# Gewinn vor Gesundheit

## Das fatale Geschäft der Pharmaindustrie

Von **Dieter Lehmkuhl**

Wer sich mit HIV infiziert, muss hierzulande schon lange nicht mehr um sein Leben bangen. Denn seit über 20 Jahren ist die Immunschwächekrankheit wirksam mit Medikamenten behandelbar. Doch in den Ländern des globalen Südens starben noch um die Jahrtausendwende etwa zehn Millionen Menschen an den Folgen von Aids – schlicht deshalb, weil sich die Betroffenen und die dortigen Gesundheitssysteme die teure Behandlung nicht leisten konnten. Im Jahr 2001 lagen die Kosten für eine antivirale Therapie noch bei über 10 000 US-Dollar pro Person und Jahr. Doch anstatt Preisnachlässe zu gewähren, bestanden die Hersteller auf Patentschutz für ihre Originalmedikamente und blockierten damit den Zugang der Patienten zu preiswerteren Nachahmerpräparaten, den Generika, etwa aus Indien. Unterstützt wurden sie dabei oftmals von ihren Regierungen, die den afrikanischen Ländern mit Sanktionen drohten, wenn sie preiswertere Generika importieren wollten. Der indische Filmemacher Dylan Mohan Gray bezeichnete die Blockadepolitik der Pharmafirmen in seiner Dokumentation „Fire in the Blood" als „*das* Unternehmensverbrechen des Jahrhunderts". Erst weltweiter Protest aus der Zivilgesellschaft zwang die Konzerne ab 2001 schließlich nachzugeben, und eine Änderung der WHO-Regeln erlaubte in den Folgejahren den Zugang zu Generika auch für die Erkrankten in den ärmeren Ländern. Seither können zahlreiche HIV-Infizierte auch in Afrika endlich mit den antiviralen Medikamenten der ersten Generation behandelt werden – für einen Bruchteil der zuvor geforderten Summe, nämlich für nur noch etwa 150 Dollar jährlich.

Was bisher vor allem Menschen im globalen Süden betraf, kündigt sich inzwischen auch in den Ländern des globalen Nordens an: Die neue Hochpreispolitik der Pharmaunternehmen droht die Gesundheitssysteme finanziell zu überfordern und den Zugang zu lebensnotwendigen Arzneimitteln zu verschlechtern. In der Bundesrepublik wie weltweit steigen die Preise für neue Medikamente stark und unverhältnismäßig an. Gleichzeitig mangelt es an wichtigen Therapiemöglichkeiten und Medikamenten für alle. Dabei wäre es mit nur einem Achtel der weltweiten Ausgaben für Arzneimittel möglich, alle Menschen mit lebensnotwendigen Medikamenten zu versorgen.[1]

1 Vgl. Report of The Lancet Commission on Essential Medicines for Universal Health Coverage, in: „The Lancet", 10067, 2016, www. thelancet.com.

All das ist Ausdruck einer tiefen Systemkrise der Arzneimittelforschung und -entwicklung sowie zugleich Symptom des fatalen Geschäftsmodells der Pharmaindustrie. Diese steht in der Kritik wie nie zuvor: Längst bemängeln angesehene medizinische Fachpublikationen den gegenwärtigen Zustand: „Der Status quo ist keine Option mehr", schreibt etwa „The Lancet" und die Zeitschrift „Pharmalot" titelt: „Hohe Arzneipreise machen uns krank: Wo sind die Verantwortlichen?".[2] Aber auch Patienten, Verbände und einzelne Regierungen wie die der Niederlande, ebenso wie der Rat der EU-Gesundheitsminister, die OECD oder die Vereinten Nationen fordern mittlerweile einen Politikwechsel.[3]

