheidenden, sinnvollen Neuentwicklungen spiele die staatliche Forschung eine entscheidende Rolle, die 90 Prozent der 50 meistverkauften Arzneimittel in den USA entwickelte.

Fehlende Möglichkeiten sich objektiv zu informieren

Wenn nun also der Verkäufer nicht objektiv über sein Produkt informiert, wo kann ich mich dann über Vor- und Nachteile verschiedener Medikamente informieren? Fachzeitschriften? Informationsveranstaltungen?

Tatsächlich ist dies im Moment kaum möglich.

Mit gesponserten Fachtagungen, nicht deutlich kenntlich gemachten Beiträgen in Fachzeitschriften oder auch manipulierten Studien wird die Fachwelt beeinflusst.

Auch Selbsthilfegruppen oder Informationsbroschüren für Patienten werden von Pharmafirmen gezielt zu Werbezwecken eingesetzt.

Eine Milliarde US-Dollar wird jährlich in verschiedene Geschenke für Ärzte/Ärztinnen investiert. Reisen oder andere Dinge sollen ihnen die Entscheidung zum Verschreiben bestimmter Medikamente erleichtern.

Sogar im Studium kann man plötzlich herausfinden, dass die Studie des Pharmaprofs von Bayer gesponsert wird. Eine neutrale Informationsmöglichkeit fehlt bislang.

Dies erklärt vielleicht auch, warum in Deutschland im Jahr 2000 irrationale Medikamente (s. u.) im Wert von vier Milliarden DM verschrieben worden sein sollen.

Keine Absatzmöglichkeiten in der „Dritten Welt“

Dramatisch wird dieses Streben nach Wirtschaftlichkeit, wenn man einen Blick in die sogenannte „Dritte Welt“ wirft. Dort sterben laut Medico International täglich(!) 35.000 Menschen an AIDS, Malaria, Tuberkulose, Durchfall und anderen Erkrankungen. Da man dort jedoch keine großen Gewinne einfahren kann, beschränkt sich das Hauptinteresse der Forschung auf Präparate gegen Haarausfall,

Erektionsstörungen oder Bluthochdruck. Von 1556 neuen Wirkstoffen, die von 1975 bis 2004 entwickelt wurden, seien nur dreizehn zur Behandlung von Tropenkrankheiten geeignet. (Vgl. Artikel IV. Arzneimittel – Ein öffentliches Gut?) Bei ausbleibenden Profiten würden die Forschungen sogar eingestellt. Als Beispiel wird hier das Medikament Eflornithin von Aventis angegeben. Die als unrentabel aufgegebenen Produktion des Mittels gegen die Schlafkrankheit wurde wieder aufgenommen, weil man es auch als Enthaarungscreme für Frauen verkaufen konnte.

Wann sind Medikamente notwendig und wann nicht?

Laut WHO müssen Arzneimittel rational sein. Das bedeutet, dass ihre Wirksamkeit für die angegebene Indikation klinisch erwiesen ist und die Nebenwirkungen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Die wichtigsten dieser Medikamente sind unentbehrlich. Das heißt, dass sie „die Grundbedürfnisse der Bevölkerungsmehrheit befriedigen“. Sie reichen also aus, um die meisten

medikamentös behandelbaren Krankheiten weltweit zu therapieren und sollten immer in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.

Die Notwendigkeit der Arzneistoffe wird nach verschiedenen Kriterien beurteilt: Medizinisch-pharmakologische Gesichtspunkte wie der medizinische Nutzen, Qualität und Haltbarkeit eines Mittels sind ebenso entscheidend wie der Ausbildungsstand und Erfahrungsschatz des medizinischen Personals, finanzielle Mittel der Betroffenen und eine Kosten-Nutzen Abwägung.

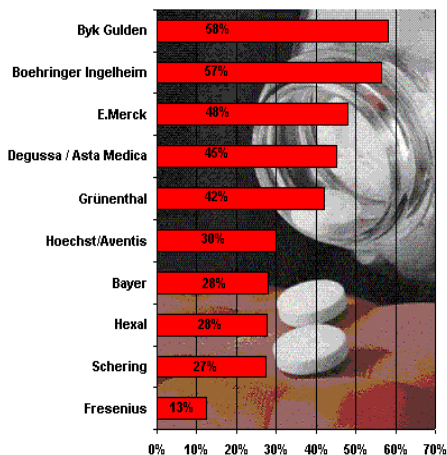
Liegt kein wissenschaftlicher Beweis für die Wirksamkeit und die Sicherheit eines Medikamentes vor, wird dieses als irrational bezeichnet. Es ist also keine sinnvolle Therapie mit ihm möglich. Dies kann auch bedeuten, dass es alternative Medikamente mit besseren Heilungschancen oder mit weniger Nebenwirkungen gibt.

Welche Rolle spielt Deutschland?

Deutschland fällt hierbei eine besondere Verantwortung zu, denn es ist der weltweit größte Arzneimittelexporteur. Trotzdem

tragen deutsche Firmen nicht genug zur Versorgung der ärmeren Länder bei. Die BUKO Pharma-Kampagne fand in Untersuchungen heraus, dass nur 20% der in der „Dritten Welt“ angebotenen deutschen Medikamente unentbehrlich seien, hingegen 42% als irrational eingestuft werden können. Hierbei gibt es allerdings große Unterschiede bei den verschiedenen Herstellern:

Anteil irrationaler Medikamente



Copyright BUKO Pharmakampagne I

In vielen Ländern verkaufen Straßenhändler Arzneimittel ohne Beipackzettel und ohne Dosierungsempfehlung. Auch der

Schwarzmarkt blüht. Wenn man bedenkt, dass in armen Ländern Arzneimittel ein Grund für die Verschuldung der ganzen Familie sein können und ein Arztbesuch oft gar nicht finanzierbar ist, kann man sich vielleicht vorstellen, welche Folgen unnütze oder gar gefährliche Medikamente haben können.

Aus diesem Grund denken wir, dass Pharmafirmen eben nicht nur Wirtschaftsunternehmen sind, sondern sich einer besonderen Verantwortung stellen müssen.

Welche Medikamente also sollen verschrieben werden? Um eine rationalere und gerechtere Medikamentenversorgung zu ermöglichen, wurde deshalb 1977 von der WHO eine Liste mit unentbehrlichen Medikamenten veröffentlicht. Sie beinhaltet im Jahre 2002 325 Medikamente und soll „ein gemeinsamer Nenner von Grundbedürfnissen“ sein. Diese Liste wird alle 2 Jahre überarbeitet und steht im Zusammenhang mit dem vorher entwickelten Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel, das folgende Forderungen beinhaltet:

- alle Menschen sollen Zugang zu Medikamenten haben
- Medikamente sollen sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft erschwinglich sein
- Medikamente sollen wirksam, sicher und qualitativ einwandfrei sein
- Medikamente sollen richtig eingesetzt werden

Inzwischen haben die meisten Länder in Anlehnung an diese Liste eigene, nationale Listen erstellt. Die Beschaffung sowie die rationale Anwendung der Medikamente wurden seitdem verbessert und die Kosten stark gesenkt. Darüber hinaus trägt die Liste dazu bei, die Ausbildung des Personals zu verbessern. Über das Internet ist eine Datenbank verfügbar, die genaue Hintergrundinformationen zu jedem dieser Medikamente enthält.

