

Equitable licensing

oder: Besser gemeinsam Erfolgreiches tun

„It is only in the backward countries of the world that increase production is still an important objective; in the most advanced, what is needed from an economic perspective is a better distribution ...“, stellte 1848 der Ökonom John Stuart Mill eine weit verbreitete Meinung richtig.¹ Peter Tinnemanns und Shahla Yektas Beitrag wandelt auf seinen Spuren.

Im Grunde genommen haben Menschen in der ganzen Welt die gleichen Hoffnungen, Wünsche und Bedürfnisse, gesund zu sein. Auch haben alle Menschen ein Recht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung. Dies wird bereits in Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen verbrieft.² Aber in unserer Welt bestimmen beispielsweise 15,8% aller Menschen 80,5% der weltweiten Produktion.³ Das verursacht Ungleichheit und Ungerechtigkeit und heißt für die Mehrheit eine Einschränkung ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten und damit verbundene Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Einem Drittel der bereits heute in lebensbedrohlicher Armut lebenden Weltbevölkerung werden Sicherheit, wirtschaftliche Möglichkeiten und Gesundheit versagt. Weiterhin lebt die Hälfte aller Menschen in absoluter Armut, mit mangelhaftem Zugang zu Gesundheitsversorgung und medikamentöser Behandlung. Das führt dazu, dass Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen disproportional durch Krankheiten beeinträchtigt sind, was heute das zentrale globale Gesundheitsproblem darstellt.⁴

Denn Krankheit hat nicht nur negative Auswirkung auf die Entwicklung von Kindern und ihre zukünftigen Fähigkeiten, den eigenen Lebensunterhalt zu bestreiten, sie begünstigt auch Armut.⁵ Eine Infektion mit Hakenwürmern bei Kindern vermindert beispielsweise zukünftige Lohneinnahmen statistisch um 40 Prozent.⁶ Außerdem heißt Krankheit verloren gegangene Arbeitstage oder sogar Verlust der Arbeit und damit Verlust des notwendigen Einkommens für das eigene Überleben. In einer Bevölkerung mit hohem Krankheitsstand und

daraus resultierender niedriger Produktivität kann dieser Zustand die Wirtschaft eines Landes ernsthaft beeinflussen. Andererseits wird geschätzt, dass in Kenia Entwurmen das pro-Kopf-Einkommen um 30 Prozent steigern oder in Indien die Kontrolle der lymphatischen Filariasis das jährliche Bruttosozialprodukt um 1,5 Milliarden US-Dollar erhöhen könnte.

Gute Gesundheit ist unmittelbar mit der wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes verbunden. Eine wesentliche Voraussetzung dafür, den Teufelskreis von Krankheit und Armut zu durchbrechen, ist Zugang zu medizinischer Behandlung und Medikamenten. Das trifft ebenso zu auf einzelne Menschen wie auf ganze Bevölkerungen.

Public Health, die Wissenschaft und Praxis der Gesundheit von Bevölkerungen, widmet sich diesen Zusammenhängen von (globaler) Gesundheit, Gerechtigkeit und Fairness. Das Streben nach ausgewogener sozialer Gerechtigkeit und Fairness ist ein zentrales Anliegen von Public Health. Im Englischen wird dieses gesellschaftliche Prinzip der distributiven Gerechtigkeit mit den Begriffen „Equity“ und „equitable“ beschrieben.⁷ Für die Public-Health-Praxis ergibt sich aus dem Equity-Prinzip („das Verhältnis zwischen dem, was geleistet, gegeben oder eingebracht wird und dem, was erhalten wird, ist ausgewogen oder gleich“) der Anspruch, „gesellschaftliche Interessen sicherzustellen, die die Bedingungen schaffen, in denen Menschen gesund sein können“, der auch gegenüber einer globalen Gesellschaft besteht.⁸ Bislang war es Aufgabe des Staates, diese Bedingungen sicherzustellen. In der globalisierten Gesellschaft erodiert indes die staatliche Souveränität innerhalb nationaler Grenzen kontinuierlich.



