



Apotheke in Kamerun

Medikamente für Alle oder für die Reichen? Justizministerium hört Meinungen zum Patent-Waiver für Covid-19 Produkte

Im Herbst wird die Welthandelsorganisation (WTO) über eine Ausweitung von Ausnahmen für den Patentschutz auf Covid-19 Diagnostika und Medikamente diskutieren. Die Industrie ist strikt dagegen, stehen doch hohe Gewinne auf dem Spiel.

Am 17.6.2022 hatte die WTO eine auf fünf Jahre befristete Erleichterung für die Erteilung von Zwangslizenzen für die Produktion von Covid-19 Impfstoffen beschlossen. Damit blieb sie weit hinter der fast zwei Jahre zuvor von Indien und Südafrika erhobenen Forderung nach einer zeitweiligen Aufhebung des Patentschutzes für Covid-19 Produkte zurück.¹ Deutschland hatte gegen den Vorstoß bis zuletzt unnachgiebig opponiert. Teil des WTO-Beschlusses vom Juni war das Versprechen, spätestens nach sechs Monaten über entsprechende Maßnahmen auch für Medikamente und Diagnostika zu befinden.

Diese ausstehende Entscheidung veranlasste das deutsche Justizministerium (BMJ) kürzlich dazu, Stellungnahmen einzuholen. Allerdings ist undurchsichtig, wer die „interessierten Kreise“ sind, die von der Bundesregierung befragt wurden, „um den Bedarf für eine Ausweitung der TRIPS-Entscheidung auf Therapeutika und Diagnostika sowie die möglichen Auswirkungen einer solchen Ausweitung besser abschätzen zu können.“² Wichtige entwicklungspolitische NGOs, die sich schon vorher zum Thema Waiver positioniert hatten, erhielten beispielsweise keine Post vom Ministerium.

Das BMJ machte zehn der eingereichten Stellungnahmen zugänglich, davon waren acht von der Industrie und eine von der Patentanwaltskammer verfasst. Die einzige kritische Positionierung stammt von Ärzte ohne Grenzen. Alle anderen lehnen eine Ausweitung auf Diagnostika und Medikamente ab. Der Verband der Chemischen Industrie (Vci) gab seiner Stellungnahme den kategorischen Titel „Ausweitung des TRIPS-Waiver [sic!] ver-

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

kennen Sie eine hierzulande besonders gefährdete Art, die leicht verscheucht werden könnte? Das Risikokapital. Es ist ein scheues Reh, lässt uns die Pharmaindustrie wissen. Und Rücksichtnahme auf Kapitalgeber sei allemal wichtiger als das Recht des ärmeren Teils der Weltbevölkerung auf Gesundheitsversorgung. Die Drohung lautet: Ohne Investoren gibt es keine neuen Medikamente mehr. Die Entscheidung der WTO, Zwangslizenzen wenigstens für Covid-19 Impfstoffe zu erleichtern, ist allerdings auch auf Druck von US-Präsident Biden zustande gekommen, während andere Industrieländer komplett gemauert haben. Das Venture-Kapital in den USA hat das nicht abgeschreckt, es hat im vergangenen Jahr wieder massiv in Pharma investiert. Welche Argumente in der Debatte „Profit oder Menschenleben“ noch eine Rolle spielen, können Sie im nebenstehenden Artikel lesen.

Dieser Ausgabe liegt ein politischer Handlungsleitfaden für eine bessere Krebsversorgung im Globalen Süden bei, der zum Abschluss unseres Projekts zum Thema erarbeitet wurde.

Anregende Lektüre wünscht Ihnen

Jörg Schaaber

hindern“.³ Die Palette der Industrie-Argumente gegen einen besseren Zugang zu Diagnostika, Medikamenten und Impfstoffen ist dabei ebenso groß wie irreführend.

Geschäftsmodell in Frage gestellt?

Erstes Missverständnis ist die Behauptung, bei der WTO-Entscheidung vom Juni handele es sich um einen Waiver, also den Verzicht auf die Durchsetzung von Patentrechten. Die MinisterInnenkonferenz der Organisation hat lediglich die Erteilung von Zwangslizenzen für Covid-19 Impfstoffe erleichtert. Dass die WTO keinen Patent-Waiver beschloss und zudem die Entscheidung zunächst auf Impfstoffe beschränkte, wurde von der Pharma-Kampagne als völlig unzureichend kritisiert.¹

Die Behauptung, das Geschäftsmodell der Pharmaindustrie werde durch die WTO grundsätzlich in Frage gestellt, ist blanker Alarmismus.⁴ Die WTO-Entscheidung bezieht sich ausschließlich auf Covid-19 und ausdrücklich nur auf „Developing Countries“. Hinzu kommt, dass die WTO sogar den Ländern aus dieser Gruppe, die bereits über Produktionskapazitäten für Impfstoffe verfügen, nahelegt, die Ausnahmeregelung nicht zu nutzen. Ohnehin liegt das Kerngeschäft von Big Pharma in reichen Ländern, wo der Löwenanteil der Gewinne erzielt wird.

Die heftigen Proteste der Industrie haben wohl eher mit der Sicherung der Zukunftsmärkte zu tun: Dazu zählen Schwellenländer mit einer rasch wachsenden Mittelschicht, die sich auch teurere Produkte leisten kann.

Gar kein Mangel?

Der Bundesverband der Industrie (Bdi) schreibt: „Auch mit Blick auf die seit Jahresbeginn offenkundig bestehende Überproduktion an Impfstoffen ist der Beschluss der 12. Ministerkonferenz Ausdruck reiner Symbolpolitik.“ Diese Einschätzung ist purer Zynismus:

Bereits im Mai 2020 wurde bei der Weltgesundheitsversammlung über den Zugang zu den damals noch zu entwickelnden Impfstoffen diskutiert. Der Vorstoß Indiens und Südafrikas bei der WTO vom Oktober 2020, die Patente aufzuheben, erklärt sich auch aus der Frustration, dass die Appelle der WHO, freiwillige Lizenzen für Covid-19 Produkte zu erteilen, vergeblich blieben. Wenig glaubwürdig ist es deshalb, wenn die Industrie jetzt in ihren Stellungnahmen freiwillige Lizenzen für Medikamente und Diagnostika als Alternative zu einem echten Waiver vorschlägt.

