

PHARMA-BRIEF

Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Mitglied von Health Action International

ISSN 1618-4572



H 11838

Bevölkerungspolitik per Skalpell

Massensterilisationen in Indien verstoßen gegen ethische Standards

Den tragischen Tod von 15 jungen Frauen bei einer Massensterilisation im November vergangenen Jahres haben drei indische Organisationen akribisch untersucht.¹ Ihr Bericht über die Hintergründe und die massive Verletzung von ethischen Normen und Qualitätsstandards stellt auch die aktuelle indische Familienplanungspolitik in Frage.

Am 8. und 10. November 2014 fanden im Bezirk Bilaspur im indischen Bundesstaat Chhattisgarh vier sogenannte Sterilisations-Camps statt – Massensterilisationen im Rahmen des staatlichen Gesundheitsprogramms. An den beiden Tagen wurden rund 140 Frauen sterilisiert, 83 davon im abgelegenen Nemichand Jain Hospital in Pendari. In nur gut drei Stunden wurden dort sämtliche Frauen von einem einzigen Arzt operiert. 14 Frauen fanden hier den Tod, eine weitere starb im nächsten Camp, in dem der Arzt zwei Tage später operierte. Dutzende Frauen erkrankten lebensbedrohlich und zeigten Symptome eines toxischen Schocks, starken Blutdruckabfall und Erbrechen. Die Frauen stammten aus armen und unterprivilegierten Familien ohne Landbesitz (Adivasi, Dalit u.a.). Sie waren überwiegend sehr jung (20-30) und hatten bis zu drei Kinder, manche noch im Säuglingsalter.

Nur der Arzt schuldig?

Der durchführende Arzt, Dr. R. K. Gupta, war erst kurz zuvor von der Landesregierung wegen seiner rund 50.000 durchgeführten Sterilisationen geehrt worden. Nach der Tragödie wurde er schnell als alleiniger Schuldiger identifiziert, festgenommen und verurteilt. Lokale Behörden teilten mit,

dass unsauberes Operationsbesteck und verunreinigte Medikamente, Ibuprofen und Ciprofloxacin aus lokaler Produktion, den Tod der Frauen verursacht hätten.^{2,3}

Massensterilisationen sind in Indien keine Seltenheit und werden als Maßnahme zur Geburtenkontrolle massiv propagiert. In mehreren Bundesstaaten finden regelmäßig Sterilisations-Camps statt, meist in Schulen, verlassenem Gebäuden oder behelfsmäßigen Räumlichkeiten und unter oft katastrophalen Bedingungen. Pro Jahr werden 4,5 Millionen indische Frauen sterilisiert. Todesfälle sind in diesem Zusammenhang kein neues Problem. Von 2009 bis 2012 leistete die Regierung in 568 Fällen Kompensationszahlungen an die Hinterbliebenen der Opfer.⁴ Dennoch wird Sterilisation als sichere Verhütungsmethode beworben. Zwar hat der oberste indische Gerichtshof die Regierung schon 2005 angewiesen, Qualitätssicherungs-Komitees einzusetzen, die die Sterilisationen überwachen sollen, doch sie existieren nur auf dem Papier.¹

Arme sollen weniger Kinder kriegen

Der Staat Chhattisgarh, in dem das Unglück geschah, ist einer der ärmsten in Indien. Knapp die Hälfte aller Kin-

Liebe LeserInnen,

wer sich lange mit Entwicklungspolitik beschäftigt, muss sich manchmal wundern, dass längst erledigt geglaubte Strategien wieder auftauchen. Es geht nicht um das Recht auf Familienplanung, sondern darum, die Bevölkerungszahl zu verringern – und das mitunter um jeden Preis (siehe links). Doch auch wenn Frauen Kinder gebären, gibt es Probleme. Immer noch sterben in ärmeren Ländern viel zu viele Frauen bei der Geburt (S. 6). Die hohen Preise von Medikamenten bleiben ein Thema, wir berichten weiter über das Hepatitismittel Sofosbuvir (S. 4). Aber auch Positives gibt es zu vermelden. Die Memento Preise 2015 wurden verliehen. Damit ehren wir das Engagement von Wissenschaft, Medien und Politik gegen vernachlässigte Krankheiten (S. 5).

Ihr

Jörg Schaaber

Inhalt

Hepatitis C.....	4
<i>Sofosbuvir Preise bleiben kritisch</i>	
Memento Preis.....	5
<i>Die PreisträgerInnen 2015</i>	
Müttersterblichkeit	6
<i>Verringerung nötig</i>	
Forschungspolitik	7
<i>Undemokratische Entscheidungen</i>	



der unter drei Jahren ist untergewichtig. Knapp die Hälfte aller Frauen leiden dort unter Blutarmut, die meisten sind unterernährt. Müttersterblichkeit und Kindersterblichkeit liegen deutlich über dem nationalen Durchschnitt und die Versorgung ist schlecht. Hunderte von Stellen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems sind unbesetzt. Viele Mädchen werden verheiratet bevor sie volljährig sind, und auf dem Land gebären die meisten Frauen schon als Teenager. Während es um die Gesundheitsversorgung der Frauen schlecht bestellt ist, gibt die öffentliche Hand hohe Summen aus, um ihre Fruchtbarkeit zu kontrollieren.¹