## Patente und Monopole: Die Marktmacht der Unternehmen

Die aktuelle Entwicklung geht auf ein massives Lobbying und verschiedene Praktiken der Pharmaunternehmen zurück, die bestehenden Regulierungen erfolgreich auszuhebeln. Die Welthandelsorganisation (WTO) schreibt nur den Mindeststandard vor, nach dem sich neue Produkte für ein Patent qualifizieren: Es muss *neu*, *industriell herstellbar* und *innovativ* sein. Sie definiert aber nicht, was innovativ ist, und überlässt damit den Regierungen einen gewissen Spielraum, derartige Kriterien in ihrer nationalen Patentgesetzgebung festzulegen. So sieht das indische Patentrecht von 2005 die Patentierung von Medikamenten nur dann vor, wenn eine „erhöhte therapeutische Wirksamkeit" nachweisbar ist, nicht jedoch, wenn das Mittel nur eine marginale Innovation wie eine geringfügige Änderung einer bestehenden Substanz darstellt.

Das entspricht auch ganz dem ursprünglichen Anliegen von Patentrechten auf Medikamente: Die exklusiven Vermarktungsrechte auf Zeit sollten als Instrument der Innovationsförderung dienen und Investitionen in Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln begünstigen. Doch mittlerweile nutzt die transnationale Pharmaindustrie Patente vor allem zur Gewinnmaximierung und zur strategischen Absicherung der Marktstellung des Unternehmens – allzu oft auch mit Unterstützung nationaler Regierungen. Dazu nutzen sie rechtliche Schlupflöcher oder greifen gleich auf illegale Praktiken zurück, um den Wettbewerb zu ihren Gunsten zu verzerren.

Zu diesen zählt beispielsweise das sogenannte *Evergreening*: Dabei „entdecken" Pharmaunternehmen eine neue Anwendungsform für Medikamente, wenn deren Patent abläuft. Damit lässt sich in vielen Ländern ein neues Patent begründen. Oft werden diese Medikamente anschließend zu einem Vielfachen des ursprünglichen Preises auf den Markt gebracht.

2 Zit. nach dem Vortrag von Spring Gombe-Götz auf der MEZIS Fachtagung: Leben – eine Kostenfrage, 1.12.2016.

3 Vgl. Government of the Netherlands, Medicines Policy Plan: New drugs available to patients fast at an acceptable cost, 29.1.2016; European Council, Council Conclusions on strengthening the balance in the pharmaceutical systems in the EU and its Member States, 17.6.2016; OECD, New approach needed to tackle rising drug prices, 17.1.2017, www.oecd.org; Report of the UN Secretary-General's High Level Panel On Access to Medicines, Promoting innovation and access to health technologies, www.unsgaccessmeds.org/final-report.

Beliebt ist auch die sogenannte Salamitaktik *(salami slicing),* also die sukzessive Entdeckung immer neuer Anwendungen eines Medikamentes mit anfangs sehr enger therapeutischer Indikation. Um die Einführung von günstigen Generika zu verhindern bzw. aufzuschieben, setzen Pharmaunternehmen zudem auf „inszenierte" Rechtsstreite um Patente, die die Markteinführung eines Generikums verzögern, oder sie lassen ihr registriertes Markenpräparat löschen, was zu einer zeitlich und finanziell aufwendigen Neuzulassung des identischen Generikums führt. Auch wird die Generikakonkurrenz aufgekauft bzw. Pharmaunternehmen zahlen Geld an Generikahersteller, damit diese mit dem Präparat gar nicht oder erst später auf den Markt kommen (sogenanntes *pay for delay*).

Zudem hat die Pharmaindustrie mancherorts einen zusätzlichen gesetzlichen Schutz für neue Medikamente durchgesetzt, durch den sie die Daten ihrer klinischen Studien länger geheim halten kann, die sie zum Nachweis der Wirksamkeit und der Sicherheit bei der Zulassungsbehörde einreichen müssen. In Europa und den USA beträgt diese Datenexklusivität inzwischen zehn Jahre, in bestimmten Fällen kann sie um ein bis drei Jahre verlängert werden. Dies ist mittlerweile einer der wichtigsten Wege, mit denen die Pharmakonzerne den fairen Wettbewerb mit Generika umgehen – denn auf diese Weise wird den Generikaproduzenten der Zugang zu den für die Zulassung der Medikamente nötigen Informationen versperrt.