Leider wurde in Deutschland bislang keine nationale Liste erstellt, der Gegenwind der Pharmaindustrie war zu groß. Nachdem das Unterfangen von der rot-grünen Regierung wieder aufgenommen worden war, scheiterte der Versuch u. a. nach einer 6 Millionen DM Anzeigen-Kampagne des BPI

(Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie).

Links zum Weiterlesen:

-BUKO Pharma-Kampagne :
www.bukopharma.de/index.php?page=zugang-medikamente
(untersucht Aktivitäten der dt. Pharmaindustrie besonders in der 3. Welt; BUKO = Zusammenschluss von 200 Dritte Welt Aktions- und Solidaritätsgruppen in D.)
-Medico international:
www.medico-international.de/kampagne/gesundheit

-Ärzte ohne Grenzen:
www.accessmed-msf.org

-Liste der unentbehrlichen Medikamente:
www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html



**Wer gern in Büchern segelt, findet
bei uns: Korsarenschriften, Piraten-
broschüren und Freibeuterschriften**

***Buchladen
Rote Strasse***

TEL.: 0551-42128 * FAX: 0551-541818

MAIL@ROTER-BUCHLADEN.DE * NIKOLAIKIRCHHOF 7 * 37073 GÖTTINGEN

II. AIDS/HIV: Medikamente für alle!?

Nach neuesten UNAIDS-Schätzungen leben weltweit ca. 39,5 Mio. Menschen mit HIV/Aids. Im Jahr 2006 haben sich geschätzte 4,3 Millionen Menschen mit HIV infiziert (2,6 Millionen mehr als im Jahre 2004). Im selben Jahr sind 3 Millionen Menschen an Aids gestorben, was bedeutet:

- alle 6 Sekunden infiziert sich ein Mensch mit HIV
- alle 10 Sekunden stirbt ein Mensch an Aids

Fast 60 Prozent der weltweit Neuinfizierten sind Frauen und rund 50 Prozent sind zwischen 15 und 24 Jahre alt.

Dabei trägt Afrika südlich der Sahara weiterhin mit 24,7 Mio. Infizierten die Hauptlast der Pandemie, jedoch steigt in Osteuropa und Zentral- und Ostasien die Rate der Neuinfektionen am rapidesten an (70% mehr Neuinfektionen als 2004!).

Aids behandeln unmöglich?

In Industrieländern sind seit vielen Jahren antiretrovirale Medikamente (ARVs) auf dem Markt, die bei verminderter

Anzahl von CD4-Lymphozyten, verabreicht werden und die körpereigene Immunabwehr soweit stärken, dass durch HIV/AIDS bedingte Krankheiten wieder bekämpft werden können. Als vor gut 6 Jahren die ersten Hilfsorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen oder die südafrikanische NGO Treatment Action Campaign forderten, eine Behandlung auch für Menschen aus armen Ländern zu ermöglichen, wurde dieses Vorhaben als absolut utopisch abgestempelt. Trotzdem wurden seitens der Hilfsorganisationen alle Kräfte mobilisiert um außer Prävention durch Aufklärungskampagnen auch eine zusätzliche Therapie für Erkrankte anzubieten.

AIDS-Medikation ist aufgrund der angeblich hohen Forschungs- und Entwicklungskosten der Pharmaindustrie eine extrem kostspielige Behandlung. Durch Wettbewerb mit Generikaherstellern ist es jedoch gelungen die Kosten für ARVs in armen Ländern von anfangs über 10.000 US \$ auf momentan 130 US \$ pro Patient pro Jahr zu senken. Trotzdem gibt es erhebliche Schwierigkeiten beim Zugang zu Medikamenten, da die notwendige Zulassung in den

einzelnen Ländern oft gar nicht erst von den Pharmaunternehmen beantragt wird. Von 6,5 Millionen Aids-Patienten, die in ärmeren Ländern dringend eine antiretrovirale Behandlung brauchen, wird bislang deshalb nur ein Viertel behandelt.

Wie könnte diese Situation verbessert werden?

Durch massive Öffentlichkeitsarbeit, Proteste und gerichtliche Klagen der Treatment Action Campaign konnte die Südafrikanische Regierung im Jahr 2003 beispielsweise dazu verpflichtet werden, selbst dafür zu sorgen, dass allen Betroffenen die lebenserhaltenden ARVs, sowie spezielle antiretrovirale Medikamente für alle schwangeren Frauen zur Verfügung gestellt werden. Diese Behandlung verdoppelt die Chance, dass keine Mutter-Kind-Übertragung des Virus stattfindet und kostet pro Frau etwa 4 €. Auf Grund der konstanten Weigerung der Regierung und dem großen Korruptionsproblem läuft die Umsetzung dieser Verpflichtung jedoch auf allen Ebenen nur schleppend voran

und ist von ihrer vollen Umsetzung noch weit entfernt.

Dass AIDS ein globales Problem darstellt, ist klar. 2005 haben sich die G8-Mitgliedsstaaten deshalb dazu verpflichtet, den Globalen Fonds zu unterstützen und setzten ihren Schwerpunkt auf die Erleichterung des Zugangs zu Prävention, Behandlung und Betreuung für die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen, insbesondere Mädchen und Frauen. Von 18,1 Milliarden US-Dollar, die nach UNAIDS-Schätzungen im Jahr 2007 dafür gebraucht werden, sind trotzdem aktuell nur 10 Milliarden US-Dollar zugesagt.

Jetzt brauchen wir „die Zweiten“!

Außer der nicht gesicherten Finanzierung der bisher laufenden Aids-Projekte gibt es in Zukunft ein neues Problem: Alleine in Südafrika benötigen bereits 16% der HIV-Infizierten Medikamente der zweiten Therapielinie. Wie auch bei Behandelten in Industriestaaten lässt nach einigen Jahren der Behandlung durch ARV, deren Wirkung auf den Organismus nach, da der Virus natürliche Resistenzen gegen diese

entwickelt. Dies tritt nach einiger Zeit auch bei guter Compliance der Patient_innen ein. Es müssen also neue Wirkstoffe eingesetzt werden, und zwar solche der sogenannten „zweiten Therapielinie“. In Ländern wie Deutschland längst Standard, sind Medikamente dieser Art in armen Ländern schlicht unbezahlbar. Selbst die Menschen, denen bisher eine Behandlung ermöglicht werden konnte, werden einfach aus den Programmen herausfallen und keine weitere Chance auf Behandlung haben.

