Zeitschrift: Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik

Herausgeber: Widerspruch

Band: 35 (2016)

Heft: 68

Artikel: Irrsinnige Medikamentenpreise : Profitstrategien der Pharmaindustrie und ihre dramatischen Folgen im Globalen Süden

Autor: Cavalli, Franco

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-780981

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 18.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Franco Cavalli

Irrsinnige Medikamentenpreise

Profitstrategien der Pharmaindustrie und ihre dramatischen Folgen im Globalen Süden

Vor sechs Jahren habe ich in dieser Zeitschrift die damalige Lage in der globalen Krebsbekämpfung beschrieben.[1] In dem Artikel ging ich auch auf die Profitstrategien der Pharmaindustrie ein. Heute gibt es hinreichend Gründe, das Thema erneut unter die Lupe zu nehmen. Hier einige davon:

Obwohl wir über die letztjährigen Daten noch nicht verfügen, gibt es kaum Zweifel, dass die Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Krebs zur häufigsten Todesursache der Welt aufsteigen würde, in der Zwischenzeit Realität geworden ist.[2] In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Krebs – nebst all den damit verbundenen menschlichen Tragödien – weltweit volkswirtschaftliche Einbussen von mindestens zwei Billionen US-Dollar pro Jahr verursacht.[3] In meinem Artikel von 2010 hatte ich beanstandet, dass die Kostenentwicklung der medikamentösen Krebsbehandlung dazu führte, dass diese damals 9000 Franken pro Monat pro PatientIn erreichte (zwanzig Jahre früher kostete eine solche Behandlung im Schnitt 20-mal weniger). In der Zwischenzeit haben wir bereits 15 000 Franken pro Monat erreicht. Es sind vor allem die Krebsmittel, die zur aktuellen Explosion der Ausgaben für Medikamente geführt haben: Sie haben 2014 in den USA um siebzehn Prozent zugenommen, obwohl mengenmässig nur etwa drei Prozent mehr Medikamente verschrieben wurden.[4] Es ist deswegen kaum überraschend, dass die Medikamentenpreise zu einem der Hauptthemen des US-Wahlkampfes 2016 geworden sind.

In der Zwischenzeit hat sich ein weiterer Trend verstärkt: In den meisten Ländern des Globalen Südens nimmt die Häufigkeit der Tumorkrankheiten immer schneller zu, während die relative Krebshäufigkeit (Fälle pro 100 000 Einwohner) in den reichen Ländern «nur» noch proportional zur Zunahme der Lebenserwartung zunimmt. Bereits jetzt werden zwei Drittel der Krebsfälle ausserhalb der entwickelten Welt registriert. Dies erklärt auch die erwartete starke Zunahme der Tumorfallzahlen in den nächsten Jahrzehnten. Wurden im Jahr 2000 weltweit 11 Millionen neue Krebsfälle diagnostiziert, werden es laut Schätzungen 2030 bereits 26 bis 27 Millionen sein.[5]

Das Bild sieht noch dramatischer aus, wenn wir nicht die diagnostizierten Fälle, sondern die Krebstodesfälle betrachten: Es wird prognostiziert, dass bis 2030 fast vier Fünftel aller Krebstodesfälle in den armen Ländern zu verzeichnen sein werden.[6] Mangels Prävention, Frühdiagnose und Therapiemöglichkeiten sind die Behandlungsergebnisse dort viel schlechter als bei uns. Besonders anschaulich ist dieser Unterschied bei Tumoren von Kindern. Bei uns beträgt die Heilungsrate bei pädiatrischen Tumoren etwa 80 bis 85 Prozent, in den Entwicklungsländern 10 bis 15 Prozent. Ich habe ausgerechnet, dass mindestens 100 000 Kinder, die an Krebs sterben, geheilt werden könnten, würden sie nicht im armen Süden, sondern z. B. in der Schweiz leben.[7] Da bei pädiatrischen Tumoren vor allem die Behandlung und weniger die Prävention entscheidend ist, unterstreicht das Beispiel die unheilvollen Folgen der Preisentwicklung der Krebsmedikamente.

Wie sind diese Entwicklungen und Prognosen einzuordnen? Im vorliegenden Artikel werde ich zuerst einige grundsätzliche Bemerkungen über Pharmakonzerne und ihre Geschäftsmodelle machen. Danach werde ich auf die Gründe eingehen, die zur aktuellen Entwicklung der Medikamentenpreise geführt haben. Schliesslich werde ich deren Effekte auf die Krebsbekämpfung im Globalen Süden diskutieren, um zum Schluss einige Punkte für eine Alternative zum heutigen Pharmasystem zu diskutieren.