## Das Geschäft mit Medikamenten für seltene Erkrankungen

Einen nicht unerheblichen Anteil an hochpreisigen neuen Arzneimitteln machen Medikamente für seltene Krankheiten *(Orphan Drugs)* aus, deren Entwicklung aufgrund der sonst geringen Profitabilität in den USA und der Europäischen Union besonders gefördert wird – etwa durch eine verlängerte Marktexklusivität und geringere Zulassungsanforderungen. Dadurch wird die Produktion von Orphan Drugs für die Hersteller durchaus lukrativ. Denn wenn es bisher keine oder keine ähnlich wirksame Therapie gibt, lassen sich mit ihnen sehr hohe Preise erzielen, auch wenn ihr tatsächlicher Nutzen oft nicht hinreichend gesichert ist.[4]

In einigen Fällen hat die Förderung der Orphan Drugs tatsächlich zu echten Innovationen geführt. Doch in erster Linie handelt es sich bei der „Orphanisierung" von Medikamenten um ein neues, überaus lukratives Geschäftsmodell der Industrie. Die mehrfache Indikationserweiterung als Orphan Drug ist heute die Hauptstrategie der Unternehmen, um ihre Gewinne zu steigern. So erhielt das Medikament Imatinib (Glivec®) der Firma Novartis, ein wirksames Mittel gegen bestimmte Leukämieformen, sieben Marktzulassungen für verschiedene Indikationen und wurde damit insgesamt sieben Mal in den USA als Orphan Drug ausgewiesen. Für *Interferon*, ein

4 So besteht laut Innovationsreport 2017 der Techniker Krankenkasse bei über der Hälfte der 32 auf dem Arzneimittelmarkt neu eingeführten Wirkstoffkombinationen des Jahres 2014 kein therapeutischer Zusatznutzen, darunter finden sich vier von zwölf Orphan Drugs.

Medikament zur Krebsbehandlung, das unter neun verschiedenen Markennamen vertrieben wird, gibt es sogar 33 Zulassungen.[5]

Medikamente für seltene Krankheiten sind ein wesentlicher Treiber der Preisentwicklung bei Arzneimitteln. Ihr jährliches Wachstum beträgt 7,5 Prozent und ihr Anteil am weltweiten Umsatz inzwischen 15 Prozent.[6] Für den Anstieg der Arzneimittelkosten der letzten Jahre sind vor allem hochpreisige Arzneimittel verantwortlich, die in Deutschland weniger als ein Prozent der Verordnungen ausmachen, deren Anteil an den gesamten Arzneimittelkosten aber zwischen 25 und 30 Prozent liegt.[7]

Konnte bisher der Anstieg der Arzneimittelkosten durch Preisrabatte, eine strenge Nutzenbewertung und eine breitere Verschreibung von Generika noch abgeschwächt werden, reichen diese Instrumente inzwischen nicht mehr zur Begrenzung der Preisentwicklung aus. Aufgrund ihrer Monopolstellung können Arzneimittelhersteller bei der Markteinführung eines Medikaments kurzerhand jenen Preis festlegen, der für sie den maximalen Gewinn verspricht. Diese Monopolstellung wiederum sichern sie über die bereits erwähnten wettbewerbshemmenden Strategien ab.

## Hohe Entwicklungskosten – ein Mythos der Pharmaindustrie

Die Industrie begründet ihre hohen Medikamentenpreise offiziell mit den hohen Kosten für Forschung und Entwicklung neuer Arzneimittel. Dass dies nicht stimmt, räumen jedoch selbst leitende Manager großer Unternehmen freimütig ein: „Es ist ein Irrtum zu glauben, dass unsere Preise die Kosten für Forschung und Entwicklung widerspiegeln", so Hank McKinnel, ehemaliger Chef von Pfizer.[8] Dennoch werden sie gegenüber der Öffentlichkeit und Politik als „Legitimation" für hohe Medikamentenpreise immer wieder angeführt.