Kaletra®, eine neue Chance?
Ein wichtiges und durch die WHO in die „Liste der unentbehrlichen Medikamente“ (siehe vorheriger Artikel) aufgenommenes Medikament der zweiten Therapielinie ist Kaletra®, welches eine Kombination der beiden Protease-Inhibitoren Ritonavir und Lopinavir ist und bisher nur vom Pharmaunternehmen Abbott vermarktet wird. Eine neue Form des Medikaments muss nicht mehr gekühlt werden und die 4 täglichen Pillen können unabhängig von Mahlzeiten eingenommen werden. Eigentlich optimal für die Verwendung in

den meisten ärmeren Ländern. Außerdem ist das Präparat seit Jahren bei uns auf dem Markt, die Forschungskosten sind also längst wieder eingespielt und es könnte ohne große Einbußen eigentlich für einen niedrigeren Preis zur Verfügung gestellt werden. Jedoch ist dieses Medikament, wie bisher alle Produkte der zweiten Therapielinie, außerhalb jeglicher Gesundheitsbudgets von sogenannten Entwicklungsländern sowie Hilfsorganisationen.

Auf Grund von internationalem Druck durch Nichtregierungsorganisationen und Einzelpersonen hat sich Abbott offiziell dazu bereiterklärt, Kaletra® in den am wenigsten entwickelten Ländern und Afrika für 500 US\$ pro Patient pro Jahr zur Verfügung zu stellen, sowie in Entwicklungsländern für 2.200 US\$ pro Patient pro Jahr. Dies klingt nach einem viel versprechenden Angebot, es wäre wenigstens ein Anfang, jedoch hat Abbott bisher keine Initiative unternommen die dafür nötige Zulassung in anderen Ländern als Südafrika zu beantragen. Und ohne Antrag keine Zulassung, ohne Zulassung kein Zugang!

Was tun? Ihr wart gefragt!
Am Aktionstag Medizin der Uni Göttingen im Dezember 2006 wurde eine Kampagne vorgestellt: Ärzte ohne Grenzen haben gemeinsam mit dem bvmd¹, IPPNW² und anderen Organisationen einen offenen Brief formuliert. Darin wurde Abbott aufgefordert, die neue Version von Kaletra® in den ärmeren Ländern unverzüglich zur Zulassung anzumelden, eine kindgerechte Dosis herzustellen und das Präparat auch in Entwicklungsländern außerhalb Afrikas für weniger als 2.200 US\$ anzubieten.

Dieser Brief wurde zusammen mit den bundesweit unter Medizinstudenten dafür gesammelten Unterschriften, an Abbott übergeben, in der Hoffnung, dass wir, die diese Medikamente in Zukunft verschreiben, vom Unternehmen ernst genommen werden. Alleine in Göttingen wurden dabei gemeinsam von der lokalen IPPNW Vertretung und der Basisgruppe Medizin hunderte

¹ Bundesvertretung der Medizinstudenten Deutschlands

² Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.

Unterschriften gesammelt, deutschlandweit sind es über 4.000, darunter auch viele von euch, vielen Dank!

Umdenken gefragt!

Der Weg zum Zugang zu AIDS-Medikamenten für alle ist noch weit, aber wir konnten schon mehrfach sehen, dass es sich lohnt den Mund auf zu machen und den Pharmafirmen und ihrem profitorientierten Wirtschaften entgegen zu treten. In vielen Situationen wurden durch massive Öffentlichkeitsarbeit und globalen Druck bereits Erfolge erzielt. Jeder kleinste Fortschritt wird helfen, dem Ziel näher zu kommen, denn nur wenn viele Menschen sich engagieren und gemeinsam dafür kämpfen, kann etwas erreicht werden. Die Pharmaindustrie besteht aus Wirtschaftsunternehmen, aber wir sind auf ihre Unterstützung angewiesen, denn ohne Medikamente und deren Neuentwicklung geht es nicht. Forschung ist teuer – und trotzdem müssen wir an eine globale Gesundheitspolitik appellieren, die Gesundheit über Profit stellt! Es ist Zeit umzudenken!

Links zum Weiterlesen:

- www.aerzte-ohne-grenzen.de
- www.who.int
- www.unaids.int
- www.bukopharma.de
- „Tod in Afrika“ von Edwin Cameron (Richter am obersten Berufungsgericht in Südafrika) erschienen beim C.H. Beck – Verlag
- Aktionsbündnis gegen Aids: www.aids-kampagne.de (hier auch der UNAIDS Jahresbericht 2006)



FDA=Food and Drug
Administration,
Zulassungsbehörde der USA

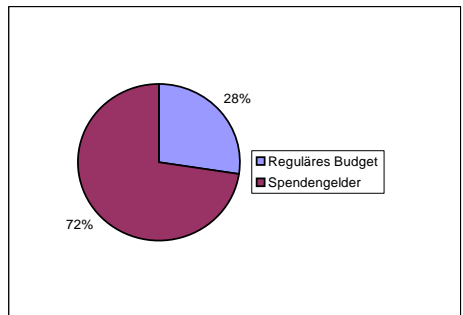
III. Die Macht der Konzerne Wer profitiert von Public-Private-Partnerships?

Medikamente sind oft veraltet und unwirksam geworden, Regierungen stellen zu wenig Geld zur Verfügung, die WHO arbeitet finanziell am Minimum und die Anzahl und Stärke von Pandemien nimmt mit steigender Weltbevölkerung rapide zu. Es fehlt an medizinischer Infrastruktur, an modernen Medikamenten und geschultem Fachpersonal. Wie soll den armen von AIDS, Tuberkulose und Tropenkrankheiten am meisten betroffenen Ländern noch geholfen werden?

Es scheint keinen anderen Ausweg zu geben, die „Dritte Welt“ muss gesponsert werden! Die Firmen müssen ran, die Riesenkonzerne, eben solche die Gewinne machen, die das BIP der meisten afrikanischen Länder bei weitem übersteigen. Sie müssen helfen, ethisch und moralisch handeln, die Profitinteressen in den Hintergrund stellen!

Und tatsächlich, der Blick auf die aktuellen Zahlen, die Finanzierungsdaten der WHO und

diverser Arzneimittel-forschungsprogramme, sie scheinen es tatsächlich zu belegen. Die Industrie hilft, anscheinend ohne Grenzen fließt Geld von Firmenkonten und firmennahen Stiftungen zur WHO, zum Global Fund³ und vor allem



Etat WHO 2003

in Forschungsprojekte im Medikamentensektor. Die Zuwendungen der Privatwirtschaft werden meist projektbezogen in Form von

³ Der Global Fund (auch The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, engl. *Der globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria*) ist eine UNO-nahe Organisation, die sich der

Finanzierung der Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose widmen soll; de.wikipedia.org

sogenannten Public Private Partnerships (PPPs) getätigt und die Summe nimmt Jahr für Jahr zu. So trugen private Spenden in den Jahren 1996-97 ca. 700 Millionen US\$ zum Etat der WHO bei. Obwohl sich die Beiträge der Mitgliedsländer in den letzten Jahren nicht signifikant erhöht haben, werden Schenkungen von über 2,3 Milliarden US\$ im Zeitraum 2006-2007 erwartet. Das entspricht einer Steigerung von über 300%.⁴

Nun könnte man in einen wahren Freudentaumel verfallen in Anbetracht dieser Großherzigkeit. Wir wollen aber stattdessen genauer hinschauen und die Interessen hinter diesen Investitionen, am Beispiel der Medikamentenforschung beleuchten.