Big Pharma – ein lehrbuchmässiges Beispiel von Profitgier

Waren früher Herz- und Kreislaufmittel Spitzenreiter des pharmazeutischen Markts, haben ihnen die Krebsmedikamente in puncto Umsatz heute längst den Rang abgelaufen. Wer einigermassen aufmerksam die Medienmitteilungen der Pharmariesen verfolgt, kann vernehmen, dass deren Gewinnmaximierung vor allem auf den Verkauf von innovativen Krebsmedikamenten zurückzuführen ist.

Der globale Pharmamarkt ist seit Beginn der 1980er-Jahre stetig gewachsen und hat bis heute einen Umfang von deutlich über 500 Milliarden US-Dollar pro Jahr erreicht, wovon mindestens die Hälfte auf die USA entfällt. Unter den fünfzehn grössten Pharmakonzernen der Welt (die sogenannte Big Pharma) kämpfen die schweizerische Novartis und die amerikanische Pfizer um Platz eins, die schweizerische Roche nimmt normalerweise Platz drei ein.[8] Das Geschäftsmodell der Big Pharma gründet seit der neoliberalen Wende auf dem Shareholder-Value-Prinzip und somit auf einer konsequenten Strategie der Profitmaximierung. Gewinnmargen von 15 bis 30 Prozent sind üblich, wie ein Blick in die Jahresbilanzen der Big Pharma verrät. Der Pharmagewinn übersteigt also bei weitem die durchschnittlichen Gewinnmargen aller anderen Industrien (die ca. 4 Prozent betragen). Big

Pharma setzt vor allem auf sogenannte Blockbuster: Medikamente mit einem weltweiten Jahresumsatz von einer Milliarde US-Dollar und mehr. Die Entwicklung dieser Blockbuster-Medikamente wurde in den letzten Jahrzehnten immer weniger von den firmeneigenen Forschungsabteilungen vorangetrieben. Stattdessen erwerben die Konzerne Blockbuster durch Lizenzverträge mit auswärtigen, meistens akademischen und vom Staat finanzierten Forschungsstätten oder durch Firmenzukäufe. Die enorme Finanzkraft ist also deutlich wichtiger als die eigene Forschungskapazität, die ziemlich ergebnisarm ist, wie ich auch aus eigener Erfahrung bezeugen kann. Die Blockbuster haben bei den zwanzig grössten Pharmaunternehmen mittlerweile einen Umsatzanteil von 62 Prozent erreicht. Die Prognosen sprechen dafür, dass dieser Anteil künftig deutlich abnehmen wird. Darauf hat Big Pharma vor allem mit zwei strategischen Beschlüssen reagiert. Einerseits wird die Produktion von Nachahmerprodukten eines bereits eingeführten Blockbusters («me-too drugs») forciert, eine relativ risikoarme und Forschungskosten einsparende Strategie. Entsprechend hat Big Pharma erreicht, dass eine Zulassung dieser Nachahmerprodukte nicht an den Beweis geknüpft wird, dass diese wirksamer sind als das Originalprodukt. Andererseits forciert die Big Pharma die sogenannte personalisierte Medizin. Darüber später mehr in diesem Beitrag.

Obwohl die Pharmakonzerne dies meist bestreiten, ist völlig klar, dass die Pharmaindustrie die Medikamentenpreise seit der neoliberalen Wende nicht mehr in Relation zum Aufwand (Entwicklung und Produktion) festlegt, sondern so hoch wie möglich ansetzt – oder, um es salopp zu sagen, einfach denjenigen Preis verlangt, der vom Markt geschluckt wird. Offiziell wird versucht, die exorbitanten Preissteigerungen mit den Entwicklungskosten zu rechtfertigen.[9] Unabhängige Recherchen berechnen die durchschnittlichen Entwicklungskosten für ein neues Medikament, das auf den Markt kommt, im Bereich von 300 Millionen US-Dollar, während die Pharmakonzerne häufig von weitaus höheren Summen sprechen, gelegentlich sogar von 2,5 Milliarden US-Dollar. Allerdings weigern sich die Konzerne, ihre Kosten transparent auszuweisen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass bei internationalen Pharmafirmen der Aufwand für Marketing und Administration den Aufwand für Forschung und Entwicklung bei weitem übersteigt.[10]