Als die Impfstoffe am meisten benötigt wurden, bekamen die Länder des Globalen Südens kaum etwas ab. Es wurde lange zu wenig produziert, weil die Patentinhaber nicht bereit waren, ihr Wissen zu teilen. Erst als die Märkte in Industrieländern weitgehend gesättigt waren, wurde dem Rest der Welt größere Mengen offeriert. Ob das zu bezahlbaren Preisen geschieht, ist fraglich.

Die Industrielobby hat die Entscheidung bei der WTO durch politische Einflussnahme fast zwei Jahre verzögert und dann auch noch verwässert (siehe „Erfolgreiche Industrielobby“ auf S. 3). Die größten Sterblichkeitswellen mit Covid-19 sind (zunächst einmal) vorbei,⁵ der Bedarf an Impfungen daher gesunken. Beim Lamentieren über angebliche „Überkapazitäten“ handelt es sich also um Krokodilstränen. Kein einziges anderes Medikament hat je so hohe Gewinne in die Kassen der Produzenten gespült wie die Covid-19 Impfung.

Bloß keine Zwangslizenzen

Ungelöst bleibt auch der Zugang zu Medikamenten und Tests. Dabei gehen der Industrie auch die kleinen Zugeständnisse der WTO für erleichterte Zwangslizenzen für Impfungen zu weit, diese sollten keinesfalls ausgedehnt werden. Bislang sei die Erteilung von solchen Lizenzen nur unter strengen Bedingungen möglich gewesen, so der Verband der forschenden Arzneimittelunternehmen (Vfa).⁶ Dabei wurde vor allem aus diesem Grund das Instrument nur relativ wenig genutzt – ganz zu schweigen von häufigen Herstellerklagen gegen Zwangslizenzen und diplomatischem Druck von Industrieländern, erst gar keine solche Lizenzen zu erteilen.

Freiwillige Lizenzen wiederum, wie von der Industrie vorgeschlagen, sind keine Lösung. Die Patentinhaber können die Bedingungen diktieren und der Preis wird in der Regel weit über den Herstellungskosten liegen.

Vor allem aber wurden lange keine freiwilligen Lizenzen erteilt, für auf dem Markt befindliche Impfstoffe (mit Ausnahme von AstraZeneca⁷) gar keine und für Medikamente erst spät. Selbst als ab Herbst 2021 Lizenzen an den Medicines Patentpool gegeben wurden, waren die Bedingungen nicht ausreichend. Im Fall von Paxlovid⁸, das zu einem mildereren Verlauf einer Covid-19 Infektion beitragen soll, blieb Lateinamerika praktisch ausgeschlossen.^{8,9}

Die Ablehnung von Zwangslizenzen durch die Industrie ist auch insofern scheinheilig, weil sie dieses Instrument im Zweifelsfalle für sich selbst gern in Anspruch nimmt. Knowledge Ecology International (KEI) hat Verträge zu Covid-19 Produkten untersucht, die die US-Regierung mit Herstellern (darunter auch Moderna) geschlossen hat. Die Analyse zeigt, dass in 54 von 62 Verträgen breite Ausnahmeregelungen enthalten sind.¹⁰ Den Unternehmen wurde also quasi ein Freifahrtschein erteilt, geistiges Eigentum anderer Firmen ungefragt zu nutzen. In den USA gibt es bereits seit 1910 ein Gesetz, das es dem Staat erlaubt, im öffentlichen Interesse Patente zu beschlagnahmen. Übrigens hat auch der damalige deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn in das erste Infektionsschutzgesetz nach Ausbruch der Corona-Pandemie eine entsprechende Klausel eingefügt.

Keine Forschung ohne Patente?

Auch das Schreckensszenario, dass es durch weitere WTO-Regelungen keine Forschung mehr gäbe, wird von der Industrie an die Wand gemalt. Dabei wird übersehen, dass grundlegende

Mit Gründung der WTO haben die reichen Länder auf Betreiben von Big Pharma dem Rest der Welt 1995 Patente auf Arzneimittel aufgezwungen. Alle Versuche, die schädlichen Folgen für die ärmeren Teile der Weltbevölkerung abzumildern, werden von der Industrie vehement bekämpft. Es bleibt also eine Machtfrage – bei der sehr viele Menschenleben auf dem Spiel stehen.

Erkenntnisse meist aus öffentlich finanzierter Forschung stammen. Die US-Regierung führt einen Rechtsstreit mit Moderna über Nutzung von Patenten der National Institutes of Health für den Corona-Impfstoff. Moderna wiederum hat Pfizer und Biontech wegen Patentverletzung verklagt. Dabei geht es um eine Änderung an den Bestandteilen der mRNA, die eine medizinische Anwendung überhaupt erst möglich macht. Entdeckt wurde diese aber an der University of Pennsylvania von Drew Weissman und Katalin Karikó (heute bei Biontech). Die beiden WissenschaftlerInnen hatten ihr Patent sechs Jahre vor Moderna angemeldet.¹¹ Aber nicht nur in Impfungen, auch in Tests und Medikamenten steckt viel öffentliches Know-how.

Und die nächste Pandemie?

