

# PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11838

## Global gesunde Geschäfte German Health Alliance der Wirtschaft

Die deutsche Wirtschaft will die globale Gesundheit stärken, so die Eigenwerbung der neu gegründeten „German Health Alliance“<sup>1</sup>. NGOs und staatliche Träger der Entwicklungshilfe sind mit im Boot. Wem nützt dieses „Public Private Partnership“ (PPP)?

Eigentlich ist die vom Bundesverband der deutschen Industrie (BDI) gegründete „German Health Alliance“ (GHA) nicht ganz frisch. Sie bündelt die Aktivitäten des BDI aus drei schon länger bestehenden Exportförder-Partnerschaften, darunter dem German Healthcare Partnership (GHP).<sup>2</sup> Letzteres war wiederum Ideengeber für den „Global Health Hub Germany“, der vergangenes Jahr formal vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufen wurde (wir berichteten<sup>3,4</sup>).

Etwas verwirrt über die vielen „Partnerschaften“? Dahinter könnte Methode stecken: Es kann gar nicht genug Foren geben, in denen man seine Meinung zu Gehör bringt. Um dem Ganzen mehr Legitimität zu verleihen, holt man sich einige NGOs an Bord und verstrickt Bundestagsabgeordnete – ein paar WissenschaftlerInnen als Garnitur machen sich auch nicht schlecht.

Die Industrie versucht mit aller Macht, den Diskurs über globale Gesundheit in ihr genehme Bahnen zu lenken. Die „German Health Alliance“ wird am 26.11.2019 aus der Taufe gehoben. Thema der Veranstaltung: „Deutschlands Rolle und Verantwortung in Globaler Gesundheit“. Als Ziel wird ausdrücklich genannt, „die Zusammenarbeit zu stärken und gemeinsam neue Wege zu beschreiten.“<sup>5</sup>

Es geht nicht nur um Exportförderung der deutschen Pharma- und Medizintechnikindustrie, sondern auch um möglichst günstige Rahmenbedingungen für die deutsche Wirtschaft. Durch den UN-Beschluss, Gesundheitsversorgung für alle (UHC<sup>6</sup>) hoch auf die politische Agenda zu setzen, locken größere Märkte.

Angesichts der massiven Kritik an hohen Preisen für Medikamente weltweit gilt es, eine harte Regulierung der Geschäfte zu verhindern. Und was hilft da besser, als möglichst viele AkteurInnen an den Tisch zu holen, um sie für die eigenen Zwecke einzuspannen. Und selbst wenn das nicht gelingt, hält man die Leute so beschäftigt.

Die GHA rühmt sich auch der engen Kooperation mit dem World Health Summit.<sup>7</sup> Dieses industrielastige jährliche Treffen zu globaler Gesundheit wird von Prof. Detlev Ganten, Vorsitzender des Stiftungsrats der Charité, geleitet. Was liegt da näher, als dass die GHA ihm am 26.11. auch den „German Global Health Award“ verleiht? Überreicht wird der Preis von Gesundheitsminister Jens Spahn. Die Laudatio hält Prof. Karl Max Einhäupl, ehemaliger Vorstandsvorsitzender, Charité. Ganten ist übrigens auch im Advisory Board der GHA – so schließen sich die Kreise. (JS)

Liebe LeserInnen,

*ist Kuschneln mit der Wirtschaft wirklich die richtige Strategie, um die Weltgesundheit zu verbessern? Mit dieser Frage beschäftigt sich diese Ausgabe ausführlich. Keine Frage, Unternehmen und von Unternehmern gegründete Stiftungen verfügen über viel Geld und spezifisches Know-how.*

*Aber öffentliche Aufgaben lassen sich nicht wie eine Aktiengesellschaft managen. Nicht der kurzfristige Gewinn um (fast) jeden Preis steht im Vordergrund, sondern das Allgemeinwohl.*

*Das leise Gift sind sogenannte öffentlich-private Partnerschaften, denen man sich kaum noch entziehen kann. Es gilt genau hinzuschauen, in welcher klebrige Zusammenhänge sich eigentlich kritische Akteure verstricken lassen.*

*Wer an welcher Stelle über weitreichende politische Entscheidungen mitreden kann, ist eine entscheidende Frage, findet Ihr*

  
Jörg Schaaber

### Inhalt

#### Globale Gesundheit ..... 2

*Problem Interessenkonflikte – ein Gespräch mit Judith Richter*



1 <https://gha.health/> [Zugriff 19.11.2019]

2 Die anderen sind German Healthcare Export Group (GHE) und die German-Sino Healthcare Group (GSH-CG)

3 Pharma-Brief (2018) Abgekartetes Spiel. Nr. 8/9, S. 1

4 Pharma-Brief (2019) Gesundheitshub krank. Nr. 4/5, S. 4

5 GHA (2019) [https://gha.health/wp-content/](https://gha.health/wp-content/uploads/Programm_26112019_deutsch.pdf)

[uploads/Programm\\_26112019\\_deutsch.pdf](https://gha.health/wp-content/uploads/Programm_26112019_deutsch.pdf) [Zugriff 19.11.2019]

6 Universal Health Coverage

7 <https://ghp-initiative.de/about-us/> [Zugriff 20.11.2019]

# Interessenkonflikte und der Schutz der öffentlichen Gesundheit

## Interview mit Judith Richter

Judith Richter arbeitet seit vielen Jahren zum Thema Interessenkonflikte mit Schwerpunkt auf internationale Organisationen. Wir haben sie befragt, wie sich die Situation in den letzten Jahrzehnten verändert hat, welche negativen Folgen das hat und was zu einer Verbesserung der Lage notwendig wäre.

*Ich habe gehört, dass du in den letzten Jahren, versucht hast, das Konzept der Interessenkonflikte auf zahlreichen Konferenzen und in Schulungen zu erklären. Wie und wann begann dein Interesse an diesem Thema?*

Als Person, die im Gesundheitsbereich arbeitet, bin ich schon lange an Interessenkonflikten interessiert gewesen, auch wenn ich damals diesen Begriff noch nicht benutzte. Als ich zum Beispiel in den siebziger Jahren Vizepräsidentin des Schweizerischen Pharmaziestudentenverbandes (ASEP) war, verfochten wir die Ansicht, dass Apotheker es ablehnen sollten, ihre Schaufenster von Pharmafirmen dekorieren zu lassen. Wir befürchteten, die KundInnen könnten Apotheken als Outlet von Pharmafirmen ansehen und nicht als Orte, die eine unabhängige Gesundheitsberatung anbieten.