„Einfluss auf die Formulierung globaler und nationaler Politik gestärkt“

Wenn man verstehen will, warum die Industrie Geld in PPPs investiert, muss man sich nur die Analyse der WHO anschauen. Dort wird die zunehmende

finanzielle Abhängigkeit von Privatspenden nämlich zunehmend kritisch beäugt.

Im WHO Bulletin über Globale PPPs im Gesundheitswesen steht es schwarz auf weiß: „Für den Unternehmenssektor haben Partnerschaften 1. den Einfluss der Konzerne auf die Formulierung globaler und nationaler Politik gestärkt; 2. sich unmittelbar finanziell ausgezahlt, in Form von Steuerersparnissen und Marktanteilen, sowie durch Werbung für die eigene Marke und das Image; 3. die Autorität und Legitimität von Konzernen durch die Zusammenarbeit mit der UN und anderen Institutionen verbessert.“ Die Autoren betonen: „Die Kosten für den privaten Sektor scheinen relativ gering verglichen mit den Gewinnen: Kleinen Verlusten, falls ein Programm nicht funktioniert, stehen riesige Gewinne im öffentlichen Ansehen gegenüber, falls es Erfolg hat“. Von Nächstenliebe also keine Spur, eine Investition in PPPs scheint sich zu lohnen.

Eine historische Entwicklung mit ungewissem Ausgang

Die heutige Situation ist das Ergebnis einer grundlegenden Umstrukturierung des

⁴ Proposed Programme Budget 2006-2007; WHO 2006
http://www.who.int/gb/e/e_pb2006.html

internationalen Systems seit Mitte der 70er Jahre. Bis zu dieser Zeit war gesellschaftlicher Reichtum noch vorrangig an Nationalstaaten gebunden. Diese Konstellation ist seither zerbrochen. Das Kapital kann jetzt auswandern – sehr viel leichter jedenfalls als jemals vorher. In der Folge schwindet die Verhandlungsmacht der Nationalstaaten, auch die der Industriestaaten.

Die Staaten verarmen zunehmend, die transnationalen Konzerne (TNCs) werden immer reicher (sowie auch eine sehr kleine Gruppe von Privatpersonen). Es kommt zu einer neuen Abhängigkeit in der Gesellschaft: „NGOs und Zivilgesellschaft sehen sich immer stärker auf Finanzierung durch das Kapital verwiesen, während der Nationalstaat ihnen die kalte Schulter und die leere Tasche zeigt.“⁵

Diese Abhängigkeit wird immer häufiger deutlich und die Machtverhältnisse liegen auf der

Hand. Nur durch diese, sich immer wieder manifestierenden Unterschiede, kann es zu Vorgängen wie dem Folgendem kommen: Im Aufsichtsrat des UNO-nahen Global Fund sitzt u. a. ein Abgesandter der Bill and Melinda Gates-Foundation (Kapitalgrundstock ca. 31,9 Mrd US\$), jedoch kein Abgesandter der WHO (Etat 2006/07 3,3Mrd US\$). Und hierbei handelt es sich nicht um irgendeine Public-Private-Partnership, sondern um die, mit einem Gesamtvolumen von bis jetzt über 9 Mrd. US\$, größte ihrer Art.

Die Liste der Kritikpunkte an dieser Art der „partnerschaftlichen“ Zusammenarbeit ist lang und zeigt die Missstände deutlich auf:

Ethische und politische Probleme

- PPPs zeichnen sich oftmals durch mangelnde Transparenz aus und sind der Öffentlichkeit keine Rechenschaft schuldig. Sie beteiligen die Betroffenen oftmals nicht an Entscheidungsprozessen und ignorieren strukturelle und ökonomische Ursachen von Krankheit. Oftmals lassen sie einen integrierten Ansatz und die

⁵ Buse; K. and G. Walt 2000; hier: p. 706

C. Speer; Wollen wir nicht heiraten, Schatz? Zit nach BUKO Pharmabrief-Spezial 1/2004

Schaffung nachhaltiger Strukturen vermissen.

- Die Maßnahmen von PPPs fördern vor allem die Entwicklung von und den Zugang zu Medikamenten, zu Impfstoffen und anderen medizinischen Produkten. Sie unterstützen dagegen kaum Gesundheitsdienstleistungen oder strukturelle Maßnahmen. Dies ist aus der Sicht der Geldgeber auch überaus sinnvoll. Finanziert ein Projekt den Zugang zu Medikamenten, so kann die Spenderfirma (die durch die Gabe nebenbei ihr Image verbessert) gleichzeitig einen Absatzmarkt schaffen.

- Die globalen öffentlich-privaten Gesundheitsprogramme verursachen große ethische und politische Probleme. Sie sind gekennzeichnet durch Interessenkonflikte zwischen öffentlichen und privaten „Partner_Innen“, denn nicht selten laufen die Programme konträr zur Gesundheitspolitik der WHO, die, ebenso wie die Empfängerländer, häufig kein Stimmrecht im jeweiligen Aufsichtsrat besitzt.

- Die Hauptinvestoren in den PPPs zur Medikamentenentwicklung sind mittlerweile wirtschaftsnahe Foundations. Ihr finanzieller Grundstock liegt nicht selten im Milliardenbereich (Bill Gates Foundation, Rockefeller Foundation u. a.). Das vorhandene Kapital wird angelegt, so dass es sich selbst vermehrt. Die dazu nötigen Investitionen an den Börsen laufen der Grundidee der Stiftungen nicht selten diametral entgegen. Oft werden Aktien von Firmen gekauft, deren Geschäfte Leid hervorbringen, das die Foundations zu bekämpfen versuchen.⁶

Mehr Macht der WHO
Die Gesundheitspolitik steht vor erheblichen Problemen. Die Tatsache, dass 90% der Medikamente für 10% der Krankheiten entwickelt werden, dass Pharmafirmen doppelt so viel Geld für Werbung wie für Forschung ausgeben und dass sie, um ihren Patentschutz zu rechtfertigen, behaupten die Entwicklung eines Medikaments