Exorbitante Preissteigerungen bei den Krebsmedikamenten

In meinem Beitrag von 2010 habe ich die historische Preisentwicklung bei der medikamentösen Krebsbehandlung detailliert zusammengefasst. Es sei erwähnt, dass die Kosten für eine Krebsbehandlung vor etwa zwanzig Jahren bei besonders teuren Fällen etwa 400 bis 500 Franken pro Monat

betrugen. Mit dem Novartis-Medikament Glivec, dem ersten «intelligenten» Krebsmedikament, gelang um die Jahrtausendwende ein Durchbruch, der einen Preisanstieg von etwa 3000 Franken pro Monat zu rechtfertigen schien. In der Folge jedoch erhöhten die Pharmakonzerne bei jedem neuen Krebsmittel die Preise in derselben Grössenordnung, unabhängig vom jeweiligen Innovationsgehalt. Es kam zu weiteren Preissprüngen, die auffälligerweise immer etwa 3000 Franken pro Monat und PatientIn betrugen. Wissenschaftliche Artikel zeigen, dass die Preissteigerungen keinen Zusammenhang mit einer verbesserten Antitumorwirkung aufweisen[11] bzw. dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis vollständig zugunsten der Kosten ausfällt.[12] So lagen die Kosten für neue Krebsmedikamente vor sechs Jahren bei 9000 Franken pro Monat, zurzeit sind es 12 000, bei den neuesten sogar etwa 15 000 Franken. Dies bedeutet jährliche Behandlungskosten von etwa 180 000 Franken pro PatientIn. Hinzu kommt, dass bei Krebstherapien relativ häufig Kombinationsbehandlungen notwendig sind. Bereits jetzt stehen Kombinationen von zwei bis drei dieser neuen Medikamente in der klinischen Prüfung. In onkologischen Kreisen spricht sich deswegen herum, dass wir bald die unglaubliche Grenze von 500 000 Franken pro Jahr und pro PatientIn erreichen könnten.

Dass die Preisentwicklung nicht nur «innovative» Krebsmedikamente betrifft, zeigt sich auch an einer anderen besorgniserregenden Entwicklung. Immer häufiger kommt es zu Engpässen bei herkömmlichen Krebsmedikamenten, mit denen keine grossen Gewinne mehr erzielt werden können. Teilweise versuchen Konzerne, den VerbraucherInnen mit solchen Engpässen neuere, viel kostspieligere Medikamente aufzuzwingen. Auch führt die Verknappung dazu, dass plötzlich nur noch eine Firma dieses Medikament produziert. Eine solche Monopolstellung kann zu unglaublichen Preisanstiegen führen, die bei einzelnen onkologischen Medikamenten 300 bis gar 3500 Prozent betragen können.[13] Bei einem Medikament gegen Toxoplasmosis (Daraprim) betrug die Preissteigerung sogar fast 6000 Prozent, was in den USA zu einem Skandal führte. Ein weiteres, besonders schockierendes Beispiel ist jenes von Talidomide, einem Barbituratderivativ, das vom Markt genommen wurde, weil es zu Missbildungen bei Neugeborenen geführt hatte. Zufällig wurde dann entdeckt, dass Talidomide gegen eine Knochentumorart bei älteren Menschen wirksam war, worauf die OnkologInnen es für ein paar Jahre gratis beziehen konnten. Heute ist Talidomide dank komplizierter Marktmanipulationen und internationaler Bestimmungen ein neu patentiertes Monopolprodukt, das etwa 3000 Franken pro Monat kostet – obwohl zu dessen Entwicklung weder grosse Produktions- noch Forschungskosten angefallen sind!

Kürzlich hat eine Studie in den achtzehn reichsten Ländern der Welt gezeigt, dass der Preis eines Krebsmedikaments von Land zu Land um bis zu

400 Prozent schwanken kann.[14] Dies hat gerechtfertigte Besorgnis unter KrebsärztInnen geweckt: Wie können unsere Gesundheitssysteme in der Lage sein, solch irrsinnigen Preisentwicklungen standzuhalten? Nur durch brutale Rationierungsmassnahmen.[15] Im März 2016 haben über hundert führende französische OnkologInnen diese Befürchtungen in einem offenen Brief in *Le Figaro*[16] ausgedrückt, ähnliche Aktionen gab es bereits mehrmals in den USA.[17] In eingeweihten Kreisen spricht man darüber, dass eigentlich eine Bewegung «Occupy Pharma» lanciert werden müsste. Wenn man bedenkt, wie symbiotisch der ÄrztInnenstand mit der Pharmaindustrie verflochten ist, muss die Bedrohung schon ausserordentlich gross sein, damit es zu solchen Reaktionen kommt.[18]

Neuer Kostenfaktor personalisierte Medizin

Es gibt verschiedene Gründe für die eskalierende Preisentwicklung der Krebsmedikamente, drei davon sollen hier kurz ausgeführt werden. *Erstens* stellt Krebs immer noch eine solch existenzielle Bedrohung dar, dass die meisten Menschen bereit sind, für einen letzten Hoffnungsschimmer finanziell alles in Kauf zu nehmen. Diese Tatsache wird von der Pharmaindustrie schamlos ausgenutzt, sowohl dank gezielter Medienkampagnen wie auch über PatientInnen-Selbsthilfegruppen, die von der Pharmaindustrie gesponsert werden.