Die Angaben zu den Kosten für die Erforschung und Entwicklung eines Arzneimittels schwanken extrem, je nach dem, von wem sie kommen: Das überwiegend von der Pharmaindustrie finanzierte *Tuft Center for the Study of Drug Development* in den USA gibt sie aufgrund nicht überprüfbarer, geheimer Angaben ausgewählter Hersteller mit 1,2 bis 2,56 Mrd. US-Dollar pro Medikament an.[9] Die Nichtregierungsorganisation Ärzte ohne Grenzen verweist demgegenüber auf die Angaben der *Drug for Neglected Diseases Initiative* (DNDI), einer Produktentwicklungspartnerschaft, die primär über öffentliche Mittel und Stiftungsgelder finanziert wird. Diese rechnen mit 50 Mio. US-Dollar pro Medikament bzw. mit 186 Mio. US-Dollar, wenn auch Fehlversuche einbezogen werden, die nicht zur Marktzulassung

5 Marc Andre Gagnon, New drug pricing:does it make sense?, in: „Prescrire International", Juli 2015, S. 192-195, http://english.prescrire.org.
6 Techniker Krankenkasse, Innovationsreport 2015, S. 7, www.tk.de.
7 Arzneimittelverordnungen und Umsatz in Deutschland, Beirat GKV – Arzneimittelindex, 23.5.2016.
8 Zit. nach Gagnon, a.a.O., S. 193.
9 Tuft's CSDD Assessment of Cost to Develop and Win Marketing Approval for a New Drug Now Published, http://csdd.tufts.edu, 10.3.2016.

führen. Andere unabhängige Schätzungen und Modellrechnungen nennen 90 Mio. US-Dollar für neue Arzneimittel bzw. 60 Mio. im Durchschnitt. Hinzu kommt, dass sich die vom Tuft Center angegebenen Entwicklungskosten auf die teuersten 20 Prozent der neuen Medikamente beziehen und nur auf solche ohne jegliche – sonst großzügige – staatliche Forschungsförderung. Von der Industrie werden sie aber als Kosten für *alle* neuen Medikamente kolportiert. Außerdem machen die sogenannten Opportunitätskosten – das heißt die fiktive Rendite, die das eingesetzte Kapital während des Entwicklungszeitraums eingebracht hätte, wenn es hoch verzinst angelegt worden wäre – allein die Hälfte der Kosten aus. Auch die großzügigen steuerlichen Begünstigungen werden nicht gegengerechnet. Selbst Andrew Witty, der ehemalige Vorstandsvorsitzende des britischen Pharmaunternehmens GlaxoSmithKline, betont, dass die Angaben der Pharmaindustrie übertrieben sind: „Eine Milliarde geschätzte Forschungs- und Entwicklungskosten ist eine der größten Mythen der Industrie."[10]

## Die Traumrenditen der Pharmaindustrie

Eindrucksvoll zeigt dies das Beispiel des Medikaments Sofosbuvir (Sovaldi®) zur Behandlung der chronischen Hepatitis C, das Ende 2013 in den USA erstmalig zugelassen wurde und hochwirksam ist. Hepatitis C ist eine virusbedingte Leberentzündung, die durch Blut und Blutprodukte übertragen wird. Weltweit sind etwa 150 Millionen Menschen infiziert. Bei den Patienten entwickelt sich mit den Jahren eine Leberzirrhose, die zu Leberversagen und Leberkrebs führen kann. Die Zulassung von Sofosbuvir stellte einen Durchbruch für die Behandlung von Hepatitis C dar: Zuvor gab es nur geringe Heilungschancen und die bisher eingesetzten Medikamente zeigen starke Nebenwirkungen. Mit dem neuen Präparat können die meisten Infizierten binnen zwölf Wochen vollständig geheilt werden.

Im November 2011 übernahm der US-Pharmakonzern Gilead in einem Bieterwettbewerb für 11,4 Mrd. US Dollar bei einer jährlichen Gewinnerwartung von 20 Mrd. Dollar das Start-up Pharmasset, das den Hepatitis-C-Wirkstoff entwickelt hatte. Pharmasset hatte für die Forschung bis dahin 188 Mio. US-Dollar ausgegeben und 2012 den Preis für die Behandlungsphase mit Sofosbuvir auf 33 000 Dollar berechnet. Gilead investierte zwischen 2012 und 2014 noch einmal 880 Mio. Dollar für klinische Studien bis zur Markteinführung Anfang 2014. Inzwischen macht Gilead mit Sofosbuvir 55 Prozent Gewinn pro Jahr. Zum Vergleich: Der Gewinn der größeren US-Pharmakonzerne lag laut der „Forbes"-Liste der größten US-Unternehmen in den Jahren 2005 bis 2015 im Durchschnitt bei 17,44 Prozent, jener der anderen Industrieunternehmen bei 4,34 Prozent im Jahr. Der Wert der Gilead-Aktie hat sich seit dem Aufkauf von Pharmasset in 2011 verfünffacht. Während unter einer sogenannten Zwangslizenz – also einer Lizenzvergabe,

10 Ben Hirschler, GlaxoSmithKline boss says new drugs can be cheaper, www.reuters.com, 14.3.2013.

die anderen Herstellern die Produktion und Vermarktung gegen eine angemessene Gebühr erlaubt – ein Herstellerpreis von 75 Euro für eine dreimonatige Behandlung inklusive Vertrieb und Gewinn möglich wäre, lag der Preis für eine achtwöchige Behandlung in den USA tatsächlich zwischen 84 000 und 168 000 US-Dollar.[11] Damit hatte Gilead die Übernahmekosten, mit denen es auch die hohen Kosten für die Therapie begründete, in nur einem Jahr weitgehend refinanziert. Der Markteinführungspreis von Sofosbuvir in Deutschland betrug 60 000 Euro, der schließlich verhandelte und von den Krankenkassen erstattete Preis nach einem Jahr bei etwa 45 000 Euro pro Behandlungsphase. In der Bundesrepublik sind von Hepatitis C 400 000 bis 500 000 Menschen betroffen, etwa 300 000 gelten als behandlungsbedürftig. Würden alle mit Sofosbuvir behandelt, entstünden Kosten von 13,5 Mrd. Euro. Das entspricht einem Drittel der gesamten Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2015.

Die Aufwendungen der Unternehmen zeigen, dass diese nicht auf die hohen Preise angewiesen sind, um die Entwicklung der Medikamente zu refinanzieren: Gerade die großen Unternehmen geben oft doppelt so viel für Marketing aus wie für Forschung und Entwicklung. Außerdem machen sie 70 Prozent ihres Umsatzes mit Produkten, die von anderen Firmen – oft kleineren Start-ups – entwickelt wurden, also mit solchen, bei denen sie selbst keine Entwicklungskosten hatten.[12] Rund drei Viertel der Umsatzrendite der größten 20 Pharmaunternehmen gehen in die Auszahlung von Dividenden und den Rückkauf von Aktien, um den Aktienwert zu steigern. 16 Prozent werden in Übernahmen und Fusionen investiert und 10 Prozent in Anlagegüter und Sachanlagen.[13] Zudem versuchen die Pharmaunternehmen, durch Übernahmen und Zusammenschlüsse ihre Forschungskosten zu senken oder Steuern zu sparen – etwa indem sie Firmen in Ländern mit niedrigen Steuern wie Irland aufkaufen und ihren Unternehmenssitz formell dorthin verlegen. Ihre Innovation und Forschungsproduktivität erhöht sich dadurch nicht. Schließlich fließt auch viel Geld in die Lobbyarbeit der multinationalen Konzerne – zu „Big Pharma" zählen Unternehmen wie Jonson & Jonson, Pfizer, Novartis, und Roche. Sie geben in den USA mehr für Lobbying aus als alle anderen Branchen. Pharmageld fließt also hauptsächlich in Marketing und Maßnahmen, mit denen der Monopolstatus verteidigt und ausgedehnt wird – und nicht in die Entwicklung neuer, möglichst wirksamer Medikamente.