⁶ Gates tut Gutes mit schlechtem Geld; 13.01.2007; www.spiegel.de

würde 800 Mio US\$ kosten, obwohl gemeinwohlorientierte Initiativen es für 80 Mio und weniger schaffen, sollte uns aufrütteln⁷. Es muss zunehmend Geld investiert werden um Medikamente für vernachlässigte Krankheiten zu entwickeln. Es müssen weiterhin Strukturen geschaffen werden, die ohne Profitinteresse

Medikamentenforschung betreiben, so wie es die Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi) vormacht (siehe Artikel IV. Arzneimittel – Ein öffentliches Gut?). Außerdem muss verhindert werden, dass sich öffentliche Strukturen, etwa in Form von PPPs, abhängig von den einzig am Profit interessierten Großkonzernen machen. Stattdessen sollte die WHO mehr Möglichkeiten bekommen. Ihr Etat müsste drastisch erhöht werden, etwa um den Betrag, den heute Zuwendungen der Industrie ausmachen. Die Summe von ca. 2 Mrd. US\$ könnte relativ einfach aufgebracht werden. Die Nationalstaaten müssten sich

⁷ Schleichwege – Wie Werbung die Therapie entscheidet; 1-07 Nds. Ärzteblatt

lediglich dazu durchbringen die Rüstungsausgaben (1,1 Billionen US\$ 2005) um 2% zu senken...⁸ Die Abhängigkeit von den großen Konzernen in der Finanzierung von Hilfsprojekten und der Entwicklung von Medikamenten muss ein Ende haben, denn ihr Profitinteresse steht im krassen Gegensatz zu den Bedürfnissen vieler Menschen, vor allem denen in den ärmeren Ländern.

Links zum Weiterlesen:

- BUKO Pharma-Brief 1/2004 auf www.bukopharma.de
- Drugs for Neglected Diseases Initiative - www.dndi.org/
- WHO - www.who.org
 - WIDDUS, Roy. Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity (WHO Bulletin 2001)
 - Weitere Bulletins

⁸ Stockholm International Peace Research Institute; Yearbook 2006

IV. Arzneimittel – ein öffentliches Gut?

1955 entwickelte Jonas Edward Salk in den USA einen wirksamen Impfstoff gegen eine der damals gefürchtetsten Kinderkrankheiten weltweit – die Poliomyelitis. Die Impfung war ein Segen für viele Menschen, dank ihr ist die Kinderlähmung in vielen Teilen der Welt nur 50 Jahre später beinahe ausgerottet. Salk hatte sich damals mit den Worten „Who owns my polio vaccine? The people! Could you patent the sun?“ geweigert den Wirkstoff patentieren zu lassen. Es wäre ihm nicht in den Sinn gekommen Geld für ein Medikament zu verlangen, das in seinen Augen nicht ihm selbst, sondern denen gehörte, die, ohne es selbst verschuldet zu haben, darauf angewiesen waren...

Was steht im Vordergrund: Allgemeinwohl oder Profitgeschäft?

Heute hat sich das Bild gewandelt. Internationale Pharmakonzerne beherrschen den Arzneimittelmarkt und scheinen Strategien zu verfolgen, die zwar kommerziellen Sinn

machen – aber nur in den seltensten Fällen die Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Menschen auf dieser Welt zum Ziel haben. Stattdessen spielen augenscheinlich finanzieller Profit und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit die größte Rolle.

So werden beispielsweise Produkte, die vielleicht lebensrettend sind, sich aber nicht als wettbewerbsfähig erweisen, umgehend wieder vom Markt genommen. (siehe Artikel I Die Liste der unentbehrlichen Medikamente der WHO)

Medikamente sollen in erster Linie profitabel sein – und das über einen möglichst langen Zeitraum. In den USA gilt die Pharmaindustrie konstant als die profitabelste Industrie überhaupt. Und das kommt nicht von ungefähr. Mit zunehmender Macht geben sich die Arzneimittelhersteller immer weniger Mühe zu verbergen, dass sie ihre Forschungsvorhaben fast ausschließlich an finanzstarken Märkten ausrichten. Ihre mit großem Abstand wichtigste Zielgruppe sind die Patienten der westlichen Welt. 87 Prozent des Pharmamarktumsatzes stammen aus Japan, Nordamerika und der

EU. Von dort, wo es ein zahlungskräftiges Publikum gibt, das sich überteuerte Medikamente leisten kann und nach dem Angebot-Nachfrage-Prinzip bestimmt, welche Pharmaprodukte den größten Marktanteil ausmachen. Zu den 10 umsatzstärksten Medikamenten weltweit gehören Blutdruck- und Cholesterinsenker, Antidepressiva und Mittel gegen Sodbrennen – Krankheiten, von denen im Grunde genommen nur ein winziger Teil der Weltbevölkerung betroffen ist! Immer größer wird auch die Nachfrage nach sogenannten Lifestyle-Produkten. Folglich werden anstelle von Medikamenten gegen lebensgefährliche Krankheiten der Armen immer mehr Mittel gegen Alterserscheinungen oder Erektionsstörungen entwickelt. Die Pharmaindustrie unterstützt diesen gewinnversprechenden Trend nach Kräften in dem sie fast doppelt so viel Geld wie in die Forschung investiert wird, für Werbung ausgibt. Und als ob nicht diese Umstände allein schon die gesundheitliche Versorgung von 75 Prozent der Weltbevölkerung auf ein Minimum reduzieren würden,

versperrt nun in zunehmendem Maße auch die Politik mittels Jahrzehnte lang gültiger Patentrechte vielen Menschen den Zugang zu lebensrettenden Medikamenten. Seit dem 1. Januar 2005 dürfen nach dem TRIPS-Abkommen⁹ günstigere Wirkstoffkopien der teuren Markenmedikamente in den meisten ärmeren Ländern nicht mehr hergestellt werden. Ein Gesetz mit fatalen Folgen, denn ein Aids-Medikament, das lebenswichtig ist, aber wegen der Hochpreispolitik der Pharmakonzerne im Jahr 10 000 US\$ pro Patient kostet, kann sich in Afrika nun mal niemand leisten.