Vorläufige Ergebnisse werden strategisch aufgebauscht, sodass die Behörden unter Druck geraten, das Medikament zuzulassen. Sind die endgültigen Resultate schliesslich da, erweist sich das gepriesene «Wundermittel» oft als weniger wirksam als behauptet. In der Zwischenzeit jedoch hatte man sein Heu schon im Trockenen.[19] Begünstigt wurde diese Strategie dadurch, dass die wichtigsten Zulassungsbehörden (Food and Drug Administration, FDA, in den USA, European Medicines Agengy, EMEA, in der EU) in den letzten zwei Jahrzehnten – unter dem Druck der Pharmaindustrie – die Kriterien deutlich aufgeweicht haben, nach denen eine klinische Studie als positiv zu bewerten ist.

Der *zweite* Grund hängt mit der US-amerikanischen Politik zusammen: Da die republikanischen Präsidenten Ronald Reagan, George H. W. Bush und George W. Bush (die Pharmakonzerne waren immer wieder ihre wichtigsten Wahlkampfsponsoren) alle gesetzlichen Regelungen von Medikamentenpreisen abgeschafft haben, kann die Pharmaindustrie die Preise nach Belieben fixieren. Bei Krebsmitteln macht der US-Markt zwei Drittel des gesamten Umsatzes aus, weshalb der US-Preis zum Richtpreis wird, dem sich kleinere Märkte fügen müssen. Tun sie das nicht, riskieren sie, das Medikament nicht geliefert zu bekommen.

Als *dritter*, besonderer Grund der Preisentwicklung der Krebsmedikamente kommt heute die sogenannte personalisierte Medizin hinzu, auch wenn derzeit ihre Evidenzbasis und ihre Verwendung ausserhalb der Onkologie noch recht gering sind. Um was geht es dabei?

Rein methodologisch handelt es sich um eine Anwendung der Genomforschung: PatientInnen und ihre Medikamentenstoffwechsel werden individuell gentechnologisch definiert, um nach spezifischen Angriffspunkten für eine gezielte medikamentöse Therapie zu suchen. Diese Innovation birgt durchaus positive Möglichkeiten, die vor allem in der Onkologie bereits zu ersten Erfolgen geführt haben. Vor allem aber hat diese Entwicklung eine Atmosphäre von «hype and hope» heraufbeschwört, in deren Windschatten selbst übertriebene Preiszunahmen fast widerstandslos geschluckt werden.[20] Auf der einen Seite warnen kritische ExpertInnen, dass die personalisierte Medizin nicht überbewertet werden sollte, andererseits hat der Bundesrat bereits über hundert Millionen Franken für ihre Entwicklung bereitgestellt.

Zerstörung des öffentlichen Gesundheitswesens

Wie bereits gesagt, nimmt Krebs als Todesursache vor allem in den armen Ländern sehr schnell zu. Die Bekämpfung einer so komplexen Krankheit wie Krebs verlangt funktionierende Gesundheitsstrukturen. In den meisten Ländern der Dritten Welt wurden die bereits relativ schwachen Gesundheitssysteme durch die Strukturanpassungsprogramme der Weltbank und des Internationalen Währungsfonds weiter geschwächt. Im marktorientierten Kontext der neoliberalen Globalisierung wurde zudem der öffentliche Sektor vernachlässigt. Diese Tendenz wurde verstärkt durch Public-Private-Partnerships (PPP) im Gesundheitswesen. Diese PPP wurden im Jahr 2000 am G8-Gipfel lanciert und werden durch philanthropische Stiftungen wie jene von Bill Gates propagiert. Mit PPP sollen in den armen Ländern private Gesundheitsstrukturen gefördert werden, was wiederum zu einer Schwächung der öffentlichen Spitäler beigetragen hat.[21] Diese Unterwanderung des öffentlichen Gesundheitswesens durch PPP hat klare Folgen: Meiner Meinung nach wäre etwa die Ebola-Epidemie von 2014/15 viel weniger tödlich verlaufen, wären die Gesundheitssysteme nicht derart geschwächt worden.

Die Befürchtung, dass sich ein solches Szenario auch bei der sich abzeichnenden «Krebsepidemie» bewahrheiten könnte, veranlasste die European School of Oncology (ESO) im Jahr 2012, das World Oncology Forum (WOF) zu organisieren. Das WOF trifft sich seither regelmässig in Lugano, um eine Bilanz der Situation in der weltweiten Krebsbekämpfung zu zie-

hen.[22] Beim ersten Treffen 2012 diskutierte das WOF die Frage «Sind wir dabei, den Krieg gegen Krebs zu gewinnen?». Eine Frage, die an Aktualität nicht verloren hat, seit Präsident Nixon 1971 mit überoptimistischen Versprechungen einen «Krieg gegen den Krebs» erklärt hatte (was Obama 45 Jahre später wieder getan hat).

2012 fiel die Antwort der ExpertInnen in Lugano sehr zurückhaltend aus: Obwohl wir immer mehr über Krebs wissen, ist es vor allem aufgrund der Entwicklung im Globalen Süden durchaus möglich, dass wir dabei sind, den «Weltkrieg» gegen Krebs zu verlieren. Was zu tun wäre, wurde in einem 10-Punkte-Aufruf («Halten wir den Krebs jetzt auf!») festgehalten, der 2013 am Weltkrebstag vom 4. Februar mit ganzseitigen Annoncen in fünf der wichtigsten Tageszeitungen der Welt veröffentlicht wurde.[23] Punkt 7 des Aufrufes befasst sich mit der Entwicklung von Krebsmedikamenten: «Das derzeitige überholte Geschäftsmodell für die Entwicklung neuer Therapien durch effizientere Formen einer öffentlich-privaten Zusammenarbeit ersetzen, die imstande sind, die Entwicklung wirtschaftlich erschwinglicher und für den Patienten nützlicher Therapien zu beschleunigen.»[24] Es gilt zu beachten, dass dies bloss eine diplomatisch formulierte Option ist, um das Plazet der am Forum anwesenden Pharmamultis zu erhalten. Ich werde im Schlussabschnitt dieses Beitrags noch darauf zurückkommen.

Keine Aufweichung der Patentrechte

Selbst in dieser vorsichtigen Formulierung steht dieser Punkt 7 der aktuellen Politik der Big Pharma diametral gegenüber. Schlüsselelement ihrer Politik ist die Patentierung von neuen Medikamenten, wofür in der Uruguay-Runde der Welthandelsorganisation WTO von 1994 durch die sogenannten Trade-Related Aspects of intellectual Property Rights (TRIPS) der Industrie der entwickelten Länder gewaltige Vorteile gesichert wurden.[25] In der Doha-Runde von 2001 versuchten die Entwicklungsländer, die TRIPS-Struktur etwas aufzuweichen, indem den ärmeren Ländern erlaubt wurde, im Notfall sogenannte Zwangslizenzen zu vergeben. Dadurch sollten sie – selbst unter laufendem Patentschutz – die Möglichkeit erhalten, günstigere Generika zu importieren oder selbst zu produzieren. Den Entwicklungsländern ist es in der Folge aber fast nie gelungen, diese schwammig definierte Ausnahmeregel zu nutzen, um Patentrechte aufweichen zu können.[26] Das zeigt sich auch bei der laufenden Auseinandersetzung zwischen Novartis und Kolumbien um das Krebsmedikament Glivec, das laut WHO zu jenen Medikamenten gehört, zu denen alle Menschen Zugang erhalten müssen. Da Kolumbien sich den hohen Preis für Glivec nicht leisten kann, erwog es eine Zwangslizenz, um ein viel billigeres Generika importieren zu können. Die-

ses Vorhaben hat das Schweizer Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) in einem scharfen Brief an die kolumbianische Regierung verurteilt. In seinem Schreiben spricht das Seco auch eine unverhohlene Drohung aus für den Fall, dass Kolumbien mit seinem Vorhaben Ernst machen sollte. In einer parlamentarischen Debatte in der Sommersession 2015 zeigte sich schliesslich, dass der Bundesrat das konfrontative Verhalten des Seco voll und ganz unterstützt.[27]

Verschiedene Studien haben unterdessen gezeigt, dass die TRIPS-Regeln eine klare Verschlechterung der Lage der Entwicklungsländer bezüglich Medikamentenverbrauch und -kosten gezeitigt haben.[28] In den letzten zehn Jahren hat sich die Lage wegen der explodierenden Krebsmedikamentenpreise und der Beschränkung möglicher Ausnahmen der TRIPS-Regeln weiter zugespitzt. Selbst Länder wie Indien und Brasilien, die eine Zeit lang von der Produktion ihrer erfolgreichen Generikaindustrie profitieren konnten, haben zusehends Schwierigkeiten, neue Medikamente zu finanzieren, welche unter Patentrecht stehen. Patentierte Medikamente stehen den PatientInnen dort erst 10 bis 15 Jahre nach Markteintritt zur Verfügung, wenn die Preise deutlich gefallen sind.[29] Um die Tragweite des Problems zu verstehen, sollte an dieser Stelle daran erinnert werden, dass, während wir in der Schweiz etwa 9000 Franken pro Person jährlich für die Gesundheit ausgeben, der Durchschnitt der staatlichen Gesundheitsausgaben pro Person in den Entwicklungsländern etwa hundertmal tiefer ist! Die begrenzten Aussichten, bei der WTO eine Zwangslizenz folgenlos zu erhalten, sind ein wichtiger Grund dafür, dass die Fälle rückläufig sind, in denen eine Regierung überhaupt darum ersucht hat. Hatte etwa Präsident Lula da Silva in Brasilien mit der Drohung von Zwangslizenzen mehrmals starke Preissenkungen erreicht, traute sich Dilma Rousseff in den letzten Jahren nie, einen solchen Schritt zu tun.

Wäre die Pharmalobby weltweit nicht so mächtig und würde sie nicht in vielen Staaten gesundheitspolitische Entscheide der Regierungen und Parlamente massgeblich beeinflussen, wäre die Lage momentan etwas günstiger als auch schon: Vor wenigen Monaten hat die WHO die Liste der essenziellen Medikamente erweitert. Dies sind die Medikamente, für die im Prinzip eine Zwangslizenz verlangt werden könnte. Darunter sind jetzt fünfzehn Krebsmedikamente, die früher nicht auf dieser Liste standen. Doch unter den jetzigen Rahmenbedingungen müssen wir feststellen, dass bereits heute Hunderttausende von Krebskranken keinen Zugang zu wirksamen Krebsmedikamenten haben. Sollte sich in nächster Zeit nichts an den Rahmenbedingungen ändern, wird sich die Zahl dieser Opfer schnell und exponentiell erhöhen.[30]

Elemente eines alternativen Pharmasystems

Anders als bei Aids hat die Weltöffentlichkeit im Falle von Krebs lange Zeit kaum auf die Ungleichheit der Behandlungschancen zwischen KrebspatientInnen der reichen und der armen Länder reagiert. Unterdessen scheint sich daran etwas zu ändern, auch weil besonders skandalöse Fälle zumindest einen Teil der Öffentlichkeit erschreckt haben. So etwa der Fall der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV), den Erreger des Gebärmutterhalskrebses: Von den jährlich weltweit geschätzten 300 000 Todesfällen wegen Gebärmutterhalskrebs ereignen sich mehr als 90 Prozent in armen Ländern. Davon könnten mindestens 70 Prozent mit der HPV-Impfung verhindert werden. Aufgrund ihrer überrissenen Kosten stand diese Impfung lange Zeit nur in den entwickelten Ländern zur Verfügung, wo Gebärmutterhalskrebs als Todesursache dank Frühdiagnosemöglichkeiten zahlenmässig fast irrelevant geworden ist.[31] Nach langem Zögern bewirkten die WHO und andere internationale Organisationen in den letzten Jahren endlich eine dramatische Senkung des Impfstoffpreises, was zumindest die Planung von Impfkampagnen in den Entwicklungsländern ermöglicht hat.

Vor allem wegen der überrissenen Krebsmedikamentenpreise und der damit verbundenen Polemiken scheint die WHO überhaupt aus ihrem Dornröschenschlaf bezüglich Krebsbekämpfung erwacht zu sein. Zurzeit werden spezielle, «weniger gefährliche» Formen von PPP diskutiert, die dazu führen könnten, dass Staaten über Subventionierungen die Pharmaindustrie dazu verpflichten können, bestimmte Nischenprodukte preisgünstig zu produzieren.[32] In der Fachpresse werden zudem neue Regeln diskutiert, die zukünftig vermeiden sollten, dass die WHO-Strategie zu stark von einigen wenigen Ländern und von sehr mächtigen Stiftungen (z. B. der Bill & Melinda Gates Foundation) dominiert wird.[33] Natürlich handelt es sich um sehr milde Reformen, die die wesentlichen Rahmenbedingungen auf diesem Gebiet kaum werden verändern können. Dies vor allem, weil gleichzeitig auch gefährliche Entwicklungen in die entgegengesetzte Richtung im Gange sind.

Schon lange benimmt sich Big Pharma, als stünde sie über dem Gesetz – bald könnte dies Wirklichkeit werden. Kommt das Transatlantische Freihandelsabkommen zwischen den USA und der EU (TTIP) zustande, würden Patentrechte weiter ausgedehnt, während Zulassungsbedingungen für neue Medikamente gelockert würden. Die Preisentwicklung der Medikamente könnte von der Pharmaindustrie noch ungebremster angetrieben werden. TTIP soll die sogenannte Investorenschutzklausel enthalten: Konzerne sollen vor einem internationalen privaten Schiedsgericht gegen Staaten klagen können, wenn sie ihre Investitionen durch nationale Gesetze, Regulierungen und Gerichtsentscheide gefährdet sehen. Damit würde den Pharmamultis ein starkes Druckmittel gegen staatliche Regulierungen in die Hand gelegt.[34]

Momentan hat TTIP einen schweren Stand, in den stockenden Verhandlungen über das Abkommen selbst, aber auch dank Bernie Sanders in den USA und des Widerstands in der EU. Es ist aber klar, dass nur demokratische Erneuerungen dazu führen können, die überrissenen Medikamentenpreise unter Kontrolle zu bringen. Es ist kein Zufall, dass eines der zentralen Themen der Wahlkampagne von Bernie Sanders die überrissenen Medikamentenpreise waren. Der Wirtschaftsnobelpreisträger Joseph Stiglitz hat bereits vor einiger Zeit gemahnt, dass es wegen dieser Preisentwicklung zu einer Implosion des ganzen Pharmasystems kommen könnte. Er hat auch eine klare Alternative für ein nachhaltiges System vorgeschlagen.[35] Ein solches würde zumindest eine Einschränkung der Patentrechte vorsehen, vielleicht sogar deren Abschaffung. Anstatt sich mit dem Shareholder-Value-System zu bereichern, müsste die Pharmaindustrie im Falle der Entdeckung neuer Medikamente mit einem noch zu bestimmenden System finanziell belohnt werden. Der Staat müsste wiederum, wie es vor der neoliberalen Wende der Fall war, eine viel aktivere Rolle bei der Medikamentenentwicklung und -prüfung spielen. Vor allem sollten klinische Studien und das Zulassungsverfahren für ein neues Medikament einer industrieunabhängigen Instanz unterstellt werden.

Sollten sich demokratische Entscheidungsprozesse als unwirksam erweisen, bestünde zuletzt die Möglichkeit, dass die Gerichte massgebliche Veränderungen einleiten können. Dann würden wir möglicherweise eine Wiederholung der Geschichte erleben, wie sie sich im Kampf gegen die Tabakindustrie ereignet hat: Während Parlamente kaum etwas taugten, waren es Gerichtsurteile, die den Kampf gegen die kriminellen Machenschaften der Tabakindustrie gefördert haben. Momentan planen verschiedene europäische NGOs, für einige der neuen, unsinnig teuren Krebsmedikamente juristisch eine Zwangslizenz für Generika einzufordern. Die Doha-Bestimmungen erlauben nämlich einen solchen Schritt nicht nur in den Entwicklungsländern, sondern – zumindest theoretisch – auch in den entwickelten Ländern. Dabei kann geltend gemacht werden, dass die überrissenen Preise zu einer Notlage führen, die die sozialstaatliche Finanzierung unserer Gesundheitssysteme infrage stellt. Und schliesslich mussten schon so manche entscheidende Veränderungen im kapitalistischen Gefüge wegen Notlagen akzeptiert werden.

Anmerkungen

1 Cavalli, Franco, 2010: Pharmaindustrie und globale Krebsbekämpfung. In: Widerspruch, Heft 58, 151–163.

2 Ferlay, Jacques/Soerjomataram, Isabelle/Ervik, Morten/Dikshit, Rajesh u. a., 2015: Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. In: International Journal of Cancer, 136(5), 359–386.

3 Cavalli, Franco/Atun, Rifat, 2015: Towards a global cancer fund. In: Lancet Oncology, 16, 133–134.

4 Jaffe, Susan, 2016: US presidential candidates proposals to reducing prices. In: Lancet, 388, 855–856.

5 Anderson, Benjamin/Flanigan, Jaclyn, 2015: Novel methods for measuring global cancer burden. Implications for global cancer control. In: JAMA Oncology, 1, 425–427.

6 Bray, Freddie/Soerjomataram, Isabelle, 2015: The changing global burden of cancer. Disease control priorities. In: World Bank: Cancer, Band 3 (3. Auflage). Washington DC., 23–44.

7 Cavalli, Franco, 2006: Cancer in the developing world: can we avoid the disaster? In: Nature Clinical Practice Oncology, 3, 582–583.

8 Möhr-Buxtorf, Peter, 2016: Personalisierte Medizin und ihre Triebkräfte. In: Schweizerische Ärztezeitung, 97(28–29), 1018–1020.

9 Angell, Marcía, 2004: The Truth about Drug Companies. How they deceive us and what to do about it. New York. Deutsch: Der Pharma-Bluff. Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist. Berlin 2005.

10 Dickenson, Donna, 2013: ME Medicine vs. WE Medicine. Reclaiming Biotechnology for the Common Good. New York. Und: Ghinea, Nicolae/Lipworth, Wendy/Kerridge, Ian, 2016: Propaganda or the cost of innovation? Challenging the high price of new drugs. In: British Medical Journal, 352, i1284.

11 Mailankody, Sham/Prasad, Vinay, 2015: Five Years of Cancer Drug Approvals: Innovation, Efficacy, and Costs. In: JAMA Oncology, 1, 539–540.

12 Durkee, Ben/Qian, Yushen/Pollom, Erqi u. a., 2015: Cost-Effectiveness of Pertuzumab in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Metastatic Breast Cancer. In: Journal of Clinical Oncology, 34, 902–909. Und: Matter-Walstra, Klazien/Schwenkglensk, Matthias/Aebi, Stefan u. a., 2016 (im Erscheinen): A Cost-Effectiveness analysis of Nivolumab versus Docetaxel for Advanced Nonsquamous NSCLC Including PD-L1 Testing. In: Journal of Thoracic Oncology.

13 Alpern, Jonathan D./Song, John/Stauffer, William, 2016: Essential Medicines in the United States – Why Access is diminishing. In: The New England Journal of Medicine, 374(20), 1904–1907.

14 Sullivan, Richard/Aggarwal, Ajay, 2016: Putting a price on cancer. In: Nature Reviews Clinical Oncology, 13, 137–138.

15 Saltz, Leonard, 2016: Perspectives on Cost and Value in Cancer Care. In: JAMA Oncology, 2, 19–21. Und: Ramsey, Scott u. a., 2016: Addressing Skyrocketing Cancer Drug Prices Comes With Tradeoffs. In: JAMA Oncology, 2(4), 425–426.

16 Mascret, Damien, 2016: L'Appel de 110 cancérologues contre le coût des traitements. In: Le Figaro, 4.3., 24.

17 Kantarijan, Hagop/Rajkumar, Vincent, 2015: Why are cancer drugs so expensive in the United States and what are the solutions? In: Mayo Clinic Proceeding, 90, 500–504.

18 Angell, Marcía, 2009: Drug Companies & Doctors. A Story of Corruption. In: The New York Review of Books, 19.1. www.nybooks.com/articles/archives/2009/jan/15/drug-companies-doctorsa-story-of-corruption (Abfrage 6.10.2016).

19 (Anm. 1).

20 Meyer, Urs, 2012: Personalized Medicine: A Personal View. In: Clinical Pharmacology & Therapeutics (Perspectives), 91(3), 373–375. Und: Meier-Abt, Peter, 2010: Informationsforum «Zukunft der Medizin – Behandlung nach Mass». Bessere Arzneimittel, gezieltere Arzneimittel, sicherere Arzneimittel, kostengünstigere Therapien. Basel. Und: Grill, Markus/Hackenbroch, Veronika, 2011: Das grosse Versprechen. In: Der Spiegel, 32, 124–130.

21 (Anm. 1).

22 Horton, Richard, 2012: Offline: At least two reasons to be grateful for Europe. In: Lancet, 380, 1542.

23 Cavalli, Franco, 2013: An appeal to world leaders: stop cancer now. In: Lancet, 381, 425–426. Und: Cavalli, Franco, 2014: Für eine weltweite Krebsbekämpfung. In: Neue Zürcher Zeitung Online, 10.12. www.nzz.ch/meinung/debatte/fuer-eine-weltweite-krebsbekaempfung-1.18441316 (Abfrage 27.9.16).

24 European School of Oncology, 2013: Halten wir den Krebs jetzt auf! www.eso.net/images/Allegati/statementgerman.pdf (Abfrage 19.9.16).

25 (Anm. 1).

26 Cavalli, Franco, 2015: «Gewinne wie im Drogenhandel oder in der Prostitution». In: WOZ Die Wochenzeitung, 17.9., 24–25.

27 Meister, Franziska, 2015: Pharmaindustrie. Sie kontrolliert Patente und Paragrafen. In: WOZ Die Wochenzeitung, 17.9., 24.

28 Smith, Richard u. a., 2009: Trade and Health 5: Trade, TRIPS and Pharmaceuticals. In: Lancet, 373, 684–681.

29 Benkimoun, Paul, 2016: Médicaments. Les pays émergents malades des brevets. In: Le Monde, 30.3., 12–13.

30 Cavalli, Franco, 2016: Tackling cancer: time for a global response. In: Lancet, 387, 13.

31 Straumann, Felix, 2011: Verschmähte Krebsimpfung soll in Drittweltländern Leben retten. In: Tages-Anzeiger, 13.12., 42.

32 Watts, Geoff, 2016: Drug development partnerships look set to grow. World Report. In: Lancet, 388, 16–18.

33 Buse, Kent/Hawkes, Sarah, 2016: Sitting on the FENSA: WHO engagement with industry. In: Lancet, 388, 446–447.

34 (Anm. 27).

35 Stieglitz, Joseph/Jayadev Arjun, 2010: Medicine for Tomorrow: Some Alternative Proposals to Promote Socially Beneficial Research and Development in Pharmaceuticals. In: Journal of Generic Medicines, 7, 217–226.