## Ineffiziente Forschung, hoher Gewinn

Höhere Gewinne führen also keineswegs automatisch zu mehr Ausgaben für Forschung und Entwicklung. Haupttreiber von Innovationen sind vielmehr ausgelaufene Patente und der dann entstehende Wettbewerb durch

11 Maggi Fick und Ben Hirschler, Gilead offers Egypt new hepatitis C drug at 99 percent discount, www.reuters.com, 21.3.2014.
12 Vgl. Pharmaceutical M&A: Invent it, swap it or bye it, in: „The Economist", www.economist.com, 15.11.2014.
13 Vgl. Gagnon, a.a.O.

Generika, den die großen Pharmaunternehmen möglichst zu vermeiden versuchen.

Viele neue Medikamente verbessern die Behandlung von Krankheiten gar nicht oder nur marginal. Um dennnoch Gewinne abzuwerfen, müssen sie mit einem enormen Werbeaufwand auf den Markt gedrückt werden. Unabhängige Bewertungen zeigen, dass nur 0,2 Prozent der neuen Arzneimittel oder neuen Anwendungen einen Durchbruch für die Behandlung Kranker darstellen, weitere 6 Prozent bieten einige Vorteile und rund 21 Prozent lediglich „möglicherweise einen Nutzen".[14] Die nach Einführung des deutschen Arzneimittelneuordnungsgesetzes von 2011 bisher durchgeführten 176 Nutzenbewertungen ergeben für 1 Prozent einen erheblichen, für 22 Prozent einen beträchtlichen und für 23 Prozent einen geringen Nutzen, bei 42 Prozent ist ein Zusatznutzen nicht belegt bzw. bei 11 Prozent nicht quantifizierbar.[15]

Das Hauptinteresse der Pharmaindustrie ist es, Arzneimittel zu entwickeln und zu vermarkten, die bei möglichst geringen Investitionen viel Gewinn versprechen. Dadurch ist ein großer Teil dieser Forschung ineffizient, weil sie sich oft nicht nach dem medizinischen Bedarf richtet, sondern nach der höchsten Gewinnerwartung.

Trotz vieler neuer Arzneimittel fehlt es deshalb nach wie vor an dringend benötigten Arzneimitteln, für die kein ausreichend profitabler Markt existiert – beispielsweise für Krankheiten, unter denen heute primär Menschen im globalen Süden leiden oder für neue (Reserve-)Antibiotika angesichts des bedrohlichen Anstiegs multiresistenter Keime. Stattdessen wird viel Geld in die Entwicklung von Arzneimitteln auf Gebieten investiert, in denen es bereits wirksame Therapien gibt. So entfallen fast zwei Drittel der im Jahr 2015 in der Bundesrepublik neu zugelassenen Medikamente[16] auf Orphan Drugs und neue Krebsmittel, bei denen eine immer größer werdende Kluft zwischen Preis und therapeutischem Nutzen besteht.[17] Innovation ist also keinesfalls gleichbedeutend mit therapeutischem Fortschritt.