Dies geschieht durch eine zunehmende Komplexität gegenseitiger Abhängigkeiten zwischen Staaten und durch eine globale Wirtschaft, die durch transnationale Unternehmen geprägt ist. Globalisierung heißt daher auch, dass Erfolge und Misserfolge eines Landes weit reichende Effekte auf die Sicherheit und Wirtschaft, und somit Gesundheit, anderer Länder haben können.⁹

Um im Sinne des Equity-Prinzips global Gesundheit, Gerechtigkeit und Fairness zu verbessern, stehen Public Health und die anderen Wissenschaften des Gesundheitsbereichs in der Pflicht, mit globalen Partnerschaften und durch die Kombination von Erfahrungen und neuem Wissen Innovationen zur Verbesserung der derzeitigen Verhältnisse zu schaffen.

Im Folgenden werden wir weiter aus einer globalen Perspektive argumentieren und näher auf den mangelhaften Zugang zu medikamentöser Behandlung als Schlüsselproblem der „globalen Gesundheitsgerechtigkeit“ eingehen. Als einen Beitrag von Wissenschaftler/innen, den Zugang zu essentieller medikamentöser Gesundheitsversorgung zu verbessern, werden wir das Konzept „equitable licensing“ vorstellen.

Medikamenten-Zugang

Die Weltgesundheitsorganisation hat bereits 1946 in ihrer Satzung klargestellt: Die beste Gesundheit für alle soll möglich sein ohne Unterscheidung nach Rasse, Religion, politischer Überzeugung, wirtschaftlichen oder sozialen Bedingungen.¹⁰ Wenn wir jedoch die Welt unter den Aspekten Fairness und Gerechtigkeit betrachten, scheint Profit-Erwirtschaftung von privaten Unternehmen Vorrang gegenüber dem Wohlergehen von Menschen zu haben. Unser Konzept einer globalen equity basiert hingegen darauf, dass die Menschen, die beispielsweise für Gesundheit und Forschung mehr bezahlen können, einen entsprechend größeren Anteil ihres Reichtums dazu beitragen als die mit geringem oder keinem Einkommen. Das soll sicherstellen, dass Kranke, die lebensnotwendige Medikamente benötigen, diese auch erhalten.

Heute werden viele Ergebnisse öffentlich finanzierter Forschung – nahezu 50 % des globalen Forschungs- und Ent-

wicklungsbudgets für Gesundheit sind öffentliche Gelder – durch private pharmazeutische Unternehmen zu Medikamenten weiterentwickelt.¹¹ Die Unternehmen besitzen dann meistens durch Patente sowie Exklusivlizenzverträge mit Universitäten Monopolrechte an Medikamenten und können Verkaufspreise so festlegen, dass sie maximale Profite erwirtschaften können [s. Beitrag von Christian Wagner in diesem Heft].

Das Hauptziel von „equitable licensing“ ist, Zugang zu neuen medizinischen Innovationen für Patienten sicherzustellen, die sonst keinen Zugang hätten [s. Beitrag von Christine Godt in diesem Heft]. Es trägt dazu bei, eine ausgewogene Balance zwischen Konkurrenz und Zusammenarbeit herzustellen und ermöglicht gleichzeitig, dass vorhandene Diagnostik, Impfstoffe und Medikamente dort zur Verfügung gestellt werden, wo sie am meisten benötigt werden. Das Modell bietet Vorteile für alle beteiligten Interessengruppen: nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für öffentlichen Forschungseinrichtungen, ihre Patentverwertungsagenturen und Unternehmen der Pharmaindustrie und Biotechnologie.

Equitable licensing basiert auf dem vorhandenen System, ohne Patentschutz in Frage zu stellen. Es unterstützt die Lizenzierungen medizinischer Innovationen von öffentlich finanzierten Einrichtungen zu privaten Unternehmen, während es Institutionen aus dem öffentlichen Bereich, z.B. Forschungseinrichtungen, ermöglicht, die Verwendung von Innovation zu beeinflussen. Einfluss über die Verwendung moderner Innovation im öffentlichen Besitz zu behalten, ermöglicht eine ausgeglichene Zusammenarbeit zwischen privatem und öffentlich finanziertem Sektor. Eine ausgewogenere Verteilung ermöglicht, dass private Unternehmen dort Gewinne machen können, wo es der Markt erlaubt, beispielsweise in Ländern mit hohem Einkommen, während gleichzeitig der Einfluss des öffentlichen Sektors die Entwicklung preiswerter Behandlung für Patientinnen und Patienten in Ländern mit niedrigen- und mittleren Einkommen sicherstellt. Dieser Mechanismus des Gewinnausgleichs erlaubt einen globalen Fluss von medizinischem Wissen, Innovation und medikamentöser Behandlung von wohlhabenden Gesunden zu armen Kranken.¹²