Viele Krankheiten werden vernachlässigt
Vor allem im Zusammenhang mit vielen Tropenkrankheiten forscht die Pharmaindustrie kaum noch an neuen Wirkstoffkombinationen gegen mittlerweile resistente Viren. Eine Ausnahme bildet vielleicht das HI-Virus. Es gibt ja schließlich auch in den reichen Industrieländern leider viele Menschen, die damit infiziert oder bereits an Aids erkrankt

⁹ Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights; 1994

sind. Für Krankheiten jedoch, die fast nur (noch) in ärmeren Ländern anzutreffen sind, wie Tuberkulose, die Schlafkrankheit oder Leishmaniose, interessiert sich die Pharmaindustrie höchstens am Rande. Gerade mal ein Prozent aller zwischen 1974 und 2004 neu auf den Markt gekommenen Medikamente wurde gegen diese Krankheiten entwickelt, dabei sterben täglich 35.000 Menschen an Malaria, HIV/Aids, Tuberkulose, Kala Azar, Chagas oder der Schlafkrankheit! Heute sehen sich Ärzt_innen gezwungen beispielsweise eine Therapie gegen die Schlafkrankheit mit Medikamenten durchzuführen, die vor mehr als 50 Jahren entwickelt wurden. Meistens treten schwerste Nebenwirkungen auf und in einigen Fällen wirken die überalterten Mittel gar nicht mehr, weil die Parasiten längst resistent geworden sind. Ein ähnliches Beispiel bietet die Tuberkulose-Behandlung. Millionen Menschen sterben jährlich an dieser Krankheit – fast ausschließlich in sogenannten Entwicklungsländern. Der Test, der dort angewendet wird um

Tbc zu diagnostizieren ist über 100 Jahre alt und erkennt das Vorhandensein von Bakterien nur in 45 bis 60 Prozent der Fälle. Die gängigen Tbc-Medikamente sind ähnlich wie bei der Schlafkrankheit vor Jahrzehnten entwickelt worden und oft überhaupt nicht mehr wirksam, weil sich auch in diesem Fall wegen jahrelanger unkontrollierter Anwendung Resistenzen gebildet haben. Eine multiresistente Tbc zu therapieren würde pro Patient 8000 bis 13000 US\$ kosten und kommt daher für die wenigsten Betroffenen in Frage. Die Folge: fast 2 Mio Tuberkulose-Tote jährlich. Es ist daher unbedingt notwendig neue Wirkstoffe gegen diese „vernachlässigten Krankheiten“ zu erforschen und sie den betroffenen Ländern kostengünstig zur Verfügung zu stellen.

Wie funktioniert Arzneimittel-forschung? Insgesamt fallen auf 90 Prozent der Weltkrankheitslast gerade mal 10 Prozent der Forschungsausgaben. (BUKO¹⁰)

¹⁰ Die BUKO Pharma-Kampagne ist eine Aktion der Bundeskoordination Internationalismus (BUKO), einem

Ein Grund hierfür ist ohne Zweifel das Prinzip nach dem Pharmaforschung funktioniert: Nach dem zweiten Weltkrieg hat sich ausgehend von den USA ein Konzept der Aufgabenteilung herausgebildet. Die Grundlagenforschung, also die Erforschung der Krankheit mit ihren Symptomen, ihren Erregern etc. wird vor allem in öffentlichen Labors durchgeführt. Ein Medikament dann bis zur Anwendungsreife zu bringen und es anschließend zu vermarkten liegt aber in den meisten Fällen in den Händen der Pharmaindustrie, die sich das fertige Produkt patentieren lässt und satte Gewinne einstreicht! Wen kann es also noch wundern, dass zum Beispiel in den USA zwar 50 Prozent der aufgewendeten Forschungsmittel öffentliche Gelder sind, aber dennoch Medikamente nicht für den allgemeinen Nutzen entwickelt werden?

Zusammenschluss von 200 Dritte Welt Aktions- und Solidaritätsgruppen in Deutschland. Die Pharma-Kampagne wurde mit dem Ziel gegründet, die Aktivitäten der deutschen Pharmaindustrie in der Dritten Welt zu untersuchen.

Was kostet die Forschung wirklich?

Die meisten Pharmaunternehmen geben viel zu hohe Kosten für die Entwicklung eines Medikamentes an, um so später die meist extrem hohen Verkaufspreise zu rechtfertigen. 800 Mio US\$ sollen laut Pharmaindustrie im Durchschnitt pro Medikament in Forschung und Entwicklung investiert werden müssen. Die realen Kosten hierfür werden aber laut BUKO nur auf etwa 120-150 Mio US\$ geschätzt! Wie kann das sein? Das Problem ist Folgendes:

Die Kostenschätzungen der Pharmaunternehmen wurden bisher so gut wie gar nicht in unabhängigen Studien kontrolliert. Dementsprechend eigennützig werden sie also vorgenommen:

Steuerersparnisse werden nicht berücksichtigt, ebenso wenig die erheblichen Kostenunterschiede bei der Herstellung neuer Wirkstoffe im Vergleich zu sogenannten Scheininnovationen. Außerdem scheint die Pharmaindustrie jene Gewinnbeträge auf den Produktpreis aufzuschlagen, die sie bei Investition der Forschungsmittel am Kapitalmarkt statt in die

Forschung verdient hätte. Reine Spekulation also. Im Endeffekt werden Patienten auf diese Weise mit extrem hohen Therapiekosten konfrontiert, die in einigen Teilen der Welt nur mit widerwilligem Zähneknirschen, in anderen gar nicht bezahlt werden können. Nur ein Beispiel: Eine Malariabehandlung mit dem Medikament Malarone® von GlaxoSmith Kline kostet etwa 50 Euro – ein Preis, der für westliche Touristen teuer, aber erschwinglich ist, für einen afrikanischen oder brasilianischen Arbeiter jedoch kaum bezahlbar. Nun wurde in einem gemeinsamen Projekt der WHO, GlaxoSmith Kline und britischen und afrikanischen Universitäten das Medikament Lapdap entwickelt, mit dem für nur 50 Cent eine komplette Malariatherapie durchgeführt werden kann. Es geht also auch anders! Aber nur wenn Forschungsanstrengungen mit dem Ziel unternommen werden für die Betroffenen erschwingliche Medikamente zu entwickeln, die ihnen auch wirklich helfen.

Wegweiser für die Zukunft - DNDi

Die DNDi (Drugs for neglected diseases initiative) ist ein am 3. Juli 2003 gegründetes Verbundprojekt an dem neben Ärzte ohne Grenzen, Forschungseinrichtungen in Frankreich, Brasilien, Malaysia, Kenia und Indien beteiligt sind. Vier der sechs Institutionen stammen aus dem öffentlichen Sektor. Die Initiative plant für 250 Mio US\$ sechs bis sieben natürlich unpatentierbare Medikamente u. a. gegen Malaria, Schlafkrankheit, Chagas und Leishmaniose zu entwickeln. Ein erster Erfolg konnte schon verzeichnet werden: 2006 kam in Zusammenarbeit mit Sanofi-Aventis ein neues Kombinationsmedikament (CoarsucamTM/ASAO) gegen Malaria auf den Markt. Es handelt sich um eine 2-in-1 Tablette, die die Wirkstoffe Artesunat und von Ärzte ohne Grenzen bereits vielfach mit Erfolg eingesetzt wurde. Das Medikament ist im Vergleich zu anderen Präparaten wegen seiner einfachen Anwendung sehr patientenfreundlich. So müssen z. B. Kinder bei einer 3-Tagestherapie statt vier nur noch

eine Tablette täglich einnehmen, was zudem das Risiko von Resistenzen reduziert. Eine Behandlung mit ASAO ist außerdem ca. 50 Prozent billiger als Malariatherapien mit anderen Medikamenten. Trotzdem muss versucht werden den Preis noch weiter zu senken, um ASAO wirklich für alle Bedürftigen zugänglich zu machen.

Neben der Erforschung neuer Medikamente will sich die DNDi auch an der Weiterentwicklung von bereits existierenden Wirkstoffen beteiligen, um so bereits kurzfristige Erfolge erzielen zu können. Sie fordert die Pharmaindustrie daher auf ihr Wissen und ihre Forschungseinrichtungen zugänglich zu machen und mehr Geld in die Erforschung bedarfsgerechter Medikamente zu investieren.

Neue politische Rahmenbedingungen
Drei Jahre nach der Gründung der DNDi scheint sich endlich auch auf politischer Ebene etwas zu tun: Bei der Weltgesundheitsversammlung am 27. Mai 2006 wurde auf Initiative von Kenia und Brasilien der Beschluss gefasst grundlegende Änderungen in der

Arzneimittelforschung vorzunehmen. Ein neues globales Rahmenprogramm soll sicherstellen, dass die Bedürfnisse der Menschen in ärmeren Ländern bei der Erforschung und Entwicklung von Medikamenten stärker berücksichtigt werden. Bis 2008 soll eine zwischenstaatliche Arbeitsgruppe dazu einen Aktionsplan erstellen, der u. a. Lösungen für den Konflikt um die Patentrechte beinhalten soll. Ansätze bietet ein Bericht der CIPIH¹¹, der betont, dass neue Finanzierungsmodelle für Medikamentenentwicklungen ausgearbeitet werden müssen. Ein weiterer großer Schritt zu einer gerechteren Arzneimittelversorgung könnte außerdem mit der zumindest teilweisen Ausweitung der öffentlichen Forschung bis zur Anwendungsreife gemacht werden. Auf diese Weise würde nicht mehr die Pharmaindustrie allein bestimmen für wen Medikamente entwickelt werden. Zusätzlich dazu sollen Modelle ausgearbeitet werden, die den Preis der fertigen

¹¹ Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health

Pharmaprodukte von den Kosten für die Forschung abkoppeln, um eine Alternative zur Politik der Patentmonopole zu schaffen und endlich für alle Bedürftigen den Zugang zu Medikamenten leichter zu machen. Auch an die betroffenen ärmeren Länder wird appelliert. So sollen sie zum Beispiel ihr Recht auf Zwangslizenzen im Rahmen des TRIPS-Abkommens stärker nutzen, denn kein Land darf daran gehindert werden seine eigene Medikamentenversorgung sicher zu stellen. Das wurde auf der

Weltgesundheitsversammlung in Genf im Mai diesen Jahres (2007) noch einmal betont und wir hoffen, dass dieses Vorhaben in

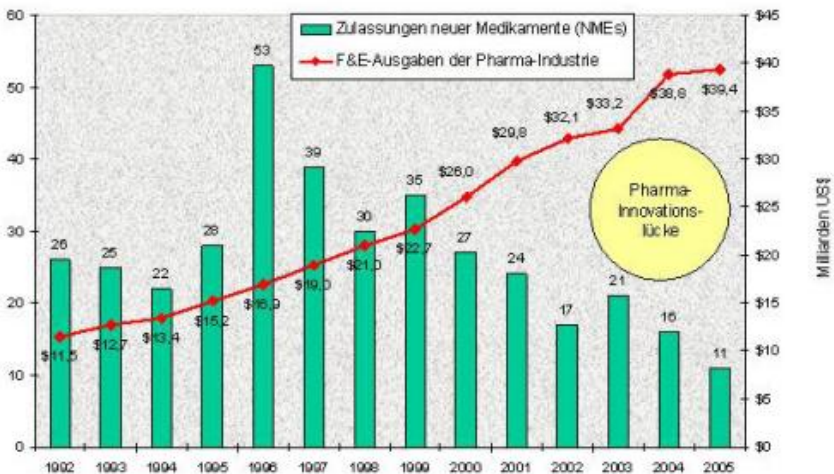
Zukunft noch stärker umgesetzt wird.

Links zum Weiterlesen:

- Pharma-Spezial 02/2005 auf www.bukopharma.de
- Médecins Sans Frontières: www.aerzte-ohne-grenzen.de
- Medico International: www.medico-international.de
- Entwicklungspolitik online: www.epo.de
- Drugs for Neglected Diseases Initiative: www.dndi.org

Abbildung:

Die Innovationslücke der Pharma-Industrie. (Grafik: Burrill & Company)



V. Gesundheitsversorgung für alle?

[Zugegebener Maßen nicht ganz
passend im Pharma-Reader.
Trotzdem lesen!]

Schon bei den kleinsten Beschwerden gehen wir zum Arzt. In der ZEIT war vor kurzem zu lesen, dass die Deutschen durchschnittlich dreizehn Mal im Jahr eine_n Arzt/Ärztin aufsuchen. Die Debatten um die Gesundheitsreform hat die allgemein verbreitete Angst, zu kurz zu kommen, noch zusätzlich geschürt. Dabei vergessen wir oft, wie hoch unsere Standards tatsächlich sind, vor denen wir debattieren. Letztendlich ist es doch so: Wenn wir krank sind, wird sich um uns gekümmert, eine medizinische Grundversorgung ist uns allen gesichert. Das gilt jedoch nicht für Menschen ohne Papiere, Menschen, die mitunter große Risiken auf sich genommen haben, um dem Elend oder der Verfolgung in ihren Heimatländern zu entkommen. Migrationforscher Holk Stobbe (Mitglied der Initiative Gesundheitsversorgung für alle) berichtet, dass es auch hier in

Göttingen, also in unserer unmittelbaren Umgebung, hunderte solcher Menschen gebe, für die das Grundrecht auf medizinische Versorgung anscheinend nicht gelte.

Asyl in Deutschland – Ein Ding der Unmöglichkeit. Zum sechsten Mal in Folge ist die Zahl der Asylanträge in Deutschland deutlich gesunken. Wen wundert das, wenn doch nur 0.8 % aller Anträge anerkannt werden? Das Asylrecht für politisch Verfolgte ist in Deutschland eigentlich ein im Grundgesetz verankertes Grundrecht, die Änderung des Art. 16a GG im Jahr 1993 ("Asylkompromiss") schränkte es jedoch erheblich ein: Insbesondere können sich Ausländer_innen, die über einen Staat der Europäischen Gemeinschaften oder einen sonstigen sicheren Drittstaat einreisen, nicht auf das Asylrecht berufen. Asylanträge von Menschen, die aus so genannten sicheren Herkunftsländern stammen, werden in der Regel als offensichtlich unbegründet abgelehnt. Oft passiert es sogar, dass traumatisierte Flüchtlinge, die zunächst nicht in der Lage sind, über ihre Erlebnisse zu

sprechen, später als nicht glaubwürdig abgelehnt werden. Untersuchungsergebnisse von behandelnden Ärzt_innen werden häufig als Gefälligkeitsgutachten bezeichnet und angezweifelt.