Bevölkerungskontrolle, so der Bericht, habe in Indien eine unrühmliche Geschichte: Seit den 1950er Jahren zielen staatliche Maßnahmen ausschließlich auf Frauen und zwar auf arme und unterprivilegierte Frauen – etwa positive wie negative Anreize zur Sterilisation oder die Zwei-Kind-Norm, die kinderreiche Familien von Vergünstigungen ausschließt. Indiens

Versprechen auf der Internationalen Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung 1994, reproduktive und sexuelle Rechte von Frauen zu schützen, Männer beim Thema Verhütung stärker in die Verantwortung zu nehmen, Verhütungsmittel zugänglich zu machen und die speziellen Bedürfnisse Jugendlicher in den Blick zu nehmen, sind nicht eingelöst worden. Sterilisationen bei Männern sind seit Jahren rückläufig. Dabei ist die Vasektomie wesentlich risikoärmer als die Sterilisation von Frauen, die unter Vollnarkose mittels Bauchspiegelung oder als Bauchoperation vorgenommen wird.

Sterilisation ist in Indien mit einem Anteil von 75% die häufigste Verhütungsmethode – bei weitem die höchste Rate weltweit. Die Autorinnen des Berichts befürchten, dass die beim Familienplanungsgipfel in London 2012 seitens der indischen Regierung gemachten Versprechen erneut in Zwangsmaßnahmen münden werden – und zwar insbesondere gegenüber unterprivilegierten Frauen.⁵

Staatliche Vorgaben erzeugen Druck

Bevölkerungspolitische Ziele der Regierung schlagen sich z.B. im Budget der Nationalen Gesundheitsmission (NHM) für den Staat Chhattisgarh nieder. Aufgelistet sind hier geplante 150.000 Sterilisationen für 2014-2015 und für die folgenden Jahre 175.000 bzw. 190.000. Diese Ziele bei einem extremen Mangel an Gesundheitsfachkräften zu erfüllen, bedeutet einen enormen Druck. Wöchentlich sollen Sterilisationen in 106 lokalen Gesundheitszentren und täglich in 27 Distrikt-Krankenhäusern durchgeführt werden. Doch von fünf Kliniken sind drei nicht dafür ausgestattet. Es fehlt an Gynäkologen, Anästhesisten oder an Blutkonserven. Eine Einrichtung, in der 384 Frauen sterilisiert wurden, verfügt über keinerlei intensivmedizinisches Gerät.

Die Autorinnen bemängeln insbesondere die Festlegung von Planzahlen, welche die Selbstbestimmungsrechte von Frauen verletzen. Es gebe



keine Anstrengungen, den Frauen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen oder die Verantwortungsbereitschaft von Männern in Sachen Verhütung zu verbessern.

Interviews mit Betroffenen

Das Forschungsteam besuchte die Angehörigen der Opfer, sprach mit lokalen Organisationen sowie RegierungsvertreterInnen und suchte die involvierten Gesundheitseinrichtungen auf. Die Ergebnisse dokumentieren in erschreckender Weise, dass die betroffenen Frauen weder über Alternativen zur Sterilisation aufgeklärt wurden, noch über die Risiken. Wartende Angehörige erhielten nach der Einlieferung ins Krankenhaus keine oder nur spärliche Informationen über den Gesundheitszustand der Frauen. Es existierten keine Arztberichte, bei einigen verstorbenen PatientInnen fehlte sogar die Sterbeurkunde.

Mehrere Frauen erhielten außerdem Geld für den Eingriff, ebenso die sogenannten Mitaniins. Von diesen freiwilligen Gesundheitshelferinnen wurde erwartet, jeweils drei Frauen ins Camp zu bringen. Pro Frau erhielten sie dafür etwa 150 Rs. Ihre Aufgabe ist es u.a., Familien zu motivieren, weniger Kinder zu haben, doch ihnen stehen weder Kondome, noch orale Kontrazeptiva zur Verfügung. Weil die Einrichtungen, in denen die „Sterilisations-Camps“ stattfanden, nicht über Krankenhausbetten verfügten, wurden alle Frauen ein bis zwei Stunden nach der Operation nach Hause geschickt. Das Bezirkskrankenhaus, das später die Komplikationen behandelte, verfügte nicht über ausreichend Beatmungsgeräte. Viele mussten in ein 120 km entferntes privates Krankenhaus verlegt werden.

Hygienisch katastrophal

Das Haus, in dem die meisten Frauen operiert wurden, war in desolatem Zustand: Zerbrochene Fensterscheiben, eine notdürftig hergerichtete Anmeldung, Spinnweben und Staub

in den Räumen und medizinischer Abfall auf dem Gelände. Der Operationsraum selbst blieb den Inspektoren verschlossen. Laut Aussage des Wachmanns habe Dr. Gupta dort 2.500 Operationen durchgeführt. Am Operationstag komme gewöhnlich ein Reinigungsteam.

Grundlegende Ausrüstung war im Sterilisations-Camp also ebenso wenig vorhanden wie die notwendigen hygienischen Voraussetzungen. Die Tatsache, dass dort bereits mehrere solcher Camps stattgefunden hatten, zeige, so die Autorinnen des Berichts, dass das Gesundheitsministerium des Bundesstaates Qualitäts- und Sicherheitsnormen wiederholt missachtet habe. Auch mit Aufnahme-Formalitäten, Laboruntersuchungen, Vor- und Nachsorge nähmen es die Behörden nicht sonderlich genau.

Außerdem hatte die große Zahl an Sterilisationen in extrem kurzer Zeit fatale Auswirkungen auf die Einhaltung hygienischer Standards, etwa die Reinigung medizinischen Geräts. So wurde für alle 83 Patientinnen dasselbe Instrument zur Bauchspiegelung verwendet und damit ein massives Sepsis-Risiko in Kauf genommen. Ebenso wurden postoperative Hygienestandards missachtet: Die frisch Operierten – viele begleitet von kleinen Kindern – wurden auf Liegematten in die schmutzigen Gänge gelegt. Dass man die Patientinnen meist bereits nach ein bis zwei Stunden heim schickte bedeutete für einige das Todesurteil. Viele Frauen lebten weit entfernt vom nächsten Krankenhaus und die Komplikationen wurden dadurch viel zu spät behandelt.

Das Fazit des Berichts: Die Durchführung von Massensterilisationen ohne entsprechendes Personal, Equipment und hygienische Standards verletze massiv die Rechte von Frauen und setze ihr Leben aufs Spiel. Die Behörden von Chhattisgarh haben zwar eine rechtliche Untersuchung des Falls

angeordnet. Allerdings besteht die Untersuchungskommission nur aus einer Person und erst auf Drängen von NGOs wurden Zeugen und unabhängige ExpertInnen vernommen.⁶ Bis heute ist die Untersuchung nicht abgeschlossen. Bleibt zu hoffen, dass sie dazu führt, die Verantwortlichen zur Rechenschaft zu ziehen: von der politischen Entscheidungsebene bis hin zu denjenigen, die für die Organisation der Camps und die Einhaltung von Standards verantwortlich sind. Auch das indische Familienplanungsprogramm, das auf massive Bevölkerungskontrolle statt auf reproduktive Rechte abziele, müsse dringend überarbeitet werden, so die AutorInnen. (CJ)

- 1 Sama Resource Group for Women and Health, Jan Swasthya Abhiyan, National Alliance for Maternal Health and Human Rights (2014) Camp of Wrongs: The Mourning Afterwards. A fact finding report on sterilisation deaths in Bilaspur, 27.11.2014. <http://namhhr.blogspot.de/2015/01/camp-of-wrongs-bilaspur-fact-finding.html> [Zugriff 18.3.15] Jan Swasthya Abhiyan ist die indische Arbeitsgruppe des internationalen People's Health Movement.
- 2 Pleasance C, Tomlinson S (2014) Sub-standard drugs now blamed for deaths of 14 women sterilised by Indian doctor who claims he is being made a scapegoat, Mail Online 13 Nov www.dailymail.co.uk/news/article-2832696/Riots-India-sterilisation-deaths-police-arrest-doctor-botched-surgeries-relatives-say-victims-forced-undergo-procedures.html [Zugriff 3.3.15]
- 3 Seervai S, Parussini G (2014) India Sterilization Deaths. Errors, tainted drugs among possible causes. The Wall Street Journal, 14 Nov www.wsj.com/articles/india-sterilization-deaths-errors-tainted-drugs-among-possible-causes-1415955273 [Zugriff 16.3.15]
- 4 Malm S (2014) Pictured: The doctor who used rusty instruments' at Indian sterilisation camp - as death toll rises to 13. Mail Online, 13 Nov www.dailymail.co.uk/news/article-2832048/Pictured-doctor-used-rusty-instruments-Indian-sterilisation-camp-death-toll-rises-13.html [Zugriff 3.3.15]
- 5 Die indische Regierung bekräftigte beim London Summit 2012, Familienplanung als oberste Priorität anzusehen, speziell in besonders armen Regionen des Landes. "(...) India shall remain in the forefront of this global resurgence on family planning" Gupta A (2012) India's Joint Secretary for the Ministry of Health and Family Welfare, announces her country's commitment to family planning at the London Summit on Family Planning on July 11, 2012. www.youtube.com/watch?v=UedLORkMUZo [Zugriff 18.3.15]
- 6 Antwort-Mail von Sarojini (Sama) am 13.3.2015



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



Sofosbuvir reloaded

Maßnahmen gegen hohe Preise und eine Warnung

Die Auseinandersetzung über die hohen Preise für das neue Hepatitis C-Medikament Sofosbuvir^{1,2,3} gehen weiter. Dabei geht es um den Patentstatus und Zwangslizenzen, aber auch um neue Risiken.

Die wohl spektakulärste Maßnahme: Die britische Sektion von "Doctors of the World" hat beim Europäischen Patentamt Einspruch gegen den Schutz von Sofosbuvir eingelegt. Sie argumentiert, dass die Entdeckung des chemischen Prozesses, der den Wirkstoff effektiv macht, vor allem das Ergebnis öffentlicher Forschung ist.⁴