In den 1990er Jahren bat mich IBFAN-Europe (International Baby Food Action Network)<sup>1</sup> zu seinen internen Diskussionen über Interessenkonflikte beizutragen: Wie könnten IBFAN-Mitglieder zum Beispiel am besten thematisieren, dass die Hersteller von Muttermilchersatzprodukten sowohl Kinderarztverbände als auch deren Weiterbildungen sponserten? Wir diskutierten auch die möglichen Interessenkonflikte durch finanzielle Ver-

bindungen von StillberaterInnen mit Herstellern von Milchpumpen.

Damals wurde ich auch von Health Action International Europe eingeladen, meine Bedenken bezüglich des Sponsorings durch Pharmaunternehmen und reiche Unternehmensphilanthropen wie Bill Gates darzulegen.<sup>2</sup>

**Das Thema Interessenkonflikte wurde also schon damals breit diskutiert?**

In der Tat. Und etliche ForscherInnen im Bereich Interessenkonflikte (Conflict of Interest, Col) betonen, dass der Aufstieg des neoliberalen Wirtschaftsmodells die Anzahl bereits bestehender Interessenkonflikte noch vergrößert und neue Typen geschaffen hat.

Meine Arbeit als Soziologin zu adäquatem und wirksamem Schutz öffentlicher Interessen – einschließlich der Regulierung von Interessenkonflikten – begann 2002. Damals hatte ich gerade eine längere Beratertätigkeit für UNICEF über die Möglichkeiten effektiver Regulierung der Marketingmethoden transnationaler Säuglings- und Kindernahrungskonzerne beendet.<sup>3</sup> Durch diese Arbeit wurde ich auf die immer engeren Verbindungen von UN-Organisationen mit transnationalen Firmen aufmerksam.

Sie riskierten dadurch ihr eigentliches Mandat zu vernachlässigen, die Aktivitäten eben dieser Konzerne durch internationale Regulierungen zu kontrollieren.

Mein Anliegen – und auch zum Beispiel das der finnischen Forscherin Eeva Ollila<sup>4</sup> – war damals, auf die vielfältigen Risiken aufmerksam zu machen, die sogenannte Globale Öffentlich-Private Partnerschaften für Gesundheit (GHPPP) und Multi-Stakeholder Initiativen (MSIs) mit sich bringen: sie untergraben die Fähigkeit öffentlicher Institutionen, im öffentlichen Interesse zu handeln.

Die finnische Regierung bat mich, zu untersuchen, welche Möglichkeiten es gebe, dies abzuwenden. Ich fand heraus, dass die damalige Generaldirektorin der WHO, Dr. Brundtland, den WHO Mitgliedsstaaten versichert hatte, die WHO werde Richtlinien und Trainingskurse entwickeln, um Interessenkonflikte zu erkennen und zu vermeiden. Als ich jedoch Mitarbeiter der WHO dazu interviewte, teilten sie mir mit, dass dieses Projekt gestoppt worden war. Ihnen wurde damals eingepflegt, sie sollten transnationale Firmen im Gesundheitsbereich lieber als 'Partner' ansehen und nicht als profitorientierte Akteure. Das Achten auf Interessenkonflikte wurde in diesem Modell als Hindernis gesehen, auf 'flexiblere Art und Weise' zu arbeiten. Ein leitender juristischer Funktioniär der WHO teilte mir mit, dass die existierenden Col Definitionen als 'zu einschränkend' wahrgenommen würden. Mitarbeiter auf unterer Ebene befürchteten dagegen, dass sie nicht in der Lage sein würden, problematische Vorschläge von Großunterneh-



men und reichen Sponsoren abzuwehren.<sup>5</sup>

Das motivierte mich, existierende Interessenkonflikts-Theorien und Richtlinien zu untersuchen. Ich hoffte, das könnte helfen, eventuelle Missverständnisse zu klären, die die WHO davon abhielten, ihre Beziehungen mit Firmen und Unternehmensphilanthropen angemessen zu regulieren.

Etwas später bat mich das Genfer Regionalbüro von IBFAN, zum Paragraph 35 der WHO/UNICEF Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern zu arbeiten.<sup>6</sup> Dieser Artikel besagt, dass „alle Partner zusammenarbeiten sollten“ – auch indem sie Allianzen und „Partnerschaften“ formen – „im Einklang mit akzeptierten Prinzipien zur Vermeidung von Interessenkonflikten.“ Jedoch waren diese Prinzipien nirgendwo präzisiert. Ich untersuchte, wie man hier Abhilfe schaffen könnte und veröffentlichte „Conflicts of Interest and Policy Implementation – reflections from the fields of health and infant feeding“.<sup>7</sup>

### ***Kannst du eine brauchbare Definition von Interessenkonflikten geben?***

In oben genannter Publikation wies ich im Wesentlichen auf drei Definitionen hin: Eine wurde entwickelt für den öffentlichen Dienst in den Ländern der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung<sup>8</sup> (OECD) und zwei Definitionen stammen aus dem Bereich der Gesundheit.

Die erste Definition, wurde entwickelt von dem politischen Philosophen Professor Dennis F. Thompson.<sup>9</sup> Ich fand seine Definition von Interessenkonflikten als Konflikten zwischen primären und sekundären Interessen nützlich, um zu erklären, warum man über Konflikte von „Interessen“ spricht. Diese Definition hat sich mit geringfügigen Änderungen seitdem weit verbreitet durch den Bericht des Komitees des US Institute of Medicine (IoM) zu Interessenkonflikten in der

medizinischen Forschung, Ausbildung und Praxis.<sup>10</sup> „Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse beziehen, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird“<sup>11</sup>

Wie du weißt, haben kritische deutsche ÄrztInnen die Thompson-IoM Definition in ihrer Arbeit zur besseren Identifizierung von Interessenkonflikten im medizinischen Bereich übernommen und viele nützliche Ratschläge weiterentwickelt.<sup>11</sup>

Die andere Definition, die ich damals fand, wurde von dem Rechtsprofessor Marc Rodwin formuliert. Sein Buch „Medicines, Money & Morals: Physicians' Conflicts of Interest“<sup>12</sup> wurde 1993 veröffentlicht, im gleichen Jahr wie der vielzitierte Artikel von Thompson. Rodwin fasste seine Konzeption kürzlich nochmals wie folgt zusammen: „Ein Interessenkonflikt existiert, wo ein Individuum eine Verpflichtung hat, einer Partei zu dienen oder eine Rolle zu spielen, und das Individuum andererseits: 1) Anreize oder 2) widersprüchliche Loyalitäten hat, die das Individuum ermutigen, in einer Art und Weise zu handeln, mit der es seine Verpflichtungen bricht.“<sup>13</sup>