Die Situation heute: Vernachlässigte Patienten

Viele der 2,7 Milliarden Menschen in extremer Armut sind vergessen im Zusammenspiel globaler Politik, Wirtschaft und Gesundheitssysteme: Sie sind von Gesundheitsdiensten ausgeschlossen und unerreichbar von Dienstleistungen der Nationalregierungen. Die Vernachlässigung dieser Menschen zeigt sich in vielen Facetten; besonders fehlender Zugang ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem wichtigen Thema geworden. Der Zugang zu modernen Impfstoffen, Diagnostik und Medikamenten für akut ansteckende und chronisch nicht übertragbare Erkrankungen ist durch verschiedene Faktoren eingeschränkt. Der Verkaufspreis medizinischer Innovationen spielt eine Schlüsselrolle, denn für neue Medikamente ist er oftmals so hoch, dass sie für arme Patient/inn/en unerschwinglich und daher unerreichbar sind. Dies gilt besonders für Menschen, die Medikamente selbst bezahlen müssen: Ihr Haushalt wird bei Krankheit durch Einkommensverlust, Ausgaben für Medikamente oder beides zusätzlich belastet.

Vernachlässigte Krankheiten

Die in unserer modernen Welt vergessenen und „vernachlässigten Krankheiten“ sind keine homogene Gruppe, und verschiedene Autorinnen und Autoren haben unterschiedliche Definitionen geliefert, die sich oft mit Beschreibungen für Armutskrankheiten überschneiden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bietet die umfassendste Beschreibung für vernachlässigte Krankheiten: Sie sind für andere Menschen nicht auffallend sichtbar, sie verursachen keine explosionsartigen Ausbrüche mit öffentlicher und medialer Aufmerksamkeit, und sie töten kaum Menschen in wohlhabenden Ländern.¹³ Die WHO nennt als vernachlässigte Krankheiten: Befall durch Hakenwürmer, Spulwürmer, Peitschenwürmer sowie Elephantiasis, Flussblindheit, Bilharziose und Trachome. Andere Definitionen schließen Leishmaniosen und Trypanosomiasis oder selbst HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose ein.¹⁴

Alle vernachlässigten Krankheiten haben eines gemeinsam: Sie verursachen großes und häufig dauerhaftes Elend für arme Menschen, die meist in ländlichen

und entlegenen Gebieten, aber auch in städtischen Elendsviertel tropischer Weltregionen leben.

... und chronische nicht übertragbare

In Zeiten globaler Bewegungen von Mensch, Ware und Kultur gebieten Grenzen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten keinen Einhalt. Dieses wird deutlich an Epidemien wie der so genannten „Schweine-Grippe“, aber besonders auch an der globalen Zunahme von beispielsweise Fettleibigkeit (Adipositas), Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese typischen chronischen nicht übertragbaren Krankheiten sind von besonderer Bedeutung. Weltweit erreichen diese Erkrankungen heute epidemische Ausmaße und beeinträchtigen Menschen aller Nationalitäten, Altersklassen und sozialen Schichten. Es wird angenommen, dass der Anteil dieser Krankheiten global mehr als 60 Prozent aller Todesfälle beträgt, wobei 80 Prozent der Todesfälle in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen auftreten.¹⁵ Zusammengekommen ist die Zahl der Todesfällen dieser Krankheiten doppelt so hoch wie die Kombination aller Todesfälle durch ansteckende Krankheiten, einschließlich aller HIV-/AIDS-, Tuberkulose- und Malaria-Fälle.¹⁶

Wir nehmen an, dass in den nächsten Jahrzehnten die Belastung durch chronische, nicht übertragbare Krankheiten in den Entwicklungsländern deutlich zunehmen wird. Voraussichtlich werden in den kommenden zehn Jahren weltweit über 388 Millionen Menschen an diesen Krankheiten sterben, wenn keine Anstrengungen unternommen werden, diesen Entwicklungen entgegenzutreten. Viele Todesfälle werden Menschen vor dem 70. Lebensjahre betreffen, und diese Entwicklung wird damit stark negativen Einfluss auf die Wirtschaftssysteme der betroffenen Länder haben.¹⁷