Die Auseinandersetzung wird wohl so erbittert geführt, weil mRNA als Plattformtechnologie auch für andere Krankheiten wichtig werden könnte. Die WHO nennt relativ weit gediehene Impfstoffe gegen Grippe und Lassa-Fieber. Denkbar scheinen auch Impfungen gegen HIV, Malaria oder Tuberkulose zu sein.¹² Vor allem aber geht es aus Sicht von Big Pharma um therapeuti-

sche Impfungen gegen Krebs – und dahinter steht potenziell ein Milliardenmarkt. (JS)

- 1 Pharma-Brief (2022) WTO Patent-Waiver: Außer Spesen nichts gewesen. Nr. 5-6, S. 1
- 2 Bundesministerium der Justiz (2022) Konsultation Ausweitung TRIPS-Entscheidung, Mail vom 1. August
- 3 Vci (2022) Ausweitung des TRIPS-Waiver verhindern. VCI-Kurzposition 20. Juli
- 4 Das heißt nicht, dass das Geschäftsmodell nicht auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland höchst problematisch wäre – hohe Preise hierzulande und viele Scheininnovationen, die den PatientInnen keinen zusätzlichen Nutzen bringen, legen das Gegenteil nahe.
- 5 WHO (2022) COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 107 published 31 August www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20220831-weekly-epi-update-107.pdf
- 6 Vfa (2022) Position on WTO decision on TRIPS in Covid-19 technologies Scope extension on therapeutics and diagnostics. 18 Aug.
- 7 Bilaterale Lizenzen, die direkt an Generikahersteller gegeben wurden.
- 8 Eine Kombination der Wirkstoffe Nirmatrelvir und Ritonavir
- 9 Pharma-Brief (2022) Covid-19: Hersteller achten zu wenig auf Menschenrechte. Nr. 5-6, S. 8
- 10 KEI (2022) KEI review of 62 COVID 19 contracts. 20 July www.keionline.org/37987 [Zugriff 5.9.2022]
- 11 Cohen J (2022) Scientists question Moderna invention claim in COVID-19 vaccine dispute. Science 29 Aug. <https://doi.org/10.1126/science.ade6371>
- 12 WHO (2022) Podcast Episode #78 - mRNA technologies. 2 September www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/mRNA-technologies [Zugriff 5.9.2022]

ERFOLGREICHE INDUSTRIELOBBY ZUM WTO-WAIVER IN DEUTSCHLAND

Im Mai 2020 hatte Kanzlerin Merkel die (zu entwickelnde) Corona-Impfung noch als globales öffentliches Gut bezeichnet, das allen auf der Welt zur Verfügung stehen müsse. Doch diese Aussage blieb ein leeres Versprechen. Kaum waren die Impfstoffe auf dem Markt, war davon nicht mehr die Rede. Abgeordnetenwatch hat mittels des Informationsfreiheitsgesetzes Unterlagen aus Ministerien und Kanzlerinnenamt erstritten, die auf den Sinneswandel ein neues Licht werfen.¹ Sie zeigen: Spätestens seit dem Vorstoß von Indien und Südafrika für einen Patent-Waiver bei der WTO vom Oktober 2020 reagierte Big Pharma mit massiver Lobbyarbeit.

Im Februar 2021 schrieb Pfizer an den damaligen Wirtschaftsminister Altmaier, dass geistiges Eigentum „ein entscheidender Bestandteil für das Entstehen von Innovationen“ sei. Im Mai wandte sich der Verband forschender Arzneimittelhersteller (Vfa) an Kanzlerin Merkel und Justizministerin Christine Lambrecht. Die MinisterInnen positionierten sich anschließend öffentlich gegen den Waiver.

Am 6. Mai 2021 telefonierten Angela Merkel und Biontech-Gründer Uğur Şahin. Noch am selben Nachmittag er-



© David Benbenick

hielt die Kanzlerin eine E-Mail von dem Pharma-Chef aus Mainz. „Liebe Frau Merkel“, schreibt Şahin, „haben Sie herzlichen Dank für Ihre Unterstützung. Anbei der Text, den wir derzeit in unserer Kommunikation verwenden, mit den Argumenten, warum eine Freigabe von Patenten nicht sinnvoll ist.“ Am 24. Juni 2021 konstatierte Merkel im Bundestag: „Eine politisch erwirkte Freigabe der Patente halte ich für den falschen Weg.“

Stattdessen führt sie klassische Argumente der Pharmedien an. Die künftige Entwicklung von Impfstoffen sei nur dann gewährleistet, „wenn der Schutz des geistigen Eigentums nicht außer Kraft gesetzt wird.“

Vor der im November 2021 geplanten Konferenz der WTO über eine Patentfreigabe (die dann wegen Corona in den Juni 2022 verschoben wurde), flutete die Industrie die Bundesregierung geradezu mit dringlichen Bitten, wie Abgeordnetenwatch herausfand.

Insofern hat die 180-Grad-Wende von Wirtschaftsminister Habeck, der in der Opposition noch im Juni 2021 einen Patent-Waiver befürwortete,² durchaus Vorläufer. Habeck hatte an seinem ersten Amtstag (8.12.2021) ein Gespräch mit „der obersten Leitungsebene“ von Biontech geführt. Über den Inhalt gäbe es keine Aufzeichnungen oder Notizen, ließ das Ministerium Abgeordnetenwatch wissen. (JS)

- 1 Röttger T (2022) Impfpatente: Wie die Pharmedien die Bundesregierung auf Linie brachte. Abgeordnetenwatch 2. Sept. www.abgeordnetenwatch.de/recherchen/lobbyismus/impfpatente-wie-die-pharmedien-die-bundesregierung-auf-linie-brachte [Zugriff 5.9.2022]
- 2 Pharma-Brief (2022) Zähes Ringen um Impfstoff-Patente. Nr. 2, S. 4

IST DIE ARZNEIMITTELKONTROLLE EINGEKauft?

Die sechs wichtigsten Arzneimittelzulassungsbehörden der Welt¹ finanzieren sich zu großen Teilen direkt durch Pharmafirmen. Da sich viele Länder an ihren Entscheidungen orientieren, ist dieser kommerzielle Einfluss ein weltumspannendes Problem.

Die Investigativjournalistin Maryanne Demasi hat für die britische Zeitschrift BMJ die Behörden unter die Lupe genommen.² Trauriger Spitzenreiter ist die australische TGA, deren Budget zu 96% aus Pharmageldern stammt, gefolgt von der EU-Behörde EMA mit 89%, Schlusslicht ist Health Canada mit 50,5%. Das Geld verschafft Einfluss, denn die Behörden fungieren zunehmend auch als Berater der Firmen für die Planung von Arzneimittelstudien. Auch die Stellen der KontrolleurInnen hängen letztlich vom Verhalten einer Behörde ab: Je strenger sie urteilt, umso weniger Zulassungsanträge werden eingereicht und umso geringer sind die Gebühreneinnahmen.

Der Industrieinfluss war nicht immer so stark. 1995 machten bei der EMA Gebühreneinnahmen von der Industrie gerade einmal 20% der Einnahmen aus. Bis 1992 finanzierte sich die US-Behörde FDA vollständig aus Steuermitteln. Danach wurden per Gesetz Gebühren für die Industrie eingeführt, 2021 machten sie 65% der FDA-Einnahmen aus. Im Gegenzug wurden der Industrie schnellere und einfachere Zulassungen versprochen. Seither wurden die Standards in den USA mehrfach weiter abgesenkt.³ So wurde 1997 die Verpflichtung aufgehoben, dass für jedes neue Medikament mindestens zwei klinische Studien durchgeführt werden müssen, die beide eine Wirksamkeit belegen. 2012 wurde die Nutzung von Surrogat-Endpunkten (statt direkt patientenrelevanter Ergebnisse) weiter erleichtert.

Es gibt einen wachsenden Anteil von beschleunigten Zulassungen, bei denen die Hürden erheblich geringer sind. Bei der FDA machen sie inzwischen 68% aller neuen Arzneimittel aus, die EMA folgt mit 50%, in Kanada sind es dagegen nur 16%. Mag es in Ausnahmefällen mangels Behandlungsalternativen akzeptabel sein, Medikamente mit dünner Evidenz frühzeitig zuzulassen, ist es dennoch bedenklich, dass solche Verfahren zur Regel

werden. Sie setzen PatientInnen einem höheren Risiko bei ungesichertem Nutzen aus. Erschwerend kommt hinzu, dass mit der vorzeitigen Zulassung verbundene Auflagen für bestätigende Studien oft nicht eingehalten oder verspätet umgesetzt werden.

Maryanne Demasi verweist darauf, dass beschleunigt zugelassene Medikamente überdurchschnittlich häufig wieder vom Markt genommen werden müssen. Im Pharma-Brief haben wir wiederholt über fragwürdige Zulassungsentscheidungen und Rückzüge von Arzneimitteln wegen zu hohen Schadenspotenzials berichtet.



© Frank Vicentz

Mit welchen Daten?

Nur zwei der sechs Behörden (Japan, USA) verlangen von den Herstellern routinemäßig die individuellen PatientInnen-daten, obwohl nur mit diesen eigene Auswertungen der Studienergebnisse möglich sind. Die US-FDA macht das auch regelmäßig. Allerdings hat die FDA mit 5,8 Mrd. € mit Abstand den größten Etat. Die europäische EMA muss dagegen mit 386 Mio. € auskommen.

Besonders schwer haben es die Firmen bei der Zulassung nicht. Die Rate der positiven Entscheide liegt zwischen 83% (Kanada) und 98,5% (Vereinigtes Königreich). Ausnahme sind die USA: bei Biologika beträgt die Erfolgsquote 29% und für alle anderen Medikamente 69%. Ob das mit einer strengeren Prüfung oder mit der Tatsache zusammenhängt, dass Hersteller oft zuerst in den USA einen Zulassungsantrag stellen (und es bei einem Misserfolg dann andernorts gar nicht mehr versuchen), bleibt unklar.

Interessenkonflikte

Nicht alle Behörden machen Interessenkonflikte transparent. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang auch externe ExpertInnen, die bei schwierigen Entscheidungen oft das Zünglein an der Waage sind. Demasi hat das beispielhaft bei den zu Covid-19-Impfstoffen konsultierten Fachleuten analysiert. Hier schnitt Japan mit einer Rate von 75% der Beteiligten mit Konflikten besonders schlecht ab, es folgt Australien mit 50%. Dagegen waren es in Kanada 0%, bei der EMA 3%.

Drehtür

Auch der Rollenwechsel zwischen Kontrolle und Kontrollierten ist bedenklich. EMA-Direktor Thomas Lönngren gründete zum Ende seiner Amtszeit 2010 direkt eine Beratungsfirma und ließ die Industrie an seinem Insiderwissen teilhaben.^{4,5} Die gegenwärtige EMA-Direktorin Emer Cooke war 1992-1998 beim Europäischen Pharmaverband Efpia für Regulierung – also für die EMA – zuständig.⁶

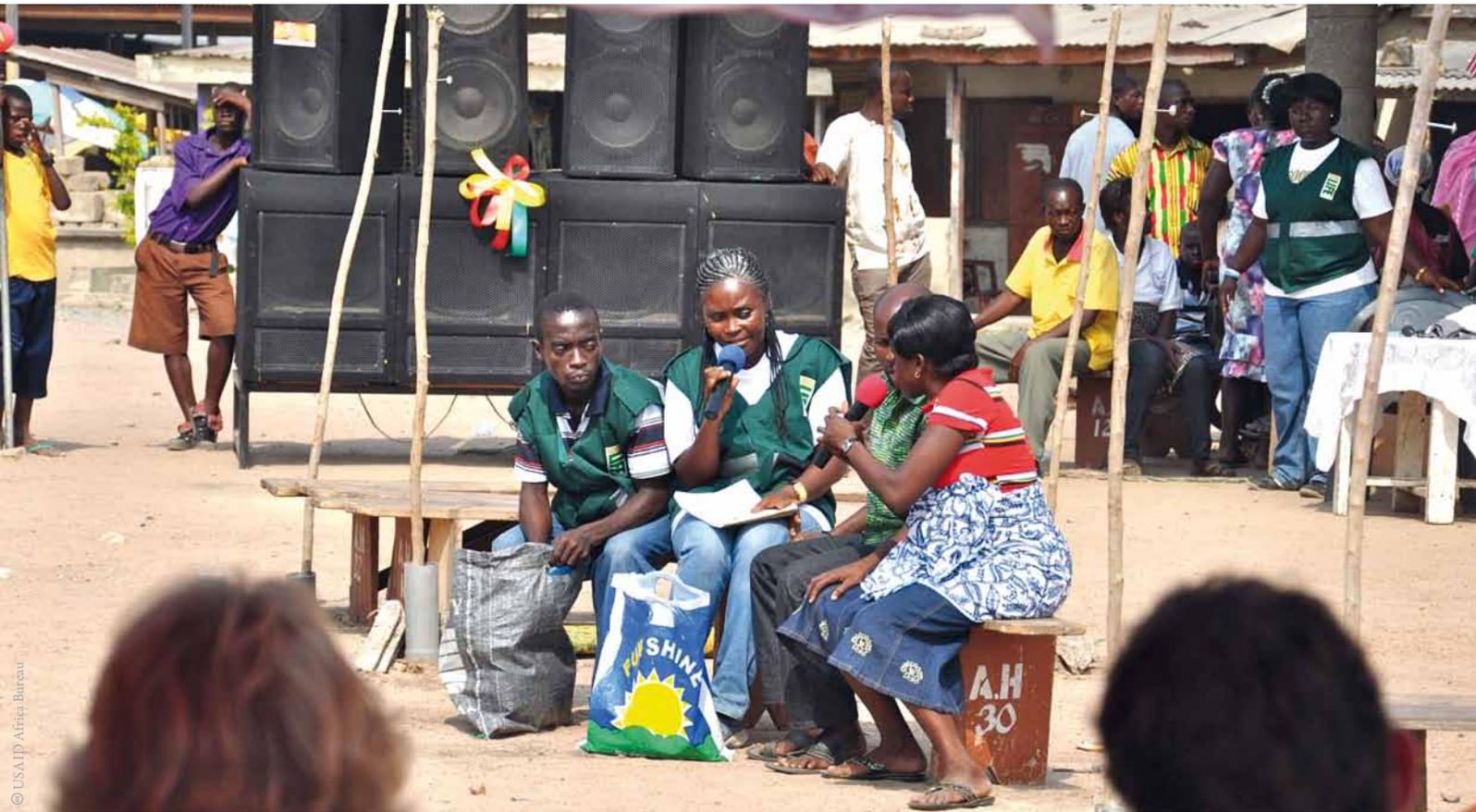
Noch deutlicher ist der Drehtüreffekt bei der FDA: Zwischen 2006 und 2019 nahmen neun von zehn der ChefInnen nach Ende ihrer Amtszeit Jobs der Pharmaindustrie an. Aber auch ein Viertel der KontrolleurInnen der FDA, die Krebsmedikamente beurteilten und die Behörde verließen, berieten im Anschluss die Industrie oder wurden von Medikamentenfirmen eingestellt.

KritikerInnen fordern Maßnahmen, um das Vertrauen in die Kontrolle wieder herzustellen: Bei ExpertInnen-Komitees müssten alle Interessenkonflikte detailliert mit Angabe der gezahlten Summen offengelegt und vor allem begründet werden, warum niemand ohne Konflikte gefunden wurde. Das Verfahren der beschleunigten Zulassung müsste grundsätzlich überdacht werden: Welche Surrogat-Endpunkte sind hinreichend zuverlässig, um einen Nutzen für PatientInnen wahrscheinlich zu machen? Und sind bestätigende Studien bereits begonnen worden? Bei negativem Ausgang müssten die Mittel dann auch zügig wieder vom Markt verschwinden. (JS)

- 1 TGA (Australien), EMA (EU), MHRA (Vereinigtes Königreich), PMDA (Japan), FDA (USA), Health Canada (Kanada)
- 2 Demasi M (2022) From FDA to MHRA: are drug regulators for hire? *BMJ*; 377, p 01538

- 3 Mitchell AP et al. (2022) The Prescription Drug User Fee Act. *Med Care*; 60, p 287
- 4 Pharma-Brief (2011) Fliegender Seitenwechsel. Nr. 2-3, S. 5

- 5 Pharma-Brief (2011) EMA reagiert. Nr. 4, S. 8
- 6 EMA (2022) Executive director www.ema.europa.eu/en/about-us/who-we-are/executive-director [Zugriff 6.9.2022]



Wir mussten alles auf Eis legen Malaria-Kontrolle unter Pandemiebedingungen

Theater zur Gesundheitserziehung in Ghana

Gerade die ersten Monate der Pandemie stellten das Malaria-Kontrollprogramm Ghanas auf eine harte Probe. Etliche Präventionsmaßnahmen mussten auf Eis gelegt werden und kreative Lösungen waren gefragt. Dr. Boakye vom nationalen Malaria-Kontrollprogramm berichtet.

Was waren die größten Herausforderungen der Pandemie in Bezug auf ihre Arbeit, Herr Boakye?

Ich würde sagen, dass Covid generell einen großen Einfluss auf alles hatte, was wir in Bezug auf die Gesundheit der Ghanaer und unser nationales Malaria-Kontrollprogramm tun. Von Anfang an, als der erste Fall auftrat, mussten die meisten von uns alles auf Eis legen, was wir für die Malariakontrolle taten. Die meisten leitenden Beamten des öffentlichen Gesundheitswesens wurden dazu aufgerufen, im Kampf gegen Covid-19 zu helfen. So kam unsere Arbeit im Bereich der Malariabekämpfung für eine gewisse Zeit praktisch zum

Stillstand. Einige meiner Kollegen und ich selbst waren Teil des Teams, das die Grundsatzdokumente, die wir im Kampf gegen Covid-19 verwendeten, entwickelte. Und einige meiner Kollegen gehörten auch zu dem Team, das aufgestellt wurde, um alle Kontaktpersonen in der Region Accra zu unterweisen. Wir mussten also täglich in die Bezirke fahren, um nach Fällen und Kontakten zu suchen und dafür zu sorgen, dass die Daten an die zuständige Behörde weitergeleitet werden. Und so waren wir etwa zwei Monate lang damit beschäftigt, Covid-19 Aktivitäten durchzuführen. Aber untergeordnete Behörden arbeiteten weiter an Maßnahmen zur Malariakontrolle. Die meisten von uns in höheren Positionen waren an Covid-19 und der Pandemiebekämpfung beteiligt.

Gab es weitere Faktoren, die die Malaria-Kontrolle beeinträchtigt haben?

Wir haben festgestellt, dass die Menschen Angst hatten, ins Krankenhaus zu gehen. Vor allem, weil sie Angst hatten,

Dr. Kofi Boakye-Yiadom Adomako ist Arzt und Epidemiologe und arbeitet beim staatlichen Gesundheitsdienst. Dr. Boakye ist zuständig für die Implementierung und Durchführung staatlicher Gesundheitsprogramme, darunter das Malaria-Kontrollprogramm. Unser Partner Kingsley Pereko vom People's Health Movement Ghana hat ihn für uns interviewt.

dass bei ihnen Covid 19 diagnostiziert werden könnte, wenn sie krank waren. Sie sind also nicht in eine Einrichtung gegangen, sondern in die Apotheke, um sich Medikamente zu besorgen. Die Zahl der Krankenhausbesuche ging zurück – auch bei Malaria. Doch wir wissen, dass die meisten Einweisungen in all unseren Einrichtungen im Land normalerweise durch Malaria bedingt sind. Aber im Jahr 2020 hatten wir den niedrigsten Anteil an Einweisungen, die auf Malaria zu-

rückzuführen waren. Wenn man sich den Fünf-Jahres-Trend anschaut, war 2020 der niedrigste Wert zu verzeichnen. Daraus können wir schließen, dass die meisten Menschen Angst hatten, ins Krankenhaus zu gehen, weil sie befürchteten, mit Covid-19 diagnostiziert zu werden und niemand wollte wegen des Stigmas in diese Kategorie eingeordnet werden.

Covid führte zu Stigmatisierung?

Ja, sie war zu dieser Zeit mit Covid-19 verbunden. Und so haben die Leute sogar ihr Fieber versteckt. Ich meine Symptome, nur um in ihren Häusern sicher zu sein. Und dann behandelten sich selbst gegen alle möglichen Krankheiten.

Ist dadurch die Zahl der Todesfälle bei Malaria gestiegen?

Wir wissen nicht, wie hoch die Gesamtzahl der Todesfälle im ganzen Land wirklich ist, weil die Menschen in ihren Häusern gestorben sind, ohne im System erfasst zu werden. Wir können also nicht mit Sicherheit sagen, ob viele Menschen an Malaria oder an anderen Ursachen als Covid-19 gestorben sind, denn zu dieser Zeit konnte man fast jeden als Covid-Patienten einstufen, sobald er Fieber und Symptome einer Infektionskrankheit hatte.

Konnten Sie Ihre Arbeit zu Malaria inzwischen wieder aufnehmen?

Ich würde sagen, dass wir mit der Zeit, als die Beschränkungen der Bewegungsfreiheit allmählich gelockert wurden, zu unseren Hauptaktivitäten zurückkehrten. Irgendwann in der Mitte des Jahres setzten wir unsere Maßnahmen fort, doch da Covid noch immer existierte, mussten wir unsere Arbeitsweise anpassen.

Mit welchen Schwierigkeiten hatten Sie zu kämpfen?

Wir mussten Desinfektionsmittel kaufen, wir mussten Gesichtsmasken kaufen, wir mussten Geld für den Transport ausgeben, wir mussten viel Geld in die Hand nehmen und im Grunde genommen das Geld für die Ermittlung von Kontaktpersonen aufstocken und einen Teil der uns zur Verfügung stehenden Mittel für den Kampf gegen Covid verwenden. Ich kann Ihnen gar nicht genau sagen, wie viel der uns zur Verfügung stehenden Mittel in Covid geflossen sind. Aber ich weiß, dass es eine ganze Menge war. Ich erinnere mich an einige unserer Interventionen, für die uns am Ende des Jahres das Geld

ausging. Und so mussten wir erneut globale Geberorganisationen wie den Global Fund um Unterstützung bitten.

Hat Covid die Malaria-Interventionen verteuert?

Bei den meisten Aktivitäten, die wir durchführen, arbeiten wir mit freiwilligen Helfern aus der Bevölkerung, und wir mussten sie mit genügend Gesichtsmasken, Desinfektionsmitteln für die Hände, Seife und anderen Dingen versorgen, damit sie vor Covid geschützt waren, und außerdem mussten wir wegen der notwendigen sozialen Distanz Anpassungen vornehmen. Wir mussten mehr Autos und Fahrer besorgen und manchmal musste man Busse mieten, um die Beamten und Mitarbeiter unserer Programme sicher befördern zu können. Das alles hat die Kosten für die Durchführung der meisten Maßnahmen erhöht.

Welche Regionen oder Bevölkerungsgruppen waren von den notwendigen Anpassungen im Malaria-Programm besonders stark betroffen?

Wissen Sie, bei Malaria gibt es in der Regel zwei Hauptgruppen, die besonders gefährdet sind, an Malaria zu erkranken und daran zu sterben. Das sind schwangere Frauen und Kinder unter fünf Jahren. Da die meisten unserer Maßnahmen auf diese Gruppen abzielen, waren sie während der Pandemie am stärksten betroffen, weil wir einige dieser Aktivitäten auf Eis legen mussten, vor allem in der Region Accra. Wegen des Lockdowns haben wir leider einige Menschenleben verloren, vor allem Kinder unter fünf Jahren und schwangere Frauen. Sie sollten eigentlich in die Schwangerenambulanz gehen, um dort die so genannte IPTP-Behandlung zur Vorbeugung gegen Malaria während der Schwangerschaft zu erhalten. Aber die meisten von ihnen konnten wegen der Ausgangsbeschränkung nicht hingehen.

Es gibt auch eine Intervention an Schulen, um mit lang wirkenden Insektiziden behandelte Netze zu verteilen. Und auch das konnte natürlich nicht gemacht werden, weil die Schulen geschlossen waren. So hatten die meisten Schulkinder keinen Zugang zu diesen Bettnetzen. Vor Covid wurden sie jedes Jahr verteilt und auch Kinder unter fünf Jahren und schwangere Frauen bekommen die Netze. Aber wir mussten die meisten dieser Aktivitäten auf Eis legen, weil die Leute, sogar die schwan-

geren Frauen, gar nicht erst zu den Verteilaktionen kamen.

Sehen Sie noch weitere Auswirkungen auf die Malaria-Kontrolle?

Ich sehe, dass Kinder und schwangere Frauen am meisten unter Malaria leiden, aber auch die Allgemeinheit, weil die Leute falsch diagnostiziert werden, weil sie in die Apotheke gehen, anstatt in eine Gesundheitseinrichtung, um eine Diagnose zu bekommen. Ich bin mir also sicher, dass Menschen, die gegen Malaria behandelt wurden, nicht wissen, ob sie Malaria hatten, weil sie nicht getestet wurden. Jeder nahm z.B. Hydroxychloroquin ohne richtige Diagnose.

Ich habe mich einmal ein bisschen geärgert, als ich in einen der Apothekenläden gegangen bin und eine Zeit lang dagestanden habe und alles beobachtet habe. Und diese Dame verteilte an fast jeden, der hereinkam, weil er Fieber hatte, ein Malariamittel. Ich war ein wenig beunruhigt, denn das ist etwas, wogegen wir immer predigen. Testet die Leute, bevor ihr sie behandelt, wir haben das im Radio und im Fernsehen gesagt, wir haben sie aufgeklärt. Denn die Apotheken können kostenlose Testkits von den Behörden anfordern. Und sie machen trotzdem weiter, und während Covid war es noch schlimmer, weil viele Leute zu ihnen gingen, anstatt in die Gesundheitseinrichtungen. Die Leute kauften sogar ACTs,¹ wenn jemand Fieber hatte, also Mittel, die wir zur Behandlung von Malaria verwenden, eine Kombinationstherapie auf Artemisinin-Basis. Sie verwendeten das als Prophylaxe gegen Covid. Wir haben davor gewarnt, denn das führt zu Resistenzen gegen diese Medikamente.

Wie haben Sie auf diese Herausforderungen reagiert?

Wir haben verstärkt Massenmedien genutzt, und wir haben festgestellt, dass das sehr effektiv ist. Und wir haben uns auch viel mehr auf ehrenamtliche Helfer verlassen, die jetzt mehr Aufklärungsarbeit leisten, denn sie gehen in die Häuser und klären die Mütter über einige der Dinge auf, die wir tun. Covid hat uns aber auch den Umgang mit IT beigebracht. Wir mussten eine WhatsApp-Plattform einrichten und es gab eine Menge effektiver Kommunikation. Fragen wurden auf der Plattform gestellt, die wir beantworteten und all das, und es war effektiv, ziemlich effektiv.

¹ ACT: Artemisinin-based combination therapy

EINLADUNG ZUR MEMENTO-PREISVERLEIHUNG 20.10.2022

Sehr geehrte Interessierte,

wir freuen uns, Sie hiermit zur feierlichen Verleihung des Memento Preises für vernachlässigte Krankheiten am 20. Oktober 2022 einzuladen. Die Veranstaltung findet ab 18 Uhr in den Räumlichkeiten der taz Kantine (Friedrichstraße 21, 10969 Berlin) statt.

Das Memento-Bündnis möchte mit der Auszeichnung auch in diesem Jahr eine größere Sichtbarkeit für vernachlässigte globale Gesundheitsbedürfnisse erreichen und zu mehr Engagement in dem Themenfeld anregen. Wir treten dafür ein, dass Menschen weltweit die Gesundheitsversorgung bekommen, die sie benötigen.

Wir freuen uns über Ihr Kommen!

Das Memento Bündnis: Melissa Scharwey (Ärzte ohne Grenzen e.V.), Mareike Haase (Brot für die Welt), Jörg Schaaber (BUKO Pharma-Kampagne) und Manuel Koch (DAHW Deutsche Lep- und Tuberkulosehilfe e.V.)

Bitte melden Sie sich bis zum 11. Oktober 2022 bei memento-preis.de oder über das [Anmeldeformular](#) zur Veranstaltung an. Bei Nachfragen steht Ihnen die Memento-Koordination zur Verfügung: kontakt@memento-preis.de, Tel.: 0521-39060948

Programm

18:00 Einlass

18:30 Begrüßung

Erfahrungsbericht: Evelyne Leandro, Autorin des Buches „AUSGESETZT oder Der Kampf mit einer längst vergessenen Krankheit“

Verleihung Memento Medienpreis 2022

Keynote: Prof. Richard Gordon, South African Medical Research Council, „Technologietransfer als Schlüssel global gerechter Gesundheit“

Musik: The Sixteens

Verleihung Memento Forschungspreis 2022

Schlusswort

20:00 Empfang

Die Veranstaltung findet in deutscher Sprache statt, die Keynote erfolgt auf Englisch (mit Übersetzung). Der Zugang ist barrierefrei. Für Getränke und Fingerfood (auch vegan) ist gesorgt. Pandemiebedingt können sich ggf. kurzfristige Änderungen ergeben (G-Nachweise, Maskenpflicht, etc.).

Impressum: Herausgeber BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, Verleger: Gesundheit – global und gerecht e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Claudia Jenkes, Max Klein, Corinna Krämer.