Durch die immer schwerer zu überwindenden Hürden für eine reguläre Einreise, suchen Migrant_innen andere Wege, um dennoch bleiben zu können. Statt unter drastischer Einschränkung ihrer Rechte eingesperrt zu werden und auf ihre Abschiebung zu warten, tauchen viele Flüchtlinge unter. So werden sie zu Illegalen gemacht.

Nach Verfolgungs-, Folter- und Kriegserfahrungen in ihren Herkunftsländern, setzen viele von ihnen bei dem Versuch, nationale Grenzen zu überwinden, ihr Leben aufs Spiel. Beinahe täglich ertrinken Menschen "vor den Toren Europas". Diejenigen, die es schaffen, leiden meistens an Unterernährung und Mangelerscheinungen. Hier gilt es so schnell wie möglich eine Möglichkeit zu finden, Geld für das Nötigste zu verdienen. Häufig werden Illegalisierte daher für gefährliche Arbeiten missbraucht, für die Hungerlöhne

gezahlt werden, da sie ja keinen gesetzlichen Regelungen unterliegen. Im Fall einer Verletzung sind sie natürlich nicht versichert. Zudem werden sie oft Opfer von Gewalt, wenn Arbeitgeber die Schutzlosigkeit ihrer Angestellten ausnutzen und meist leben sie in engen, heruntergekommenen Unterkünften. All diese Bedingungen sind krankheitsfördernd.

Menschenrechte außer Kraft!? Was also aber geschieht, wenn illegalisierte Menschen tatsächlich krank werden? Interne Kontrollen im deutschen Gesundheitswesen schließen „Sans Papiers“ von den Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems aus, um ihnen den Aufenthalt zu erschweren oder unmöglich zu machen. Um sich in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichern zu können, braucht man eine Aufenthaltsgenehmigung. Viele haben im Krankheitsfall Angst, sich an Krankenhäuser zu wenden, da diese Übermittlungspflichten unterliegen, wodurch zwangsläufig die Daten der „Sans Papiers“ an die Ausländerämter

weitergemeldet würden, die dann ihren Status überprüfen und eine Ausweisung einleiten könnten.

Ärzt_innen bewegen sich in diesen Fällen in einer rechtlichen Grauzone. Der so genannte Schlepper-Paragraf (§96 Zuwanderungsgesetz) sieht eine Haftstrafe von bis zu fünf Jahren für die wiederholte und zu Gunsten mehrerer Ausländer_innen stattgefundene Hilfe zum irregulären Aufenthalt vor.

Mit diesen Regelungen zur Gesundheitsversorgung und Denunziationspflicht ist Deutschland europäisches Schlusslicht in Fragen der humanitären Versorgung von „Illegalen“.

Loyalitätskonflikte bei der Behandlung von Illegalisierten.

Eine Verweigerung von medizinischer Hilfe steht jedoch im Gegensatz zur ärztlichen Berufsethik. Ebenso werden Probleme der Politik auf die Ärzteschaft abgeladen und Ärzt_innen zu „Mittäter_innen“ gemacht, wenn von ihnen verlangt wird, bei der Abschiebung behilflich zu sein.

So werden von ihnen Flugbegleitung, zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka oder die Ausstellung einer Reisefähigkeitsbescheinigung verlangt. Bekannt ist der Fall von Kola Bankole geworden: Nach massiver Gegenwehr gegen seine Abschiebung wurde ein Arzt vom Bundesgrenzschutz hinzugezogen, um ihn ruhig zu stellen. Nach der Verabreichung des Beruhigungsmittels starb Bankole. Der Arzt musste sich alleine vor Gericht für seinen Tod verantworten.

Es ist möglich einen Krankenschein beim Sozialamt zu erhalten. Darüber, ob dieser dem Betroffenen zusteht, entscheiden jedoch Beamte, die über keine medizinischen Fachkenntnisse verfügen. Zudem werden Psychotherapien und viele Medikamente wie z. B. solche für chronisch Kranke aber nicht übernommen. Einige leihen sich in ihrer Angst Krankenkassenkarten von Verwandten oder Bekannten, wobei sie aber ebenfalls ständig Gefahr laufen aufzufliegen, wenn zum Beispiel herauskommt, dass ein Blinddarm zwei Mal entfernt wurde.

Viele trauen sich aus diesen Gründen jedoch auch gar nicht zum Arzt zu gehen und versuchen sich stattdessen nach Möglichkeit selbst zu versorgen. Was daraus resultiert, sind verschleppte Krankheiten, die klein anfangen und in dem Stadium noch leicht behandelbar wären, die jedoch mit der Zeit gefährlich oder gar lebensbedrohlich werden können.

Helfen, jetzt!

Glücklicherweise gibt es Organisationen wie die Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen, deren zumeist ehrenamtliche Mitarbeiter sich ihrer annehmen und versuchen, Ärzt_innen zu finden, die sie trotz ihrer "Illegalität" unentgeltlich behandeln. Doch auch sie können die fehlende politisch-gesellschaftliche Lösung nicht ersetzen.

Wie kommt es überhaupt, dass Menschen, die sich auf der Flucht befinden, unterstellt wird, sie kämen, um uns um unseren hart erarbeiteten Wohlstand zu bringen? Es ist wahr, dass Asylbewerber nicht arbeiten gehen, weil unser Staat ihnen keine Arbeitserlaubnis gibt! Und ist uns denn immer noch nicht

klar, dass keiner dieser Menschen seine Heimat ohne Grund verlässt? Überfremdungsangst öffnet die Pforten für eine Privilegierung von rechten Ideen. Dabei sollten wir uns fragen, ob wir in einer Gesellschaft leben wollen, die es einigen motivierten Mitarbeitern (im Fall der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen sind es z. B. derzeit acht) und der Hilfsbereitschaft einiger Ärzt_innen überlässt, wirklich allen Menschen Grundrechte, wie das auf medizinische Versorgung zu garantieren.

Es ist leicht zu sagen: Alle Menschen sind gleich. Die Konsequenzen daraus zu ziehen, stellt jedoch immer wieder eine große Herausforderung an jeden von uns.

Links zum Weiterlesen:

- Medizinische Flüchtlingshilfe: www.gesundheitsversorgung-fuer-alle.de/
- Flüchtlingsrat Berlin: www.fluechtlingsrat-berlin.de
- Pro Asyl: www.proasyl.de

Impressum:

Basisgruppe Medizin

Teilgruppe der Fachschaft Medizin
Georg-August-Universität Göttingen
Goßlerstrasse 16a [Rosa-Luxemburg
-Haus | ASTA Gebäude]
37073 Göttingen

www.bgmed.org