Augenblicklich existiert global ein unbefriedigendes Missverhältnis bei der Behandlung der chronischen nicht übertragbaren Krankheiten, ähnlich wie bei der HIV-/AIDS-Pandemie zum Ende des letzten Jahrtausends. Nach massiver Forschung und Entwicklung standen ab Mitte der neunziger Jahre Medikamente zur Behandlung HIV-infizierter Patien-

ten in Ländern mit hohem Einkommen zur Verfügung, aber de facto existierten keine Behandlungsmöglichkeiten für HIV-infizierte Menschen in armen Ländern. Heute ist die Situation so, dass für Patienten in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen Medikamente zur Behandlung einer HIV-Infektion erhältlich sind, sie aber kaum Zugang zur Diagnose und Behandlungen von chronischen nicht übertragbaren Krankheiten haben.

Im Gegensatz dazu haben Menschen in Ländern mit hohem Einkommen viele Möglichkeiten zur Diagnose und Behandlung dieser Erkrankungen. Die Bekämpfung dieser Ungleichheit könnte ein Schritt in Richtung einer verbesserten globalen Gesundheitsgerechtigkeit sein.

Vernachlässigte Forschung

Die Forschung und Entwicklung (F&E) für medizinische Behandlungen vernachlässigter Krankheiten ist mangelhaft. Moderne Diagnostik, Impfstoffe und Medikamente für diese Krankheiten existieren nahezu nicht, denn sie stellen keinen lukrativen Markt für private Firmen dar, Forschung voranzutreiben. Bereits im Jahr 2000 prägte das „Global Forum for Health Research“ zur Beschreibung dieser eklatanten Forschungssituation den Ausdruck „10/90-Lücke“: Weltweit werden weniger als 10 Prozent der Forschungsausgaben für 90 Prozent der Gesundheitsprobleme der Welt ausgegeben.¹⁸ Um die Gesundheitsprobleme in betroffenen Ländern zu korrigieren, wurde damals bereits vorgeschlagen, Forschungsprioritäten festzulegen, zusätzliche Mittel auszuweisen und insbesondere Forschung zu vernachlässigten Krankheiten zu fördern. Die 10/90-Lücke besteht auch 2009 in F&E immer noch fort. Allerdings hat mittlerweile die WHO eine globale Strategie zu „Public Health, Innovation und geistigem Eigentum“ verabschiedet. Sie enthält konkrete Handlungsanweisungen, die F&E der Morbidität und Sterblichkeit armer Menschen und Behandlungen ihrer Gesundheitsprobleme zu verbessern.

Bisher stellen vor allem öffentliche und gemeinnützige Geldgeber aus den USA über 90 Prozent der globalen Finanzierung zur Erforschung vernachlässigter Krankheiten zur Verfügung. Weltweit

werden insgesamt 2,5 Milliarden US-Dollar für F&E vernachlässigter Krankheiten ausgegeben, von diesem Gesamtbetrag sind 42,3 Prozent für HIV-/AIDS-, 18 Prozent für Malaria- und 16 Prozent für Tuberkuloseforschung. Für alle weiteren vernachlässigten Krankheiten zusammen bleiben gerade noch etwa 20 Prozent übrig. Und obgleich die Finanzierung für die Erforschung vernachlässigter Krankheiten zunimmt, bleibt weiterhin die Frage bestehen, wie die Patienten behandelt werden, die eine Behandlung nicht bezahlen können.

Verantwortung Privater

Für private pharmazeutische Unternehmen ist das Hauptziel Profitmaximierung durch Verkauf von Medikamenten. Aber globale Kampagnen zum Zugang zu Medikamenten in armen Ländern haben starken Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung dieser Unternehmen gezeigt. In zunehmendem Maße sind sie darum bemüht, ihre Bereitwilligkeit für Verantwortung gegenüber globalen Gesundheitsthemen und dem Wohlergehen von Menschen zu demonstrieren, häufig jenseits ihrer traditionellen so genannten „corporate social responsibility“-Projekte. Equitable licensing ermöglicht Unternehmen, eine aktive Rolle bei der Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungen einzunehmen, indem Verkaufspreise für Medikamente an die Kaufkraft armer Menschen angepasst werden und so die Versorgung mit Medikamenten zu angemessenen Preisen sichergestellt wird.

Es heißt, Engagement nicht nur im corporate social responsibility-Bereich zu zeigen, sondern dazu beizutragen, Menschen gesünder zu machen und die lokale und globale Wirtschaft zu fördern und den Absatzmarkt zu vergrößern.