Design: Heinrich Dunstheimer, dunemaison, Bielefeld, Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne, © 2022 BUKO Pharma-Kampagne. Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 26 €, Institutionen- oder Auslandsabo 50 €. 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 Gesundheit – global und gerecht e.V., Sparkasse Bielefeld, für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01
Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27, BIC: SPBIDE33XXX, Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

pharma-brief@bukopharma.de
www.twitter.com/BUKOPharma
www.bukopharma.de



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



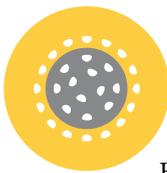


DEUTSCHLAND: MILLIONEN COVID-IMPFDOSEN VERNICHTET

Von Dezember 2021 bis Juni 2022 sind in Deutschland wegen Ablaufs der Haltbarkeit von 134,3 Millionen geordneten Covid-19 Impfstoffdosen fast vier Millionen weggeworfen worden. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums betraf die Vernichtung den Moderna Impfstoff: 3,9 Millionen der gelieferten 5,3 Millionen Dosen blieben ungenutzt. Angeblich konnte der Impfstoff auch nicht an andere Länder verschenkt werden, es bestünde kein Bedarf.¹ (JS)

¹ tagesschau (2022) 3,9 Millionen Impfdosen werden vernichtet. 17. Juli www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/corona-impfdosen-abgelaufen-101.html [Zugriff 1.9.2022]

WIE NÜTZLICH IST COVAX ?



Katerini Storeng und Antoine de Bengy Puyvallée von der Universität Oslo haben die Impfstoffinitiative Covax unter die Lupe genommen.¹ 2021 wurden statt der angestrebten zwei Milliarden Dosen nur 910 Millionen erreicht. 60% davon stammten aus Schenkungen von Staaten. Entgegen dem Ansatz von Covax, die Covid-19 Impfungen nach Bedarf zu verteilen, wurden die Empfängerländer der meisten Dosen durch die Spender festgelegt. Die komplizierte Konstruktion des „Super“ Public Private Partnership und die widersprüchlichen Interessen der Beteiligten habe zu faulen Kompromissen beigetragen und die Effizienz gehemmt, so die AutorInnen. Dazu komme mangelnde Transparenz und fehlende Rechenschaftspflicht. (JS)

¹ de Bengy Puyvallée A and Storeng K (2022) COVAX, vaccine donations and the politics of global vaccine inequity. *Globalization and Health*; 18, p 26 <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00801-z>

KANADA: WIE KAM OXYCONTIN® AUF DEN MARKT?



In den USA wurde Purdue Pharma, Hersteller des Opioids Oxycodone[®] (Oxycodon) wegen Marketings für nicht zugelassene Indikationen zu hohen Zahlungen verurteilt, weitere Verfahren laufen. Viele Menschen starben an Überdosierungen, weil der Wirkstoff schnell abhängig macht. Die Medizinstudentin Jessie Pappin ging der Frage nach, mit welcher Evidenz das Präparat in Kanada zugelassen wurde.¹ Das Ergebnis ist bestürzend: Die Studien, die der Behörde vorlagen, waren alle nur von kurzer Dauer (maximal 24 Tage). Keine untersuchte das Missbrauchspotenzial, obwohl das bei Opioiden naheliegend ist. Nur zwei unveröffentlichte Studien erwähnten es überhaupt. (JS)

¹ Pappin J et al. (2022) On what basis did Health Canada approve Oxycodone in 1996? <https://doi.org/10.1177/17407745221108436>

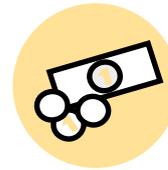
ANTIBIOTIKA-FORSCHUNG: FALSCH ANREIZE



Neue Antibiotika zu entwickeln, ist für die Pharmaindustrie nicht so lukrativ. Deshalb gibt es bereits öffentliche Förderung für die Forschung. Die EU-Kommission bringt jetzt einen untauglichen Vorschlag ins Spiel: Wenn eine Firma ein neues Antibiotikum entwickelt, bekommt sie im Gegenzug einen Gutschein, der die Verlängerung der exklusiven Vermarktung für ein anderes Produkt ermöglicht. Der Gutschein kann auch verkauft werden. Gesundheitsgruppen, darunter auch Health Action International, bei der die Pharma-Kampagne Mitglied ist, halten den Vorschlag für teuer und ungerecht und warnen vor einer Umsetzung.¹ (JS)

¹ EPHA et al (2022) Antibiotic incentives in the revision of the EU pharmaceutical legislation. <https://cpha.org/wp-content/uploads/2022/07/antibiotic-incentives-pharma-legislation-joint-paper-2022.pdf>

USA: EIN BISSCHEN PREISKONTROLLE



Der in den USA jetzt beschlossene „Inflation Reduction Act“ bietet dem staatlichen Unterstützungsprogramm Medicare erstmals die Möglichkeit, Verhandlungen über Arzneimittelpreise zu führen. Das war ihm bislang ausdrücklich untersagt.¹ Dabei ist Medicare der größte Käufer für verschreibungspflichtige Arzneimittel in den USA. Die Industrielobby hat es allerdings geschafft, das Gesetz gegenüber dem ersten Entwurf gründlich zu verwässern. So dürfen Preisverhandlungen erst neun Jahre nach Markteinführung geführt werden und für Biologika beträgt die Schutzfrist sogar 13 Jahre. Außerdem dürfen Preise anfänglich nur für maximal zehn Arzneimittel pro Jahr verhandelt werden, später sollen es bis zu 20 werden. Im Gegensatz dazu wird der Preis neuer Arzneimittel in vielen Ländern sofort bei Markteintritt verhandelt² – Beschränkungen der Zahl gibt es nirgendwo. Eine weitere Klausel, die sofort in Kraft tritt, betrifft Preissteigerungen: Überschreiten sie die Inflationsrate, können Strafen verhängt werden. Außerdem werden die Zuzahlungen für Insulin auf 35 US\$ pro Monat beschränkt. (JS)

¹ Hwang TJ et al. (2022) New Reforms to Prescription Drug Pricing in the US. *JAMA*. Published Online 19 August. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.15268>

² In Deutschland gelten die ausgehandelten Preissenkungen nach einem Jahr.

ZU GUTER LETZT

Gender-Pay-Gap: Lohnungleichheit sinkt in der Pharma-Industrie dank gut bezahlter Jobs deutlich

Pressemitteilung des VfA vom 24.8.2022

Schön, dass sich die Pharmaindustrie um geschlechtsspezifische Diskriminierung kümmert, noch besser wäre es allerdings, wenn die Branche sich auch um den diskriminierungsfreien weltweiten Zugang zu ihren Produkten sorgen würde.