Korrektur: Sofosbuvir-Preis in Deutschland

Wir hatten im letzten Pharma-Brief (2015, Nr. 2, S. 8) über die Preissenkung für Sofosbuvir berichtet. Dabei haben wir leider Äpfel mit Birnen verglichen. Denn der ursprüngliche in Deutschland gültige Preis von 59.997 € ist der Listenpreis, tatsächlich zahlten die Krankenkassen aber wegen des gesetzlich vorgegebenen Rabatts 56.580 € für die dreimonatige Behandlung. Rückwirkend zum 23.1.2015 werden es nach Berechnungen des arznei-telegramms 50.520 € sein.¹⁰ Das bedeutet einen mageren Rabatt von 11%, statt wie von uns fälschlich berichtet 27%. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Richard Bergström, Generaldirektor des europäischen Pharmaverbandes EFPIA zeigte sich empört. Doctors of the World lägen mit ihrer Argumentation „völlig daneben“.⁵ Vielleicht trifft aber seine Einschätzung eher auf ihn selbst zu. Denn er behauptet, dass der von Gilead verlangte hohe Preis wegen der Forschungskosten notwendig sei und Sofosbuvir ohne Patent niemals entwickelt worden wäre. Dabei übersieht er, dass keineswegs Gilead das Medikament entwickelt hat, sondern das kleine Startup Pharmasset, das sich wiederum schwerpunktmäßig auf Forschungen der University of Cardiff stützte. Völlig hanebüchen ist eine weitere Rechtfertigung des hohen Preises durch Bergström. Schließlich erspare Sofosbuvir noch teurere Behandlungen. Doctors of the World

hält dem entgegen, nach dieser Logik müsste z.B. Teppichreiniger fast so viel kosten wie ein neuer Teppich oder ein Ölwechsel kaum weniger als ein neues Auto.

Zwangslizenz für Rumänien?

Knowledge International (KEI) forderte jetzt als Sofortmaßnahme die rumänische Regierung auf, eine Zwangslizenz auf Sofosbuvir zu erteilen. Hintergrund ist die Bitte mehrerer rumänischer Hepatitis C-Patienten. Bei einem Pro-Kopf-Bruttosozialprodukt von 9.060 US\$ – nur rund ein Viertel des europäischen Durchschnitts – kann das rumänische Gesundheitssystem den Zugang zur Behandlung nicht garantieren. Laut KEI bietet die rumänische Patentgesetzgebung die Möglichkeit von Zwangslizenzen, die sich im Einklang mit den Regeln der Welthandelsorganisation befindet.⁶

Geheime Beschränkungen

Gilead hat an indische Generikahersteller Lizenzen für die Produktion von Sofosbuvir erteilt (wir berichteten²). Jetzt hat Ärzte ohne Grenzen aufgedeckt, dass die Vertragsbedingungen Fallstricke haben. Um die Verwendung der billigen generischen Produkte durch zahlungskräftigere KundInnen zu verhindern, hat sich die US-Firma einiges einfallen lassen. Sie will, dass die Generikahersteller den Namen, eine Bescheinigung über den Wohnsitz und die Staatsbürgerschaft einfordern. Es dürfte ein ziemlich einmaliger Vorgang sein, dass ein Hersteller persönliche Informationen von PatientInnen verlangt.⁷ Der Schutz persönlicher Daten scheint für Gilead ein Fremdwort zu sein. Mindestens ebenso schlimm ist, dass diese Regelung nicht nur „reiche“ PatientInnen

aus dem Ausland trifft, sondern auch MigrantInnen, Menschen ohne Wohnsitz oder Papiere in den Ländern, in denen der Zugang zu billigem Sofosbuvir durch die Lizenzen eigentlich gewährleistet werden soll.

Nicht ganz harmlos

Oft wird betont, wie gut verträglich Sofosbuvir sei. Das trifft aber nur zu, wenn auf die gleichzeitige Gabe von Interferon verzichtet werden kann. Das ist aber längst nicht bei allen Genotypen von Hepatitis C der Fall. Doch auch ohne Interferon ist Sofosbuvir nicht völlig harmlos. Wie bei allen neuen Medikamenten stellen sich Risiken erst nach und nach heraus. Wird Sofosbuvir mit anderen direkt antiviral wirkenden Mitteln kombiniert (also die eigentlich vorteilhaftere Kombination), dann darf das Herzmedikament Amiodaron nicht verwendet werden. Diese Warnung gab die US-Arzneimittelbehörde FDA heraus, nachdem bei neun PatientInnen eine krankhafte Verlangsamung des Herzschlages (Bradykardie) gemeldet wurde. Ein Patient verstarb, drei benötigten einen Herzschrittmacher, die übrigen erholten sich, nachdem die Medikamente abgesetzt wurden.⁸ (JS)

- 1 Pharma-Brief (2014) Gier oder Gesundheit? Nr. 6-7, S. 1
- 2 Pharma-Brief (2014) Für viele billiger und doch maßlos. Nr. 10, S. 1
- 3 Pharma-Brief (2015) Indien II: Kein Patent für Sofosbuvir. Nr. 1, S. 8
- 4 Radler C (2015) Response to "Attacking the Patent System for Pricing Issues Is a Non-Starter" Doctors of the World. 11 March <http://doctorsoftheworld.org.uk/blog/entry/response-to-attacking-the-patent-system-for-pricing-issues-is-a-non-starter>
- 5 Bergström R (2015) Attacking the Patent System for Pricing Issues Is a Non-Starter. EFPIA pharmaviews. 4 March <http://pharmaviews.eu/attacking-the-patent-system-for-pricing-issues-is-a-non-starter>
- 6 KEI Europe (2015) Request for nonexclusive compulsory licences on patents to expand access to medicines for hepatitis C. 10 March <http://keieurope.org/files/KEI-Europe-Romania-CL-HCV-10March2015-Final.pdf>
- 7 Baker BK (2015) Gilead Anti-Diversion Program for Hep C Medicines Throws Patient Rights under the IP Bus. Ip-health 23 March
- 8 FDA (2015) Drug Safety Communication 24 March www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM439492.pdf
- 9 arznei-telegramm (2015) Weiterhin Mondpreis für Hepatitis-C-Mittel Sofosbuvir (Sovaldi). 46; S. 17



Memento Preis 2015

Engagement lohnt sich: Zum zweiten Mal wurde der Memento Preis verliehen. Die Pharma-Kampagne zeichnet gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen diejenigen aus, die sich besonders dafür einsetzen, dass vernachlässigte Krankheiten nicht länger vernachlässigt werden.

Die feierliche Verleihung des Memento Preises fand im Februar 2015 in der historischen Hörsaalruine der Berliner Charité statt. Erstmals wurde der Preis in drei Kategorien vergeben: Ein Forschungspreis, ein politischer Preis, und neu hinzugekommen ein Journalismus-Preis.

Den Preis für Journalismus nahm die Autorin Merle Schmalenbach in Empfang. Sie hatte sich mit dem Artikel „Zauberberg hinter Stacheldraht“ beworben, erschienen am 30.1.2014 in „Die Zeit“.¹ Wie die Jury hervorhebt, gelingt es Merle Schmalenbach, einen originellen Zugang zum Thema Tuberkulose zu finden. Tuberkulose ist eine vernachlässigte Krankheit, zu der die Autorin eine Geschichte aus Deutschland erzählt, die nicht nur komplexe und wichtige Inhalte transportiert, sondern auch jede und jeden betreffen kann. Sie schildert eine Klinik in Bayern, die Tuberkulose-Kranke in Zwangsquarantäne nimmt, die sich gegen eine Therapie sträuben. Die Fachjury hatte den Beitrag unter Vorsitz von Nicola Kuhrt, Wissenschaftsjournalistin bei Spiegel online, ausgewählt.

Der Memento Forschungspreis 2015 ging die Arbeitsgruppe um Prof. Achim Hörauf vom Institut für medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Parasitologie (IMMIP) am Universitäts-Klinikum Bonn. Die Jury würdigte die Entwicklung eines neuen Therapiekonzeptes gegen lymphatische Filariose (Elephantiasis). Weltweit leiden mehr als 150 Millionen Menschen an dieser vernachlässigten Fadenwurmerkrankung, die zu schmerzhaften und extremen Schwellungen der Gliedmaßen führt. Hörauf und seine MitarbeiterInnen haben neue diagnostische Verfahren und neue Be-

handlungsmethoden entwickelt. Dabei nutzen sie die Tatsache, dass die Fadenwürmer Bakterien in sich tragen. Werden die Bakterien mit dem Antibiotikum Doxycyclin eliminiert, sind die Würmer nicht mehr lebensfähig. Der Vorsitzende der Fachjury, Prof. Kaufmann vom Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie Berlin, hob in seiner



Nicola Kuhrt (rechts) übergibt den Preis an die Journalistin Merle Schmalenbach

Laudatio hervor, dass es den Preisträgern gelungen sei, neuartige Wege zur Behandlung und zur Vorbeugung schwerer Erkrankungen zu entwickeln, die in Zukunft viel Leid ersparen. Einer der Preisträger, Dr. Debrah von der Kwame Nkrumah University aus Ghana, betonte in seiner Dankesrede, dass es sich zwischen Bonn und Ghana um eine Kooperation auf Augenhöhe handle, was die beste Art der Entwicklungshilfe sei.

Der Preis Politischer Wille wurde dem Bundestagsabgeordneten Uwe Kekeritz überreicht. Er ist seit 2009 Abgeordneter der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und er vertritt das Thema vernachlässigte Krankheiten prominent in den parlamentarischen Debatten – im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Ent-

wicklung und als Fraktionssprecher für Entwicklungspolitik. Sein Engagement zeigt sich beispielsweise im Einbringen mehrerer Anträge zur Forschungsförderung, die die öffentliche Verantwortung für Arzneimittelentwicklung betonen. Dabei bezieht sich Kekeritz klar auf internationale Debatten, etwa auf europäischer Ebene oder bei der WHO. Und er geht das Thema vielschichtig an. Forschungspolitik, Gesundheitspolitik, Entwicklungspolitik – seine Anträge im Bundestag spiegeln die Wechselwirkungen und die gegenseitigen Abhängigkeiten dieser Bereiche wieder.

Der Memento Preis wird gemeinsam von vier Organisationen vergeben: Ärzte ohne Grenzen, Brot für die Welt, BUKO Pharma-Kampagne und Deutsche Lepa- und Tuberkulosehilfe DAHW. 5.000 Euro Preisgeld für den Forschungspreis wurden von der durch die DAHW gegründete Hermann-Kober-Stiftung bereitgestellt. 2.500 Euro Preisgeld für den Journalistenpreis kommen von der Ärzte ohne Grenzen-Stiftung. Der politische Preis ist nicht dotiert. (CW)

1 www.zeit.de/2014/06/tuberkulose-klinik-bayern

Impressum

Herausgeber: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789,



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

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

Redaktion: Jörg Schaab (verantwortlich), Claudia Jenkes, Christian Wagner-Ahlf, Hedwig Diekwisch

Design: com,ma, Bielefeld

Druck: AJZ Druck und Verlag GmbH, Bielefeld

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 19,50 €, Institutionen- oder Auslandsabo 37 €.

Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Konto für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01

Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27

Sparkasse Bielefeld, BIC: SPBIDE33XXX

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.



Müttersterblichkeit verringern WHO-Analyse zeigt Handlungsfelder auf

Die Reduzierung der Müttersterblichkeit gehört zu den Millenniumsentwicklungszielen (MDG). Bis 2015 sollte die Sterblichkeit um 75% gesenkt werden. Tatsächlich gibt es deutliche Erfolge: In vielen Ländern hat die Zahl der Todesfälle durch Schwangerschaft und Geburt seit 1990 um fast die Hälfte abgenommen. Dennoch starben 2013 noch 289.000 Frauen, weil sie während der Schwangerschaft und Geburt keine fachliche Begleitung hatten.¹ Eine detaillierte Analyse der Todesursachen zeigt, wo es Handlungsbedarf gibt.

Müttersterblichkeit ist in ärmeren Ländern ein großes Problem. Während in Industrieländern eine von 3.700 Frauen während der Schwangerschaft oder Geburt stirbt, trifft das in Afrika südlich der Sahara eine von 38 Frauen.¹

Insgesamt hat sich der Anteil der fachlich begleiteten Geburten seit 1990 zum Positiven entwickelt. So wurden in Entwicklungsländern im Jahr 1990 nur 44% der Geburten in ländlichen Gebieten und 75% der Geburten in städtischen Gebieten fachlich begleitet. Im Jahr 2013 haben in beiden Gebieten 9% mehr Frauen in Geburtskliniken oder mit Hebammen entbunden. Das wird als ein entscheidender Faktor für die Verringerung der Müttersterblichkeit gesehen.²



© Adam Jones

schen in Entwicklungsländern sind hiervon massiv betroffen.⁴

Regionale Unterschiede

Blutungen – vor allem direkt nach der Geburt – sind weltweit der häufigste Grund, dass Mütter sterben. Rund die Hälfte aller Opfer findet sich in Afrika südlich der Sahara, obwohl in dieser Region nur 13% der Weltbevölkerung leben. Die Analysen deckten aber auch regionale Besonderheiten auf. Während Blutungen in Afrika südlich der Sahara 25% aller Todesfälle während Schwangerschaft und Geburt ausmachten, starben in Nordafrika 37% durch Verbluten. In Lateinamerika und der Karibik ist es vor allem der Bluthochdruck, der für ein Viertel aller Todesfälle ursächlich

ist. Häufig in Entwicklungsländern ist nach wie vor die Blutvergiftung, sie hat mit 13,7% in Südasien den relativ höchsten Anteil. 107.000 Mütter starben dort an Sepsis – in allen Industrieländern zusammen waren es 690 Frauen.³

Blutzucker und Hygiene im Blick

Diese umfassende Analyse bietet Ansatzpunkte, die in politische Strategien umgesetzt werden können. So lassen sich die häufigen Todesfälle durch Blutungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt relativ leicht behandeln, wenn das Gesundheitspersonal regional gezielt geschult wird. Das heißt etwa für Lateinamerika und die Karibik ein besonderes Augenmerk auf die Kontrolle des Blutdrucks zu legen und Frauen schon frühzeitig regelmäßig zu untersuchen. Schulungen in Hygiene sind besonders für die Länder in Südasien wichtig, da hier die meisten Frauen an einer Blutvergiftung sterben. Zunehmend komplexer wird die Versorgung von Frauen mit nicht-übertragbaren Krankheiten wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes, die eine Schwangerschaft und Geburt mit zusätzlichen Risiken belastet. Dafür muss schnell ein Bewusstsein entwickelt und Vernetzungen zwischen verschiedenen Fachrichtungen zügig aufgebaut werden.

Um die Müttersterblichkeit effektiv bekämpfen zu können, zeigen die AutorInnen aber auch Lücken auf, die Verbesserungen in der Versorgung immer noch verhindern. Hierzu gehört auch eine korrekte Datenerfassung und Dokumentation von Todesursachen. Verlässliche Zahlen fehlten vor allem in den Ländern, die die höchsten Todesraten aufwiesen. Durch die



Fortbildung des Gesundheitspersonals und die Einrichtung geeigneter Dokumentationssysteme könnten die Ursachen von Müttersterblichkeit erfasst und gezielte Maßnahmen ergriffen werden.

Eine neue Studie konnte zeigen, dass die Nutzung fachlicher Angebote wie Geburtsbegleitung oder auch die nachgeburtliche Betreuung ent-

scheidend vom sozioökonomischen Status der Frauen abhängt. Auch die schlechte Erreichbarkeit der Einrichtungen sowie (zu) hohe Gebühren spielen eine entscheidende Rolle. Um in Zukunft viele unnötige Todesfälle zu verhindern, muss aber auch die Aufklärung verstärkt werden, denn viele Mütter wissen nicht, wann es für sie selbst oder für ihr Kind sinnvoll ist, fachliche Hilfe zu suchen.⁵ (HD)

- 1 WHO (2014) MDG 5: improve maternal health. Fact Sheet. Update May 2014. www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/
- 2 UN (2013) The Millennium Development Goals Report 2013, Fact Sheet. www.un.org/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs.pdf
- 3 Say L et al (2014) Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health; 2, p e323
- 4 Pharma-Brief Spezial (2013) Die doppelte Bürde – nicht übertragbare Krankheiten als globales Problem. Nr. 2
- 5 Langlois EV et al. (2015) Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ; 93, p 259

Undemokratische Forschungspolitik

Es wird viel Geld in Forschung investiert – im Jahr 2012 alleine in Deutschland 79,5 Milliarden Euro, davon etwa ein Drittel staatliche Förderung.¹ Hier stellt sich die berechtigte Frage, nach welchen Kriterien die staatlichen Gelder verteilt werden. Zu welchen Themen wird geforscht, und vor allem: Wer trifft die Entscheidungen?

Dass die Entscheidungsprozesse in den letzten Jahren undemokratisch verlaufen sind, zu diesem Schluss kommt die Autorin Steffi Ober in ihrem Buch „Partizipation in der Wissenschaft“. Sie analysiert für den Zeitraum 2006 bis 2013 die Hightech-Strategie der Bundesregierung im Hinblick auf den Beratungs- und Entstehungsprozess. Dabei kommt sie zu dem Schluss, dass Wissenschaft vor allem als Dienstleister der Industrie begriffen wird. „Die Hightech-Strategie wird in exklusiven Verhandlungen zwischen Staat und Wirtschaft unter [...] Ausschluss divergierender Interessen mit den Vertretern [...] der globalisierten Chemie- und Pharmaindustrie, den Energieversorgern [...] und der Automobilbranche vorabgestimmt.“ Eine zentrale Rolle hat hier die „Forschungsunion“ gespielt. Dieses von der Bundesregierung einberufende Expertengremium begleitete die Hightech-Strategie und erarbeitete Empfehlungen für die Umsetzung. Eine detaillierte Analyse der Beteiligten zeigt: Wirtschaft und Wirtschaftsverbände haben die Forschungsunion dominiert. Direkt vertreten waren beispielsweise BASF, E.ON und Boehringer Ingelheim. Auch die VertreterInnen der Wissenschaft waren eng mit

Unternehmen verknüpft, die Autorin spricht von „Oligopolen der Politikberatung“.

So gesehen spiegelt der Entstehungsprozess der Hightech-Strategie die Machtverhältnisse wieder, blendet damit aber viele gesellschaftliche Interessen aus. „Die Aufgabe der Politik besteht darin, den Diskurs so zu gestalten, dass vielfältige Akteure ihre Gemeinwohlvorstellungen und ihre Eigeninteressen einbringen können. De facto werden in der Forschungspolitik jedoch Wirtschaft und Wissenschaft privilegiert und schwache Interessen wie soziale und ökologische Belange marginalisiert.“

Wenn Forschungspolitik wirklich demokratisch sein will, muss sich daran etwas ändern. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass neben Wirtschaft und Wissenschaft vor allem die Zivilgesellschaft an den Entscheidungen beteiligt werden muss. Die Vielfalt der gesellschaftlichen Akteure sollte möglichst früh in Diskussionen einbezogen werden.

Obers Denkanstöße lassen sich gut auf Entwicklungs- und Gesundheitspolitik übertragen, denn auch hier



Steffi Ober (2014) Partizipation in der Wissenschaft. Zum Verhältnis von Forschungspolitik und Zivilgesellschaft am Beispiel der Hightech-Strategie. Oekom-Verlag München, 114 Seiten, 24,95 €

spielt Forschung und Förderung der Wissenschaft eine wichtige Rolle. Ein Blick in die Empfehlungen der Forschungsunion 2013 zeigt, dass Gesundheitsforschung im wesentlichen als Wirtschaftsfaktor begriffen wird. So werde die „prädiaktive Diagnostik“ für die „Individualisierung der Medizin“ „wirtschaftlich immer wichtiger“.² Ein Gegengewicht zu einer so reduzierten ökonomischen Sichtweise ist unbedingt notwendig. (CW)

- 1 BMBF (2015) Bildung und Forschung in Zahlen 2014 www.datenportal.bmbf.de/portal/de/index.html
- 2 Forschungsunion Wirtschaft – Wissenschaft (2013) Perspektivenpapier der Forschungsunion: Wohlstand durch Forschung – Vor welchen Aufgaben steht Deutschland? S. 38 www.forschungsunion.de/pdf/forschungsunion_perspektivenpapier_2013.pdf



Krankenhäuser ohne Wasser

Eine Untersuchung der Hygiene in über 60.000 Gesundheitseinrichtungen in 54 Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen macht erschreckende Lücken deutlich.¹ Der direkte Zugang zu Wasser fehlte bei 38% der Gesundheitsposten und Krankenhäuser. Da verwundert es kaum noch, wenn es in 35% der Einrichtungen keine Seife zum Händewaschen gab.² Brauchbare Toiletten fehlten immerhin in „nur“ 19% der Fälle. (JS)

Ketamin bleibt erhältlich

Ketamin ist ein wichtiges Narkosemittel, vor allem in Entwicklungsländern. China forderte in der UN Suchtstoffkommission eine drastische Beschränkung des Zugangs (Kategorie I), weil Ketamin als Partydroge missbraucht wird. Protestnoten aus aller Welt konnten verhindern, dass Ketamin in die Liste der Suchtstoffe aufgenommen wurde. Das Land verzichtete am Ende ganz auf eine Aufnahme der Substanz in die Liste.³ ExpertInnen und NGOs hatten China aufgefordert, stattdessen den Handel mit Ketamin besser zu kontrollieren. Denn das Land gilt als wichtigste Quelle für den illegalen Gebrauch der Substanz. (JS)

Mexiko: Freihandel macht krank

Das 1993 unterzeichnete nordamerikanische Freihandelsabkommen NAFTA hat in Mexiko eine Welle der Fettleibigkeit ausgelöst, meint Ramón Vera Herrera von der NGO GRAIN.⁴ Wie es dazu kam? Drei Viertel aller US-Direktinvestitionen von 1999-2004 in dem mittelamerikanischen Land gingen in die Nahrungsmittelindustrie. Mexiko wurde zu einem der größten Produzenten von verarbeiteten Lebensmitteln und Softdrinks.

Im Jahr 2012 machten die Hersteller 28 Milliarden US\$ Gewinn, das sind 9 Mrd. mehr als in der größten lateinamerikanischen Volkswirtschaft Brasiliens.⁵ Auch am Absatz der Produkte wurde gearbeitet, so plant die Coca-Cola-Tochter Oxxo dieses Jahr in Mexiko ihren 14.000sten Minimarkt zu eröffnen. Die veränderten Ernährungsgewohnheiten zeigen Folgen: 2000 waren 23,5% der MexikanerInnen stark übergewichtig, 2012 schon 32,4%.⁶ Der Anteil der DiabetikerInnen an der erwachsenen Bevölkerung nahm im gleichen Zeitraum von 5,8% auf 9,2% zu.⁷ (JS)

Deutschland: Bewertung von Medizinprodukten

Künstliche Hüftgelenke, Brustimplantate oder Herzschrittmacher gehören zu den sogenannten Hochrisiko-Medizinprodukten. Da sie lange im Körper verbleiben, sollen sie künftig einer Sicherheits- und Wirksamkeitsprüfung unterzogen werden, bevor die Krankenkassen sie erstatten. Das sieht ein aktueller Gesetzesvorschlag der Bundesregierung vor.⁸ Damit macht Deutschland in Sachen Verbraucherschutz einen wichtigen Schritt. Anders als die EU, die verzichtete in ihrem 2012 vorgelegten Gesetzentwurf auf eine Nutzenbewertung dieser Hochrisiko-Medizinprodukte, das Parlament akzeptierte das 2013. Allerdings haben die GesundheitsministerInnen der Mitgliedsstaaten sich immer noch nicht mit dem Entwurf beschäftigt, sie können ihn ändern oder ablehnen.⁹ (HD)

EU: Schlechter Rat

Die EU-Handelskommissarin Cecilia Malmström ist laut Kommissionswebsite dafür verantwortlich, „einen ausgewogenen und angemessenen Transatlantischen Handels- und Investitionsvertrag (TTIP) mit den USA zu erreichen.“ Dafür hat sie mit Jan Erik

Frydman einen zweifelhaften Berater angeheuert, meint das „Corporate Europe Observatory“.¹⁰ Der Mann verfügt über einschlägige Erfahrungen als Marketing-Manager beim US-Giganten Procter & Gamble. Er war der Sprecher des Anwaltsbüros Mannheimer Swartling, das Vattenfall bei der umstrittenen Investorenklage gegen die Bundesrepublik Deutschland wegen der Stilllegung zweier Atomkraftwerke nach der Katastrophe von Fukushima vertreten hat. Frydman hat früher auch eine ganze Weile für die EU-Kommission gearbeitet, wo er für die Beziehungen mit den USA zuständig war. Dabei war auch für die Installation des „Transatlantic Business Dialogue“ zuständig, einem Gremium, das den Kontakt der Privatwirtschaft mit der EU institutionalisiert hat. (JS)

- 1 WHO and UNICEF (2015) Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities. http://who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/
- 2 Hierzu lagen nur Daten aus 40.536 Einrichtungen vor
- 3 Scholten W (2015) Ketamine secured for medical and veterinary use! E-drug 14 March
- 4 www.grain.org
- 5 Vera Herrera R (2015) The global south has free trade to thank for its obesity and diabetes epidemic. The Guardian 6 April
- 6 Barquera S et al. (2013) Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. Salud pública de México; 55, suplemento 2, p S151
- 7 Jiménez-Corona A et al. (2013) Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud pública de México; 55, suplemento 2, p S137
- 8 Deutscher Bundestag (2015) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 18/4095, 25. Feb.
- 9 Pharma-Brief (2013) Verpasste Chance. Nr. 8-9, S. 4
- 10 CEO (2015) Corporate lawyer appointed special adviser to EU trade chief. 31 March www.corporateeurope.org/international-trade/2015/03/corporate-lawyer-appointed-special-adviser-eu-trade-chief

Das Letzte

Am Weltkrebstag kündigte Pfizer eine Spende von 500.000 US\$ an die Union for International Cancer Control an. Einer meiner Kollegen wies darauf hin, dass das den Behandlungskosten von fünf Frauen mit Brustkrebs mit dem neuen Pfizer-Medikament für ein Jahr entspricht.

Manon Ress von Knowledge Ecology International am 4.2.2015. Es geht um das (in der EU noch nicht zugelassene) Medikament Palbociclib, das in den USA 118.200 US\$ pro Jahr kostet.