Öffentliche Institutionen

Öffentlich finanzierte Forschungsanstalten wie Universitäten haben den gesellschaftlichen Auftrag, Wissen für die Allgemeinheit zu schaffen und dieses zu verbreiten. Der Großteil der globalen F&E-Finanzierung stammt aus öffentlichen Mitteln, und diese Gelder könnten genutzt werden, öffentlichen Institutionen zu mehr F&E im Bereich global rele-

vanter Gesundheitsprobleme zu bewegen. Sie könnten vermehrt zur Verfügung gestellt werden, wenn Institutionen besonders an vernachlässigten oder chronischen Erkrankungen forschen und equitable licensing-Modelle nutzen, um neue Innovationen zur Verfügung zu stellen.

In einer globalisierten Welt gilt es, Verantwortung gegenüber der armen und benachteiligten Weltbevölkerung zu übernehmen. Das ist besonders für Wissenschaftler/innen an Universitäten wichtig, da ein großer Teil ihrer Arbeit öffentlich finanziert ist und sie daher der Öffentlichkeit gegenüber verantwortlich sind. Es ist folglich ihre Aufgabe, mit allen Mitteln dazu beizutragen, dass entsprechend medizinische Innovationen den höchsten erreichbaren Nutzen

für alle Menschen erbringen und zu den Menschen gelangen, die sie am meisten benötigen. Forscher/innen sollten Gesundheitsprioritäten aus einer globalen Perspektive sehen und garantieren, dass neue medikamentöse Behandlungen aus Equity-Gründen für alle Menschen zugänglich gemacht werden.

Anmerkungen

- 1) J. S. Mill, Of the stationary state. Principles of political economy. 2 ed. London: Savill and Edwards; 1848.
- 2) General Assembly of the United Nations. Declaration of Human Rights. Article 25. <http://www.un.org/en/documents/udhr/1948> (Abruf 18.6.2009).
- 3) World Bank. World Development Report 2006. New York, Oxford University Press. 2005, 292-293.

- 4) World Health Organisation. The World Health Report 2004. Geneva, WHO publications. 2004.
- 5) C. Hertzman, M. Wiens, Soc Sci Med 1996, 43, 1083-1095.
- 6) World Global Network for Neglected Tropical Diseases. <http://globalnetwork.org/> (Abruf 25.5.2009).
- 7) J. S. Adams. Adv Exp Soc Psychol, 1965, 62, 335-343.
- 8) J. P. Koplan, et al. Lancet 2009, 373, 1993-1995.
- 9) C. Hertzman, M. Wiens, Soc Sci Med 1996, 43, 1083-1095.
- 10) World Health Organisation. World Health Organisation Constitution. <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html> (Abruf 27.5.2009).
- 11) World Health Organisation. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. 2006.
- 12) J. Kutzin, Health Policy 2001, 56, 171-204.
- 13) World Health Organisation. Control of Neglected Tropical Diseases. http://www.who.int/neglected_diseases/en/ (Abruf 25.5.2009).
- 14) M. Moran, et al. PLoS Med 1009, 6, e30.
- 15) A. D. Lopez, et al., Lancet 2006, 367, 1747-1757.
- 16) A. S. Daar, et al., Nature 2007, 450, 494-496.
- 17) World Health Organisation. Preventing Chronic Disease: A Vital Investment. 2005.
- 18) Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research. 2000. Geneva.



Dr. med. Peter Tinnemann ist Mediziner und Master of Public Health mit mehr als zehn Jahren internationaler Tätigkeit. Seit 2007 leitet er den Bereich Internationale Gesundheitswissenschaften am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und setzt sich wissenschaftlich mit den Auswirkungen von Globalisierung auf Gesundheit auseinander. – Shahla Yekta, PhD, ist Chemikerin und Master of Public Health-Studentin der University of British Columbia, Kanada. Sie ist Neglected Disease-Koordinatorin der Initiative Universities Allied for Essential Medicines (<http://www.UAEM.org>) und organisiert das von der Bill & Melinda Gates Foundation geförderte Netzwerk nordamerikanischer Universitäten zu Neglected Disease. Ihre Forschungsschwerpunkte sind pharmaceutical policy und Fragen zum Zugang zu Medikamenten für Patienten in den Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen.