



## Zugang zu lebensnotwendigen Arzneimitteln in Entwicklungsländern: Probleme und Alternativen

Dr. Joachim Both

### Teil1: Problem und Hintergründe

Um Ihnen einen ungefähren Eindruck zu vermitteln, um welche Dimensionen es sich handelt, möchte ich zunächst einige Zahlen nennen.(Folie 2) : So geht etwa 80% der Krankheitslast weltweit auf Kosten der 3. Welt. Brisant wird dieser Umstand erst, wenn man sich demgegenüber klar macht, dass ein heute neu entwickeltes Medikament so teuer ist, dass 4/5 der Menschheit dazu keinen Zugang hat. Im Klartext bedeutet dies, dass unser jetziges vorherrschendes pharmazeutisches Modell den Bedürfnissen der Menschen nicht entspricht, d.h. es ist in hohem Masse dysfunktional, was die Kosten und den Zugang zu Arzneimitteln angeht.

Um die Hintergründe besser zu verstehen, sollten wir uns zuerst den sog. vernachlässigten Krankheiten oder im englischen Fachjargon „neglected diseases“ zuwenden. Ihren Namen tragen sie, weil weltweit für Armutskrankheiten bislang keine oder kaum Gelder für Forschung und Entwicklung an Medikamenten investiert wurden. So leiden bereits bei uns und in Schwellenländern viele Millionen an HIV/Aids und/oder Tbc. Zusätzlich zu diesen Erkrankungen, die in den Entwicklungsländern eine unvergleichlich größere Rolle spielen, leiden dort, also in Afrika, Asien und Lateinamerika ca. eine Milliarde Menschen an Tropenkrankheiten wie Malaria, Schlafkrankheit, Chagasfieber, Flusskrankheit u.a.

( Folie 3 ) Von 1975 bis 1999 wurden weltweit fast 1400 neue Mittel auf den Markt gebracht, davon entfielen nur 14 auf die Behandlung von Tropenkrankheiten. So fehlen heute entweder völlig oder weitgehend wirksame, moderne und gut verträgliche Arzneimittel für viele Tropenkrankheiten. Bereits vor unserer eigenen Haustüre sichtbar wird ein medizinisches Desaster mit zunehmenden

---

Alle Referenten-Informationen sind auch elektronisch im Internet verfügbar:  
[www.kultur-des-friedens.de](http://www.kultur-des-friedens.de)

**3. Öffentlicher Kongress der IPPNW: Kultur des Friedens  
Berlin Urania, 12.-14. September 2008**

Deutsche Sektion der internationalen Ärzte für die Verhinderung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (IPPNW) · Körtestraße 10 · 10967 Berlin · Tel 030-698074-0 · [ippnw@ippnw.de](mailto:ippnw@ippnw.de)

multiresistenten Fällen von Tbc, die aus Osteuropa zu uns gelangen. Die klassische 3er Kombinationstherapie stammt aus den 40er, 50er und 60er Jahren, seit 50 Jahren sind hier keine bahnbrechenden Entwicklungen zu verzeichnen. Lange Jahre wurde auch einfach nicht geforscht.

Die Gründe hierfür sind so erschreckend wie einfach: Im Gegensatz zu den Riesengewinnen, die die Industrie für Medikamente in der 1. Welt einstreicht, ist der Markt mit den Armutskrankheiten unlukrativ und wenig Gewinn versprechend. Menschen in der 3. Welt, die in die Armut-Krankheitsfalle geraten sind, für die interessieren sich die pharmazeutischen Hersteller schlicht nicht mehr.

Und noch ein Umstand kommt hinzu, der für den fehlenden Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten entscheidend ist. Gesetzt den Fall, es gäbe moderne, hochwirksame und gut verträgliche Medikamente, wie das z.B. bei den retroviralen Mitteln der Fall ist, dann steht der Patentschutz mit für die armen Länder geradezu astronomischen Preisen dem entgegen. (Folie 4) Die Pharmaindustrie hat in den 70er Jahren begonnen, einen Paradigmenwechsel zu vollziehen: um noch höhere Renditen zu erzielen, sind die Konzerne dazu übergegangen ihre Medikamente patentieren zu lassen. Damit haben sie freie Hand in der Preisgestaltung und exklusive, monopolartige Vermarktungsrechte weltweit über 20 Jahre und oft darüber hinaus. In der Konsequenz bedeutet dies, dass unter solchen Bedingungen immer mehr Menschen in der 3. Welt in eine Armut-Krankheitsfalle geraten. Sie sind damit nicht nur von jeder gesellschaftlichen Teilhabe und Solidarität ausgegrenzt, oft bezahlen sie mit ihrem eigenen Leben. Schätzungen zufolge sterben etwa mindestens 13 Millionen Menschen jährlich, weil ihnen der Zugang zu lebensrettenden Medikamenten verwehrt bleibt.

Um diese Patente zu stützen und abzusichern ist auf politischer Ebene im Rahmen der WTO Verträge das TRIPS Abkommen eingeführt worden. übersetzt bedeutet es soviel wie handelsbezogene Aspekte an geistigem Eigentum. Darin werden die Patentrechte und die Mittel zu deren Durchsetzung weltweit festgelegt. Die Entwicklungsländer sind gezwungen der WTO beizutreten, um an nötige Kredite heranzukommen, und unterliegen damit zunächst auch dem TRIPS Abkommen. (Folie 5). Ergänzend dazu kam es 2001 allerdings zu einer Einschränkung derart, dass während einer Übergangszeit bis 2016 den ärmsten Ländern das Recht auf Erteilung von Zwangslizenzen zugebilligt wurde. Das bedeutet, dass dem Land umsonst oder gegen eine Gebühr die Herstellung des Mittels als Generikum im eigenen Land oder als Import erlaubt wird.