Wie mir Professor Rodwin erklärte, folge er damit der Begriffsauffassung, die im amerikanischen Recht seit dem 20. Jahrhundert üblich ist. Diese rechtliche Definition ist etwas komplexer, das stimmt. Das US Institute of Medicine hatte die Thompson-IoM Definition als die „zweckmäßigste“ hervorgehoben. Ich hatte nie die Gelegenheit zu fragen, warum die IoM Kommission anscheinend die Konzeption von Professor Rodwin nicht in ihrer Arbeit berücksichtigt hat. Ich empfand Rodwins Zusammenfassungen der rechtlichen Definitionen als überaus hilfreich, um das Wesen von Interessenkonflikten besser zu verstehen und vor allem,

Möglichkeiten ihrer effektiven Vermeidung und Regulierung aufzuzeigen.

Ich plädiere heute mehr als je dafür, die Regulierung von Interessenkonflikten auf eine solche traditionell-rechtliche Definition zu gründen. Der Hauptgrund ist, dass sie die Verpflichtungen/Pflichten als Schlüsselreferenz klar hervorhebt. In einem neueren Artikel drückte Professor Rodwin seine Beunruhigung darüber aus, dass die Thompson-IoM Definition Probleme schaffe, mit ihrer Beschreibung eines Interessenkonfliktes als einem Konflikt zwischen „primären“ und „sekundären“ Interessen und nicht als einem „Konflikt zwischen Verpflichtungen und Interessen“.<sup>14</sup> In der Tat, Verpflichtungen beziehen sich auf eine völlig andere Ebene als „sekundäre“ finanzielle Interessen.

Um Rodwin's rechtliche Definition anwenden zu können, müssen wir die rechtlichen und grundlegenden ethischen Pflichten der Individuen präzisieren. So können wir am besten sehen, ob ein Einzelner finanzielle Verbindungen oder geteilte Loyalitäten hat, die mit diesen Pflichten in Konflikt stehen.<sup>15</sup>

Grundlegende ethische Prinzipien in Gesundheitsberufen sind z.B. das uralte Diktum: „Als erstes füge keinen Schaden zu“ und auch die Pflicht, verständliche Information und Rat zu geben, die voll und ganz im Interesse der Gesundheitssubjekte sind.

Mit diesem umfassenderen Konzept wäre das derzeitige Chaos in der globalen Gesundheitspolitik vielleicht vermieden worden. Zum Beispiel die Tatsache, dass es heute ein Hybrid zwischen öffentlichen und privaten Akteuren, die sogenannte Scaling-Up Nutrition (SUN) „Multi-stakeholder Plattform“ oder „Bewegung“ gibt, die ursprünglich als PP PPP – principled, peoples public-private partnership – lanciert wurde.<sup>16</sup> Hier werden „gemeinsame“ Belange zum Referenz-



punkt von Interessenkonflikt-Regulierung erklärt und diese fragwürdige Interpretation in den Ländern verbreitet, die zu SUN-countries erklärt wurden.<sup>17</sup>

***Es geht also um die Notwendigkeit, grundlegende rechtliche und ethische Pflichten für einzelne Angehörige der Gesundheitsberufe auszubuchstabieren? Wie würde das aussehen für Leute, die bei internationalen Organisationen arbeiten, bei der UN oder der WHO?***

Ich habe bisher nur ein erstes Beispiel gegeben für weithin anerkannte und richtungsweisende ethische Prinzipien für Gesundheitspersonal. Für alle, die im internationalen Gesundheitsbereich tätig sind, gilt natürlich der Grundsatz, der als erster in der Verfassung der WHO verankert ist: es geht um den Schutz und die Förderung unser aller Menschenrecht auf Gesundheit.

Manche Personenkreise brauchen noch einen besonderen Schutz. Für diejenigen, die sich mit Kinderernährung befassen, im politischen Bereich, aber auch für KinderärztInnen und Stillberaterinnen, gelten daher zusätzliche Verpflichtungen, die sich aus den Verfassungen der UN und der WHO und aus Menschenrechtsdokumenten und relevanten Kodices und ergeben.

Die Kinderrechtskonvention der UN (CRC) fordert z.B. alle gesellschaftlichen Akteure dazu auf, immer „im besten Interesse des Kindes“ zu handeln. Sie schreibt auch „das Recht des Kindes auf einen bestmöglichen Gesundheitszustand“ fest oder die Verpflichtung „sicherzustellen, dass alle Bereiche der Gesellschaft, insbesondere Eltern [...] informiert und unterstützt werden im Hinblick auf Grundwissen über Kindergesundheit und -ernährung, [und] die Vorteile des Stillens.“ (Art. 24.1 und 24.2e).<sup>18</sup>

***Gibt es andere Gründe, eine rechtliche Definition zu bevorzugen?***

Ein zweiter Grund ist, dass nicht nur Professor Rodwin, sondern inzwischen auch die Rechtsprofessorin Anne Peters empfiehlt, Loyalitäten in die Konzeptualisierung von Col einzubeziehen. Das ist eine ihrer Schlussfolgerungen aus theoretischen Überlegungen zum Thema Interessenkonflikte in „Global Governance“.<sup>19</sup> Die Thompson-IoM Definition kann dazu führen, Probleme zu übersehen, die durch geteilte oder sich widersprechende Loyalitäten entstehen.

Finanzielle Interessenkonflikte sind relativ einfach zu verstehen. Sie werden durch alle möglichen Arten von Anreizen geschaffen. Die Forschung aus vielen Berufsfeldern hat gezeigt, dass finanzielle Anreize – oder Beziehungen – uns dazu verleiten können, wissentlich oder unbeabsichtigt auf eine Art zu handeln, die unsere Verpflichtungen verletzt gegenüber denjenigen, die von unserem Urteil abhängen.

Definitionen von Interessenkonflikten, die die Frage von Loyalitäten einschließen, sind etwas komplizierter. Aber sie beschreiben genauer, wie zum Beispiel Gesundheitsfachkräfte ihre Loyalität gegenüber der Person, der sie zu dienen haben, aufspalten, weil sie in potenziell sich widersprechenden Rollen stecken.

Ein viel zitiertes Beispiel ist der Rollenkonflikt von Ärzten, die als Forscher an einem neuen Arzneimittel arbeiten, während sie sich gleichzeitig um das kranke Forschungsobjekt kümmern. Auch im öffentlichen Gesundheitsbereich übernehmen Gesundheitsfachkräfte oder Behördenvertreter oft sich widersprechende Rollen. Seit das Partnerschaftsmodell sich im internationalen Gesundheitsbereich verbreitet hat, ist es nicht unüblich, dass ein und dieselbe Person Fundraising betreibt, und gleichzeitig Hauptakteur bei der Ausarbeitung von Richtlinien für die Beziehung zwischen öffentlichen Institutionen & privaten Geldgebern ist

– und eventuell auch noch eingeladen wird, die politische Debatte zu beeinflussen. Ich frage mich oft, welche Folgen das bisher schon hatte.

Wenn Loyalitätsprobleme gezielter angesprochen würden, könnte man sagen, dass viele UN-Mitarbeiter in den vergangenen 20 Jahren in eine Position gespaltener Loyalität gedrängt wurden. Das Modell hinter den globalen PPPs oder „Multi-Stakeholder Partnerschaften“ (MSPs) oder „Plattformen“ fordert von ihnen, im Geist des Vertrauens“ („spirit of trust“ oder sogar nach einem für alle Akteure verbindlichen „principle of trust“) zu handeln und „Win-Win-Situationen“ im Interesse beider Seiten zu sichern.

Das Verständnis, dass es die Aufgabe von Amtsträgern, UN FunktionärInnen und GesundheitsexpertInnen ist, zu gewährleisten, dass der Umgang mit kommerziellen Akteuren ganz im Interesse derjenigen ist, denen gegenüber sie eine Treuepflicht haben, wurde allmählich untergraben. Auch der Grundsatz, einen gebührenden Abstand (arms-length) zwischen öffentlichen und kommerziellen Akteuren einzuhalten, ist im Zeitalter des „Verpartnerns“ verloren gegangen – ebenso die Einsicht, dass solche Interaktionen Wachsamkeit (vigilance) und nicht blindes Vertrauen erfordern.

***Das hört sich alles ein bisschen kompliziert an. Gibt es eine einfachere Art, die Botschaft näher zu bringen?***

Seit IBFAN mich zum ersten Mal bat, Interessenkonflikte in öffentlich-privaten „Partnerschaften“ und „Allianzen“ zu erklären, begann ich populäre Sprüche zu sammeln. Das IBFAN-Netzwerk hat Mitglieder in der ganzen Welt und so bekam ich Beispiele in vielen Sprachen, die alle zur Bebilderung der Problematik benutzt werden können: Zum Beispiel, „wes Brot ich ess, des Lied ich sing“ oder „du beißt nicht die Hand, die dich füttert“.



In Deutschland sagen wir auch: „Kleine Geschenke erhalten die Freundschaft.“ Gemeinhin ist es also bekannt, dass auch kleine Gaben ein Gefühl der Verpflichtung hinterlassen. Die Forschung hat in der Tat gezeigt, dass wir gewöhnlich das Ausmaß unterschätzen, in dem sogar geringfügige finanzielle Zuwendungen und Geschenke unsere Urteile im Interesse derjenigen verschieben, die sie machen. Firmen bauen auf das, was die Theorie des Interessenkonflikts den ‚blinden Fleck der Voreingenommenheit‘ (bias blind spot) nennt.

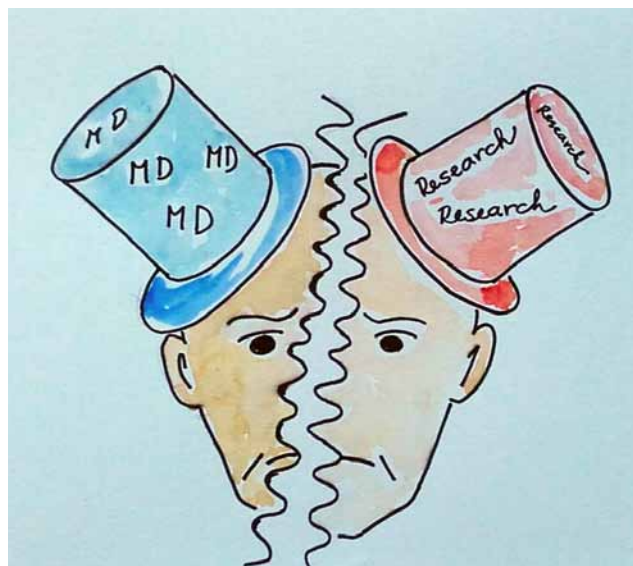
Vor kurzem präsentierte ich auf einer IBFAN-GIFA Pressekonferenz einfache Bilder zu Interessenkonflikten in der Global Health Governance, die Interessierte im Internet ansehen können.<sup>20</sup> Ich ermutige die Leserinnen und Leser des Pharma-Briefes, sich auch den Beitrag von Professor David Klemperer auf dieser Pressekonferenz anzusehen. Er zitiert Schulungsmaterial von Pharmafirmen, das Pharmavertreter lehrt, bei Ärzten freundschaftliche Gefühle zu wecken, indem sie sie z.B. zum Essen einladen, dabei aber selbst nie zu vergessen, dass diese Beziehung rein kommerzieller Natur ist.

Schaut euch auch die Abbildung einer Person mit einem Spalt im Kopf an. Sie illustriert sehr gut die Tatsache, dass der Interessenkonflikt letztlich in unserem Kopf stattfindet. Das Bild macht deutlich, dass Leute von außen nicht sehen können, was in unseren Köpfen passiert, ob und in welchem Grad wir durch gewisse finanzielle Beziehungen oder gesplante Loyalitäten beeinflusst werden.

Und das ist der Grund, warum gute Regelwerke zu Interessenkonflikten versuchen, Interessenkonflikte

zu identifizieren und bestmöglich zu vermeiden, ehe Schäden verursacht werden.

Professorin Anne Peters betont, ein effektives Konzept darf die Definition nicht ausufern lassen. Ein Interessenkonflikt sei letztlich ein Konflikt im Inneren von Menschen und Institutionen, die öffentliche Interessen vertreten und nicht zwischen ihnen und kommerziellen Akteuren. Sie weist darauf hin, dass manche Theoretiker Konflikte zwischen Akteuren als widersprüchliche, konfliktierende Interessen bezeichnen. Im Englischen wäre das eine Unterscheidung zwischen Conflicts of Interest (Cols) and Conflicting Interests.



© Lida Lhotski

Durch diese Unterscheidung würde wieder klar, dass wir eine Debatte über zwei verschiedene Dinge führen müssten: Auf der einen Seite über die vernachlässigten Interessenkonflikte in der internationalen Arena; auf der anderen Seite darüber, dass es einen fundamentalen Unterschied gibt zwischen den Fiduciary duties – den Treuepflichten – von öffentlichen Institutionen und denen von Großunternehmen, die ihren Aktionären gegenüber die Verpflichtung haben, den Profit zu mehren. Beide Problematiken werden im neoliberalen Partnerschaftsmodell bewusst verdrängt und Kritiker mundtot gemacht.

**Kannst du mir erklären, warum sich alle, die sich mit internationaler Gesundheitspolitik beschäftigen, Interessenkonflikte in den Fokus nehmen sollten?**

Weil die bestmögliche Vermeidung von Cols ein Grundpfeiler professioneller Integrität ist. Ich möchte dazu ermutigen, sich Fragen anzuschauen, die in Diskussionen um Interessenkonflikte aufkamen. Zum Beispiel hat die Forschung gezeigt, dass Ärzte, die finanzielle Zuwendungen von Pharmafirmen erhalten, dazu tendieren, zwei Dinge zu tun: Vorzugsweise das Arzneimittel der sponsernden Firma zu verschreiben, selbst wenn es nicht das Beste für eine bestimmte Krankheit ist – und zu viel zu verschreiben. Das bedeutet, sie tendieren dazu, mehr Tabletten zu verordnen als die Leute brauchen.

Ein anderes wichtiges Beispiel ist die Debatte um Muttermilchersatzprodukte. Darauf kann man sich bis heute berufen. Die WHO konnte Anfang der 1980-er Jahre noch mit Hilfe von UNICEF einen internationalen Kodex für Marketingmethoden verabschieden.

Danach haben diese Firmen mit Hilfe ihrer politischen PR-Experten eine Strategie entwickelt, die andere Firmen im Gesundheitsbereich kopierten und immer weiterentwickelten, um die Verabschiedung weiterer spezifischer internationaler Verhaltenskodizes zu verhindern. Einzige Ausnahme ist die Tabak-Konvention.

Interessant ist wie in der internationalen Säuglingsnahrungsdebatte weitere relevante Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung gezielt Interessenkonflikte ansprachen. Eine Zusammenfassung machte unlängst der UNICEF-Jurist David Clark. Diese Zusammenfassung könnte auch die Debatte von Interessenkonflikten be-



züglich anderer „commerciogenic diseases“ – von kommerziellen Praktiken erzeugten Krankheiten – beleben.<sup>21</sup>

### *Wie kann man am besten über Interessenkonflikte sprechen?*

Das ist nicht so einfach. Wenn ich das Thema anspreche, ist die Reaktion oft „jetzt kommt die schon wieder mit ihrer alten Leier.“

Es geht leider nicht nur um Reaktionen von PolitikerInnen, FunktionärInnen und WissenschaftlerInnen, die Gelder von der Industrie oder den großen Venture-Philanthropy Stiftungen von Gates und Ted Turner erhoffen. Viele GesundheitsaktivistInnen scheinen die Identifizierung und effektive Regulierung von Interessenkonflikten für eine Detailarbeit zu halten, die ihre schon überstrapazierten Kräfte zu sehr in Anspruch nimmt.

Ich habe auch lange gedacht, es sei zwar wichtig, immer wieder auf krasse Interessenkonflikte aufmerksam zu machen und das Bewusstsein für die allgemeine Problematik aufrechtzuerhalten, aber es sei am besten, die konkrete Ausformulierung von Regulierungs-Werken Spezialisten zu überlassen. Inzwischen musste ich miterleben, wie die WHO bei der Ausarbeitung ihres Frameworks for Interaction with non-State Actors (FENSA) und bei dem Modellvorschlag, wie mit Interessenkonflikten in nationalen Ernährungsmitteldebatten (conflict of interest tool) umgegangen werden soll, das Interessenkonflikts-Konzept bewusst uminterpretiert hat und es, trotz aller Kritik, als Konflikt zwischen Akteuren definiert.<sup>22</sup> Ratschläge von Aktionsgruppen und ExpertInnen, die die Probleme der WHO Konzeption kritisierten, wurden dabei bewusst ignoriert.<sup>23,24</sup>

Ich habe heute dazu noch die bange Frage: Gibt es eigentlich noch genügend Spezialisten zu Interessenkonflikten, die den theoretischen und praktischen Nachholbedarf in der Be-

handlung der Fragen leisten können oder wollen? Wie weit beeinträchtigt der Druck auf akademische Einrichtungen, Drittmittel einzuwerben, ihre Fähigkeit das neoliberale Modell und damit zusammenhängende Fragestellungen zu untersuchen und kritisieren?

Dennoch finde ich, dass es wichtig ist, nicht aufzugeben. Menschen die im Gesundheitsbereich arbeiten, ob als ÄrztInnen oder Gesundheitspersonal, ob als PolitikerInnen, Beamte oder AktivistInnen, sollten daran erinnert werden, dass die Regulierung von Interessenkonflikten einen unerlässlichen Schutz darstellt, ausschließlich im besten Interesse von denen arbeiten zu können, die ihrem Urteil vertrauen können müssen: den Patientinnen und Patienten. Letztendlich sind alle Menschen auf ein funktionierendes, bezahlbares Gesundheitssystem angewiesen.

### *Wir können heute nicht auf die WHO hoffen, die Probleme anzugehen?*

Ja, leider. Die WHO ist, nachdem sie das Thema lange vernachlässigt hat, zur aktiven Umdefinition von Interessenkonflikten übergegangen.

Es geht nun darum, zu verhindern, dass nationale und berufständische Regulierungen zu Interessenkonflikten ebenfalls untergraben werden. Das ist besonders zu befürchten, wenn diese Akteure in Multi-Stakeholder Partnerschaften eingebunden werden.

Das muss nicht heißen, dass nun alle BürgerInnen ExpertInnen in Sachen Interessenkonflikte werden müssen. Aber es gibt ein Werkzeug aus diesem Bereich, das jedeR von uns verwenden kann. Es heißt „reasonable person test“ – ein Test durch eine vernünftige Person, nachdem sie alle relevanten Informationen erhalten hat. Als Grundlage könnten die obengenannten OECD Leitlinien über Interessenkonflikte im Öffentlichen Dienst<sup>8</sup> dienen, die fordern, dass öffentliche Einrichtungen gegenüber der Öff-

entlichkeit rechenschaftspflichtig sind (public scrutiny). Sonst gehe das Vertrauen in diese Institutionen verloren.