## Profite auf Kosten der Allgemeinheit

Mit Umsatzrenditen der marktbeherrschenden Unternehmen von oft über 20 Prozent zählt die pharmazeutische Branche zu den profitabelsten überhaupt.[18] Den Profit der Pharmaindustrie aber finanziert die Allgemeinheit, und die Konzerne können den Preis aufgrund ihrer exklusiven Vermarktungsrechte weitgehend frei bestimmen. Auch werden Arzneimittelpreise in

14 Vgl. New drugs and indications in 2012, Sluggish progress, timid measures to protect patients, in: „Prescrire International", 137/2013, S. 134-137.
15 AMNOG Nutzenbewertung, Stand 1.5.2016, DAK-Pressemitteilung AMNOG Report 2017, www.dak.de.
16 Asher Mullard, EMA recommended 39 new drug approvals last year, in: „Nature Reviews: Drug Discovery", Februar 2016, S. 77.
17 Vgl. Gangnon, a.a.O.
18 Victor Roy und Lawrence King, Betting on Hepatitis C: how financial speculation in drug development influences access to medicines, in: „British Medical Journal", 27.7.2016.

der Regel zwischen Firmen und Kostenträgern, wie hierzulande den Krankenkassen, verdeckt verhandelt und schwächen so zusätzlich die Position der Kostenträger.

Patienten und Bürger, Steuerzahler, Arbeitnehmer und Arbeitgeber – letztere über die Krankenversicherungsbeiträge – zahlen in der Bundesrepublik für Arzneimittel gleich mehrfach: Erstens über die staatliche Förderung der Grundlagenforschung, zweitens über Steuervergünstigungen für die Industrie, drittens über hohe Preise für Arzneimittel mit keinem, geringem oder fraglichem Nutzen, viertens für menschliche und ökonomische Folgen fehlender, aber dringend benötigter Arzneimittel für Krankheiten, die sich in der herrschenden Marktmedizin nicht genügend rechnen und schließlich fünftens für die ökonomischen und teils negativen medizinischen Folgen einer Über- bzw. Fehlmedikation. Diese hat ihre Ursachen in einer übermäßigen und oft irreführenden Arzneimittelwerbung, einer weitgehend industriegesponserten ärztlichen Fortbildung sowie einer vorrangig auf Medikamente und Medizintechnik fokussierten, zunehmend kommerzialisierten und primär kurativ ausgerichteten Medizin, die Erkrankungen noch immer zumeist isoliert und nicht ganzheitlich betrachtet und die Prävention vernachlässigt.

Die steigenden Arzneimittelkosten gefährden somit auch die solidarisch finanzierten Gesundheitssysteme und schränken inzwischen auch in reichen Ländern den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten ein. Selbst in vielen EU Ländern werden inzwischen die Kosten für wichtige Präparate nicht mehr bei allen Patienten übernommen, die diese bräuchten, oder sie sind mit einer hohen Eigenbeteiligung verbunden, die den Zugang für viele einschränkt. Dieses Szenario herrscht zwar noch nicht in Deutschland, es droht jedoch, wenn es nicht gelingt, diese Entwicklung einzudämmen. Schon jetzt bewirken die hohen Arzneimittelausgaben indirekt die Verknappung wichtiger anderer Leistungen im Gesundheitswesen wie Personalkürzungen im Krankenhaus, Unterbezahlung von Pflegearbeit und geringe Zuwendung in der Pflege, geringe Vergütung der sogenannten sprechenden Medizin und kurze Kontaktzeiten in den Arztpraxen.

Anstatt geistige Eigentumsrechte und Marktexklusivität zu schützen, muss sich die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente stärker am Patientennutzen, an Erfordernissen öffentlicher Gesundheit und am Gemeinwohl orientieren. Das derzeitige System der Erforschung und Bereitstellung von Arzneimitteln beruht auf geistigen Eigentumsrechten und Marktexklusivität und geht mit enormen Profitmargen der großen Konzerne einher. Dies geht zu Lasten des Menschenrechtes auf Gesundheit, das den Zugang zu einer bedarfsgerechten und bezahlbaren Gesundheitsversorgung für alle einschließt – inklusive des Zugangs zu bezahlbaren unentbehrlichen Medikamenten und zu Forschungsergebnissen. Dieses System führt auch volkswirtschaftlich in die Sackgasse, weil es die Gesundheitssysteme finanziell überfordert und Fehlanreize setzt, indem es Firmen belohnt, neue Medikamente mit geringen Zusatznutzen gegenüber bestehenden Vergleichstherapien zu entwickeln.