Die Realität dazu sieht leider sehr traurig aus. Viele Pharmahersteller lehnen Zwangslizenzen rundherum ab, prozessieren mit den Ländern oder drohen einen regelrechten Wirtschaftskrieg an, wohlgermerkt, gegen international gültiges Recht ! Lassen Sie mich auf einen kleinen Reader aufmerksam machen mit dem Titel „Patienten, Patente und Profite“, eine Zusammenfassung eines Symposiums von Medico International hier in Berlin voriges Jahr. Darin beschreiben z.B. der südafrikanische, thailändische und brasilianische Vertreter ihre mehr als leidvollen Erfahrungen bei der Erteilung von Zwangslizenzen. In etwa nach dem Motto, eher werden Berge versetzt als eine einvernehmliche Lösung mit der Industrie gefunden. Ich darf Ihnen dies Büchlein zur Vertiefung und besseren Verständnis der verschiedenen Aspekte sehr ans Herz legen.

Wenn unsere Kanzlerin beispielsweise auf dem G 8 Gipfel von einer Harmonisierung des TRIPS Abkommens sprach, meinte sie damit nichts anderes als eine

Verschärfung und noch striktere Anwendung der Patentgesetzgebung weltweit. (Folie 6) Dabei ist es offensichtlich, dass Patente und globale Gesundheit nicht widerspruchlos zusammengehen. Jerome Reichmann, Prof. für Recht in den USA und anerkannter Spezialist für internationales Patentrecht spricht im Hinblick auf diese Harmonisierung von einer kontraproduktiven Entwicklung für die Gesundheit und Gesundheitsforschung, da auf absehbare Zeit die Länder weltweit stark unterschiedliche Entwicklungsstandards beibehalten werden. Aber er geht noch ein Stück weiter ( Folie 7 ). Er greift die Art unserer Forschung direkt an mit ihrer monopolartigen Anhäufung von Wissen durch zusätzliche Umgebungspatentierung. Dadurch wird freie Forschung bei uns wie in den Schwellenländern verunmöglicht. Wissen als öffentliches Gut muss weltweit erhalten und gefördert werden. Wenn wir keine Wissens-Inputs produzieren, werden wir keine Wissens-Outputs haben. Hier unterstützt er indirekt ähnliche Forderungen des Ökonomen und Nobelpreisträgers Prof . Joseph Stieglitz (in Chancen der Globalisierung).

Trotzdem tut sich etwas in unserer Gesellschaft. Im Juni dieses Jahres gab es zu diesem Thema der vernachlässigten Krankheiten erstmalig ein öffentliches Fachgespräch im Bundestag, initiiert von Bü90/ Die Grünen. Der bisherige Stellenwert des Themas wurde u.a. daran deutlich, dass der Versuch hierfür einen parlamentarischen Unterausschuss einzurichten torpediert wurde und scheiterte. Schließlich hat sich eine Gruppe von Abgeordneten fraktionsübergreifend verständigt als Arbeitskreis zu tagen. Auch ist der jährliche Beitrag der Bundesregierung für Forschung zu den vernachlässigten Krankheiten mit eben 20 Mill. Euro jährlich unter den Vorgaben. Ebenso wenig gibt es zwischen den Ministerien dafür eine geklärte Zuständigkeit. Deutlich wurde angemahnt mehr auf das Prinzip des open access zu achten. Das betont neben mehr Mittel für die öffentliche Forschung, diese vor allem in ihren Ergebnissen frei zugänglich und nicht nur der kommerziellen Nutzung offen halten zu wollen.

( Folie 8 ) Vielleicht noch wichtiger und Voraussetzung für nationale Anstrengungen sind internationale Prozesse. Angesichts der enormen Dysfunktionalitäten, nämlich dass die bedürftigsten Menschen am wenigsten Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten haben, kam es in der WHO in den letzten Jahren zu zunehmend spannenden Debatten, denen sich in der Konsequenz auch die USA und Europa nicht mehr verschließen konnten. Eine intergovernmental working group hatte eine globale Strategie vorgelegt, die die Entwicklung neuer Strategien für die vernachlässigten Krankheiten vorantreiben soll. Das Strategiepapier wurde endlich nach jahrelangem Streit im Mai dieses Jahres von der WHO –Weltversammlung in Genf im Mai dieses Jahres angenommen. Die nationalen Regierungen sind somit aufgerufen, sich aktiv um Lösungsmodelle Gedanken zu machen. Akteuren dies möglich ist, darüber wird mein Kollege Dieter Lehmkuhl jetzt zu Ihnen sprechen.

Vielleicht noch ganz zum Schluss ein Zitat aus der „Berliner Erklärung“, ebenfalls auf dem obengenannten Symposium 2007 verabschiedet, die auch hier für Sie ausliegt : ( Folie 9 ) „Wir fordern eine an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen ausgerichtete Politik, die Arzneimittel, wie auch andere unentbehrliche Güter der Daseinsfürsorge als öffentliche Güter begreift, die prinzipiell von Monopolen und exklusiven Vermarktungsrechten ausgenommen sind, damit sie allen Menschen zugänglich gemacht werden.“