Dies ist eines der Schlüsselprinzipien im Umgang mit Interessenkonflikten im öffentlichem Bereich. Und da sehe ich einen Ansatzpunkt, wie jeder von uns zur Vermeidung und besseren Regulierung von Interessenkonflikten beitragen kann. Die Theorie des Interessenkonflikts besagt, dass jede Situation, die Gesundheitsfachleute oder die besorgte Öffentlichkeit als Interessenkonflikt wahrnehmen, untersucht werden muss und damit verbundene Fragen geklärt werden müssen.

Stellt z.B. eine Liste all der Situationen auf, die ihr als Interessenkonflikt wahrnehmt. Das kann helfen zu klären, welche Probleme Interessenkonflikte im rechtlichen Sinne sind, und welche andere Fragen eventuell noch angesprochen werden müssen, auch wenn sie nicht unter Cols im engeren Sinne fallen. Dieses anerkannte OECD Prinzip könnte der derzeitigen Tendenz entgegenwirken, Menschen und Gruppen, die Interessenkonflikte oder konfligierende Interessen ansprechen, aktiv aus der Debatte auszuschließen oder ihnen die Gelder zu streichen.

### *Viele Angehörige der Gesundheitsberufe und öffentlich Bedienstete weisen heute darauf hin, dass es für sie schwierig ist, Interessenkonflikte bei ihrer Tätigkeit zu vermeiden, weil ihre Einrichtung in einer engen Beziehung zu kommerziellen Akteuren steht. Was könnte man dagegen machen?*

Einige TheoretikerInnen behandeln dieses Problem unter der Bezeichnung „institutioneller Interessenkonflikt“,<sup>10</sup> andere innerhalb des weiteren Rahmens „institutioneller Korruption“ (die sich von Korruption im engeren Sinne unterscheidet).<sup>25,26</sup>

Es ist unfair und unrealistisch, zu erwarten, dass Individuen Interessenkonflikte komplett vermeiden können,



so lange nichts gegen die Ursachen unternommen wird, die dafür sorgen, dass solche Konflikte exponentiell zunehmen. Es ist höchste Zeit, an die Politik heranzutreten, um zu einer wirksamen Regelung von Interessenkonflikten im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik zu kommen:

Die wichtigste Ursache für die Zunahme von Interessenkonflikten in der internationalen Gesundheitsarena ist die Hegemonie des Public-Private-Partnerschafts-Modells. Es ist ein Teil der neoliberalen Umstrukturierung unserer Gedankenwelt und Institutionen, die seit Ende der 1980er Jahre weltweit stattgefunden hat. Eine breitere öffentliche Debatte über Interessenkonflikte kann weitere Probleme in diesem Zusammenhang ansprechen. Sie könnte Forderungen nach lange vernachlässigten Instrumenten wie „cooling off periods“ für öffentlich Bedienstete, bevor sie in den Privatsektor wechseln und umgekehrt, dem Schutz von Whistle-blowers und dem Zugang zu wichtigen Informationen im Sinne des amerikanischen Freedom of Information Acts neuen Aufwind verleihen.

Eine solche Debatte würde auch die Absurdität und Gefahr der Idee enthüllen, Großfirmen zu „Richtern in eigener Sache“ zu machen, das heißt, sie z.B. als Partner in die Regulierung ihrer eigenen problematischen Geschäfts- und politischen Praktiken einzubinden – eine Praxis, die sicher entscheidend dazu beigetragen hat, eine wirksame internationale Regulierung der Vermarktung dickmachender Produkte seit 2004 zu verschleppen.

*Das Interview führten Claudia Jenkes und Jörg Schaaber.*

- 1 www.ibfan.org
- 2 Richter J (1999) Sponsorship as corporate engineering of consent strategy. In: The ties that bind? Weighing the risks and benefits of pharmaceutical industry sponsorship. Amsterdam: Health Action International (HAI Europe)
- 3 Richter J (2001) Holding corporations accountable: Corporate conduct, international codes, and citizen action. London and New York: Zed Books. Für Briefing