Es bedarf daher einer grundlegenden Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für die Forschung und Entwicklung sowie der Geschäftsmodelle der Pharmaindustrie – und zwar weltweit.

## Medizin für die Menschen, nicht für den Gewinn

Die Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte „Mein Essen zahl ich selbst" (MEZIS) stellt in ihrem „Manifest für bezahlbare Medikamente und eine bedarfsgerechte Arzneimittelforschung" Lösungen auf vier Ebenen vor: Sie fordert erstens mehr Wettbewerb im stark von Patenten und Monopolen geprägten Arzneimittelmarkt, zweitens eine transparente Preisgestaltung und die Bündelung der Verhandlungsmacht der Kostenträger, drittens die Offenlegung der Kosten für Forschung und Entwicklung sowie der Ergebnisse klinischer Studien, viertens mehr staatliche Finanzierung von Forschung und Entwicklung, um Medikamentenpreise unabhängig vom Marktprofit zu gestalten[19] und fünftens (längerfristig) eine Entkopplung der Arzneimittelpreise von den Forschungskosten.

Diese Ansätze sind nicht neu und sie zu implementieren, ist eine Frage des politischen Willens. Bislang gelang es der Pharmalobby meist, die Politik für ihre Interessen zu vereinnahmen und alle Reformvorschläge zu verhindern, die das für sie und ihre Anteilseigner äußerst lukrative Geschäftsmodell beeinträchtigen könnten. Mittlerweile scheint sich jedoch eine Trendwende abzuzeichnen. Die Probleme lassen sich nicht länger ignorieren, und die Politik beginnt anzuerkennen, dass ein „Weiter so" keine Lösung ist. Doch damit diese Einsicht auch tatsächlich zu Veränderungen führt, braucht es gesellschaftlichen Druck: Die letzte schwarz-rote Bundesregierung zumindest offenbarte mit ihrer reservierten Zustimmung zu den wegweisenden EU Council Conclusions,[20] dass sie sich vor allem als Vertreterin von Industrieinteressen des Wirtschaftsstandorts Deutschland sieht. Die ehemalige niederländische Gesundheitsministerin Edith Schippers, die während der EU-Präsidentschaft ihres Landes im Jahr 2016 die Council Conclusions eingebracht hatte, sprach von einem „kaputten System", das dringend repariert werden müsse. Die anstehenden Koalitionsverhandlungen wären ein guter Zeitpunkt, um das Problem auch hierzulande wirksam anzugehen. Bisher sieht es jedoch ganz danach aus, dass es bei einem „Weiter so" bleibt. Das aber ist – nach weitgehend übereinstimmender Expertenmeinung – keine Lösung.

19 Vgl. ausführlicher dazu MEZIS-Hintergrundpapier Arzneimittelpreise, www.mezis.de.
20 Vgl. European Council, a.a.O.

Anzeigen

# rC18

**Strategien für den digitalen Wandel**

**12.-13. März 2018 | Berlin**
**Die Konferenz für Zivilgesellschaft im Netz**
**Tickets unter reCampaign.de**

## Eingesperrt und ausgeschlossen!

**Gefangene brauchen Ihre Hilfe, um die »Blätter für deutsche und internationale Politik« lesen zu können.**

Bitte spenden Sie die »Blätter für deutsche und internationale Politik« für Menschen in Haft zum Preis von: 84,60 € jährlich oder überweisen Sie einen Betrag Ihrer Wahl an: Freiabonnements für Gefangene e.V., Bank für Sozialwirtschaft IBAN: DE02 1002 0500 0003 0854 00, Kennwort: Blätter, www.freiabos.de

**Freiabonnements für Gefangene e.V.**

Foto: Beate Pundt