- paper, basierend auf Buch [www.thecornerhouse.org.uk/sites/thecornerhouse.org.uk/files/26codes.pdf](http://www.thecornerhouse.org.uk/sites/thecornerhouse.org.uk/files/26codes.pdf)
- 4 Ollila E (2003). Global-health related public-private partnerships and the United Nations, Globalism and Social Policy Programme (GASPP), University of Sheffield, 8 pp. [http://prahavups.cz/fulltext/ul\\_303\\_2.pdf](http://prahavups.cz/fulltext/ul_303_2.pdf)
  - 5 Richter J (2004) Public-private partnerships and international health policy making: How can public interests be safeguarded? Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland, Development Policy Information Unit [www.webcitation.org/query.php?http://global.finland.fi/julkai/pdf/public\\_private\\_2004.pdf&refid=oi=10.1186/1744-8603-1-6](http://www.webcitation.org/query.php?http://global.finland.fi/julkai/pdf/public_private_2004.pdf&refid=oi=10.1186/1744-8603-1-6) Kurzfassung Public-private partnerships and Health for All How can WHO safeguard public interests? siehe [www.aaci-india.org/Resources/Public-Private-Partnerships-and-Health-for-All.pdf](http://www.aaci-india.org/Resources/Public-Private-Partnerships-and-Health-for-All.pdf)
  - 6 WHO/UNICEF (2003) Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, World Health Organization [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241562218/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562218/en/), publications
  - 7 Richter J (2005) Conflicts of interest and policy implementation: reflections from the fields of health and infant feeding. Geneva, IBFAN-GIFA, 2nd ed. [www.aaci-india.org/Resources/Conflicts-of-Interest-and-Policy-Implementation-judith-richter.pdf](http://www.aaci-india.org/Resources/Conflicts-of-Interest-and-Policy-Implementation-judith-richter.pdf)
  - 8 OECD (2003) OECD Guidelines for Managing Conflict of Interest in the Public Sector in OECD (2005) Managing Conflict of Interest in the Public Sector. Paris: OECD, p 95-110 [www.oecd.org/gov/ethics/managing-conflict-of-interest-in-the-public-sector-9789264018242-en.htm](http://www.oecd.org/gov/ethics/managing-conflict-of-interest-in-the-public-sector-9789264018242-en.htm)
  - 9 Thompson, DF (1993) Understanding Financial Conflicts of Interest. N Engl J Med 329, p 573 <http://med.stanford.edu/content/dam/sr/bioethics/resources-secure/Thompson2006NEJM.pdf>
  - 10 Lo B and Field MJ (editors) (2009) Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education and Practice. Conflict of interest in medical research, education and practice. Washington DC, National Academics Press. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/N)
  - 11 Lieb et al. (2018) Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
  - 12 Rodwin MA (1993) Medicines, Money & Morals: Physicians' Conflicts of Interest. Oxford: Oxford University Press
  - 13 Rodwin MA (2017) Attempts to redefine conflicts of interest. Legal Studies Research Paper Series. Research Paper, Suffolk University Law School. 7 December [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3084307](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3084307)
  - 14 Rodwin MA (2017) Attempts to redefine conflicts of interest. Legal Studies Research Paper Series. Research Paper, Suffolk University Law School. 7 December [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3084307](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3084307)
  - 15 Beispiel einer Checkliste für Interessenkonflikte: Rodwin M (2019) Conflict of Interest in the Pharmaceutical Sector: A Guide to Public Management. Legal Studies Research Paper Series (Research Paper 19-3) [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3317603](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3317603)
  - 16 Lhotska L et al. (2012) Conflicts of Interest and Human Rights-Based Policy Making: the Case of Maternal, Infant, and Young Children's Health and Nutrition, Right to Food and Nutrition Watch, Issue 7, p 31-36 [www.righttofoodandnutrition.org/files/R\\_t\\_F\\_a\\_N\\_Watch\\_2012\\_eng.pdf](http://www.righttofoodandnutrition.org/files/R_t_F_a_N_Watch_2012_eng.pdf) Zusammenfassung unter [www.fian.org/fileadmin/media/publications\\_2015/FIAN\\_Right\\_to\\_Food\\_Journal\\_Vol\\_7\\_No\\_1.pdf](http://www.fian.org/fileadmin/media/publications_2015/FIAN_Right_to_Food_Journal_Vol_7_No_1.pdf) p 8
  - 17 Richter J (2015) Conflicts of interest and global health and nutrition governance – The illusion of robust principles. BMJ, RR, 12 February. [www.bmj.com/content/349/bmj.g5457/rr](http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5457/rr)
  - 18 UNICEF (1989/90) United Nations Convention for the Rights of the Child (CRC) [www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text](http://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text)
  - 19 Peters A (2012) Conflict of interest as a cross-cutting problem of governance & Conclusion. In: Peters & Handschin. Conflicts of interest in global, public and

- corporate governance. Cambridge & New York: Cambridge University Press: S. 3-38 & 357-421
- 20 IBFAN-GIFA (2018) Health governance in the public interest? WHO redefines conflicts of interest and risks undermining public health mandates. Press Conference, Geneva, Geneva Press Club/Club Suisse de la Presse. [www.gifa.org/press-conference-health-governance-in-the-public-interest-who-redefines-conflicts-of-interest-and-risks-undermining-public-health-mandates](http://www.gifa.org/press-conference-health-governance-in-the-public-interest-who-redefines-conflicts-of-interest-and-risks-undermining-public-health-mandates) (hier finden sich auch ausführlichere Powerpoint-Präsentationen)
  - 21 Clark D (2017) Avoiding Conflict of Interest in the field of Infant and Young Child Feeding: better late than never. World Nutrition, 8
  - 22 Richter J (2015) Time to debate WHO's understanding of conflicts of interest. BMJ RR (22 October) [www.bmj.com/content/348/bmj.g3351/rr](http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3351/rr)
  - 23 Lhotska L and Gupta A (2016) Whose health? The crucial negotiations for the World Health Organization's future. APPS Policy Forum. [www.policyforum.net/whose-health](http://www.policyforum.net/whose-health)
  - 24 Richter J (2017) Comments on Draft Approach for the prevention and management of conflicts of interest in the policy development and implementation of nutrition programmes at country level. [www.who.int/nutrition/consultation-doi/judith\\_richter.pdf](http://www.who.int/nutrition/consultation-doi/judith_richter.pdf)
  - 25 JLME Special Issue (2013) Institutional Corruption and the Pharmaceutical Industry. Journal of Law Medicine and Ethics (JLME) [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2298140](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2298140)
  - 26 Marks J (2019) The Perils of Partnership: Industry Influence, Institutional Integrity, and Public Health USA. Oxford: Oxford University Press
- Weiteres relevantes Material  
IBFAN-GIFA [www.gifa.org/international/conflicts-dinterest](http://www.gifa.org/international/conflicts-dinterest)  
Publikationen von Judith Richter: [www.ibme.uzh.ch/en/Biomedical-Ethics/Team/Affiliates/judithrichter.html](http://www.ibme.uzh.ch/en/Biomedical-Ethics/Team/Affiliates/judithrichter.html)

### Impressum

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



Telefon 0521-60550  
Telefax 0521-63789

[pharma-brief@bukopharma.de](mailto:pharma-brief@bukopharma.de)  
[www.twitter.com/BUKOPharma](http://www.twitter.com/BUKOPharma)  
[www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)

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

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

Design: com,ma, Bielefeld

Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne  
© 2019: BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen:

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

Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Konto für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01

Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27

Sparkasse Bielefeld, BIC: SPBIDE33XXX

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften. [www.isdbweb.org](http://www.isdbweb.org)



## Öffentlich gefördert – privat profitiert

Auf einer Veranstaltung mit der Universität Utrecht am 5.11.2019 diskutierten Health Action International (HAI) und die niederländische NGO WEMOS mit AkademikerInnen, wie öffentlich geförderte Forschung am Ende auch zu bezahlbaren Medikamenten führt. Dabei wurden auch die "Guidelines for socially responsible management of innovation"<sup>1</sup> vorgestellt, eine englische Fassung des Pharma-Brief Spezial zum Thema.<sup>2</sup> In dieser, gemeinsam mit dem Memento-Bündnis herausgegebenen, Publikation werden unterschiedlichste Modelle vorgestellt, die die richtigen Prioritäten in der Forschung setzen und sich vor allem auch um die Verfügbarkeit der Ergebnisse für alle PatientInnen kümmern. Einen ersten Schritt haben auch die Medizinischen Zentren der niederländischen Universitäten mit ihnen im Sommer 2019 veröffentlichten "Ten principles for Socially Responsible Licensing"<sup>3</sup> gemacht. Man war sich einig, dass entscheidene Schritte zu günstigeren Präparaten nicht nur notwendig, sondern auch machbar sind.<sup>4</sup> (JS)

## WHO: Insulin billiger?

Für Typ 1 DiabetikerInnen ist Insulin lebenswichtig. Im Globalen Süden ist es aber oft nicht bezahlbar. Der Markt wird bislang von drei großen Konzernen beherrscht, die zudem die noch teureren Analoginsuline mit fragwürdigen Methoden auf den Märkten ärmerer Länder platzieren.<sup>5</sup> Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) will dem jetzt abhelfen, indem sie weitere Insulin-Hersteller präqualifiziert. Das ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass diese Produkte dann für öffentliche Gesundheitsprogramme beschafft werden dürfen.<sup>6</sup> Warum auch Analoginsuline in den Fokus genommen werden, ist diskussionswürdig. In Deutschland wurde schon vor Jahren festgestellt, dass sie keine relevanten

Vorteile gegenüber Humaninsulin bieten. Sie gelten deshalb als unwirtschaftlich, wenn sie teurer sind als Humaninsulin. Gegenwärtig weltweit viel zu teuer ist jedes Insulin, deshalb geht die Entscheidung der WHO in die richtige Richtung. Immerhin schreibt die Organisation im ersten Schritt nur Humaninsulin zur Präqualifizierung aus.<sup>7</sup> (JS)

## USA: Gemeinnützige Generika

In den USA nehmen die Lieferengpässe für wichtige Generika seit Jahren zu. Zwischen 2005 und 2010 verdreifachten sie sich. Aktuell sind über 110 Wirkstoffe nicht ausreichend lieferbar, darunter auch so simple Dinge wie steriles Wasser für Injektionen, aber auch Adrenalin.<sup>8</sup> 2011 gab es eine Knappheit von Noradrenalin, das bei septischem Schock lebensrettend sein kann. Eine nachträgliche Auswertung ergab, dass die Sterblichkeit dadurch um 3,7% zunahm.<sup>9</sup> Dazu kommen erhebliche Preissteigerungen für einige Wirkstoffe wegen fehlenden Wettbewerbs. Letztes Jahr beschlossen deshalb mehrere Gesundheitsversorger und drei Stiftungen, die Medikamentenproduktion selbst in die Hand zu nehmen. Sie gründeten mit Civica Rx eine gemeinnützige Generikafirma. Es wurden Lieferverträge mit über 1.000 Krankenhäusern und 39 Versorgern abgeschlossen. Ende 2019 sollen die ersten Medikamente ausgeliefert werden, die Civica durch Lohnhersteller produzieren lässt.<sup>8</sup>

## Nachruf

### Walter Thimme

Am 9.11.2019 starb Prof. Dr. Walter Thimme. Er war Mitherausgeber des Arzneimittelbriefs und hat sich viele Jahre für die International Society of Drug Bulletins (ISDB) engagiert. In diesem Zusammenhang entstand auch die Idee, nicht nur ÄrztInnen zu

informieren, sondern auch eine Arzneimittelzeitschrift für Laien ins Leben zu rufen. Ohne Walters Beharrlichkeit wäre „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ nie entstanden, dafür sind wir ihm sehr dankbar. Die Zeitschrift wird gemeinsam von Arzneimittelbrief, arzneitelegramm, AVP und Pharma-Brief herausgegeben. Auch wenn sich Walter vor einigen Jahren aus Altersgründen aus der aktiven Redaktionsarbeit zurückzog, riss der Kontakt nicht ab. Wir werden ihn mit seiner herzlichen, zugewandten und fröhlichen Art vermissen. (JS)

- 1 <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2019/10/Making-research-findings-accessible-and-usable-for-as-many-people-as-possible-Interactive.pdf> [Zugriff 20.11.2019]
- 2 Pharma-Brief (2018) Leitfaden für sozialverträgliche Verwertung. Spezial Nr. 1
- 3 [www.nfn.nl/img/pdf/194511\\_Ten\\_principles\\_for\\_Socially\\_Responsible\\_Licensing.pdf](http://www.nfn.nl/img/pdf/194511_Ten_principles_for_Socially_Responsible_Licensing.pdf) [Zugriff 20.11.2019]
- 4 [www.wemos.nl/en/how-do-we-license-publicly-funded-medicines-so-that-it-will-benefit-the-public](http://www.wemos.nl/en/how-do-we-license-publicly-funded-medicines-so-that-it-will-benefit-the-public) [Zugriff 20.11.2019]
- 5 Pharma-Brief (2013) Chronisch Kranke lassen die Kassen klingeln. Spezial Nr. 2, S. 13
- 6 WHO (2019) WHO launches first-ever insulin prequalification programme to expand access to life-saving treatment for diabetes. Press release 13 Nov [www.who.int/news-room/detail/13-11-2019-who-launches-first-ever-insulin-prequalification-programme-to-expand-access-to-life-saving-treatment-for-diabetes](http://www.who.int/news-room/detail/13-11-2019-who-launches-first-ever-insulin-prequalification-programme-to-expand-access-to-life-saving-treatment-for-diabetes)
- 7 WHO (2019) Pilot Procedure for Prequalification of Human Insulin. 13 Nov. [www.who.int/medicines/regulation/prequalification/pq\\_human\\_insulin/en/](http://www.who.int/medicines/regulation/prequalification/pq_human_insulin/en/) [Zugriff 20.11.2019]
- 8 Lyford S (2019) A Civic Duty To Improve Access To Generic Pharmaceuticals. Health Affairs Blog 26 Sept. [www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20190924.303385/full](http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20190924.303385/full) [Zugriff 20.11.2019]
- 9 Vail E et al. (2017) Association Between US Norepinephrine Shortage and Mortality Among Patients With Septic Shock. JAMA; 317, p 1433 <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.2841>

## Das Letzte

**Ab 2020 übernehmen Krankenkassen die Kosten für vom Arzt verschriebene Gesundheits-Apps. [...] Fest steht: In den nächsten Jahren dürfte der Markt für Gesundheits-Apps wachsen, sich ausdifferenzieren und auch für Investoren vielfältiger und attraktiver werden.**

Pressemitteilung der Apo Asset Management GmbH vom 21.11.2019. Gesellschafter von Apo Asset sind die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG und Deutsche Ärzteversicherung AG