



**MMS Bulletin # 117**

*Zugang zu Medikamenten für alle*

---

**Podiumsdiskussion „Gesundheit für die Ärmsten:  
Verantwortung von Staat, NGOs, Forschung und  
Pharmaindustrie“**

**Gesundheit für alle: Umstrittene Wege zum  
gemeinsamen Ziel**

Von Martin Leschhorn Strebel und Chantal Wullimann

*Ende April debattierte an der Universität Basel eine illustre Runde über die internationalen Gesundheitspolitik und Wege, wie diese die gesundheitliche Situation der Ärmsten verbessern könnte. Besonders umstritten blieb die Frage, wie der Zugang zu Medikamenten gesichert werden könnte.*



Klaus Leisinger, Marcel Tanner, Ueli Mäder, Gaudenz Silberschmidt und Andreas Wulf (Foto: Nagy Behmann, zVg)

Zusammen mit der Katholischen Universitätsgemeinde (KUG) und dem Soziologischen Institut der Universität Basel führte das Netzwerk Medicus Mundi Schweiz am 29. April eine gut besuchte Podiumsdiskussion in der Aula der Universität Basel durch. Unter der Leitung von Ueli Mäder diskutierten Marcel Tanner (Swiss TPH), Klaus Leisinger (Novartis Stiftung), Gaudenz Silberschmidt (Bundesamt für Gesundheit) und Andreas Wulf (medico international deutschland). Damit sassen Vertreter von Industrie, Wissenschaft, Verwaltung und Zivilgesellschaft am gleichen Tisch, um über die jeweilige Rolle zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle“ zu reflektieren.

**Soziale Dimension von Gesundheit**

Die Podiumsdiskussion begann mit der generellen Frage nach einem Grundrecht auf Gesundheit. Zur WHO-Definition von Gesundheit als „physisches und psychisches Wohlbefinden“ hielten die Teilnehmer fest, dass diese stets ins Verhältnis zum jeweiligen sozialen Kontext gestellt werden muss. Gaudenz Silberschmidt wies daraufhin, dass es in Washington Stadtteile gibt, in welchen die BewohnerInnen die gleiche Lebenserwartung wie in

Indien hätten. Der soziale Status ist mithin für die gesundheitliche Situation ausschlaggebend. Hier doppelte Andreas Wulff nach: „Solidarische Gesellschaften schaffen es, einen besseren Gesundheitszustand für ihre Bevölkerung zu erreichen.“

Freilich: Das Recht auf Gesundheit ist auf der individuellen Ebene nicht einlösbar, schlicht weil Krankheit zum Leben gehört. Deshalb, so Marcel Tanner, unterscheidet man medizinisch zwischen der individuellen Ebene und derjenigen der öffentlichen Gesundheit (Public Health). Das Recht auf Gesundheit kann lediglich als Recht jedes Menschen beschrieben werden, Zugang zu einer medizinischen Versorgung zu haben, welche ihn ein menschenwürdiges Leben führen lässt. Als Rahmenbedingungen also, die es den Menschen erlauben, das Beste aus ihrer lokalen Situation machen zu können. Schlecht funktionierende Gesundheitssysteme sind Teil der Rahmenbedingungen, die verbessert werden müssen.

Kriege und Gewaltherrschaften sind zusätzliche Elemente, die den Menschen in weiten Teilen des Südens und Ostens ein menschenwürdiges Leben erschweren. Doch wie kann das Recht auf Gesundheit durchgesetzt werden? Klaus Leisinger merkte an, dass die Diskussion von Rechten ohne die gleichzeitige Nennung von Pflichten nirgendwohin führe. In die Pflicht nehmen, so meint Leisinger weiter, sollte man alle Akteure: die politische Szene, Gesundheitsschaffende aber insbesondere auch die wirtschaftlich tätigen Unternehmungen, denn nicht nur mache Krankheit arm, sondern Armut mache auch krank.

## **Vernachlässigte Krankheiten, Menschen und Gesundheitssysteme**

Als weiterer Aspekt wurden die vernachlässigten Krankheiten (neglected diseases) angesprochen. Als vernachlässigte Krankheiten gelten heute rund ein Duzend, mehrheitlich von Vektoren (z.B. Insekten, Schnecken...) übertragene, Infektionskrankheiten wie beispielsweise die Schlafkrankheit (trypanosomiasis), elephanitiasis (lymphatic filariasis), Flussblindheit oder Bilharziose, welche jährlich rund 60 Millionen gesunde bzw. produktive Lebensjahre (DALYs: disability adjusted life years) vernichten. Zum Vergleich: Malaria und Tuberkulose bewirken weltweit geschätzte 100 Millionen DALYs jährlich.

Diese Krankheiten fallen oft dort an, wo Menschen unter einfachsten Bedingungen und prekären hygienischen Verhältnissen leben, in denen weder der Zugang zu sauberem Wasser noch zu medizinischer Betreuung gewährleistet ist. In diesem Zusammenhang können „vernachlässigte Krankheiten“ auch mit vernachlässigten Menschen und Gesundheitssystemen gleichgestellt werden. Denn, wie weiter argumentiert wurde, leben wir alle in einer Welt, die sogenannte Erste, Zweite und Dritte Welt seien bloße Konstrukte, welche die Wirklichkeit zu sehr abstrahierten.

## **Immer neue Räder?**

Konkret stellt sich aber das Problem, dass trotz dem ausgewiesenen Bedürfnis nach Forschung und Entwicklung von Medikamenten gegen die vernachlässigten Krankheiten, zu wenig Anreize für die Industrie bestehen, in diesem Bereich zu investieren. Die Investition in die Gesundheit der Ärmsten verspricht zu wenig Umsatz.

Aus diesem Grund hat die WHO einen Aktionsplan zu „öffentlicher Gesundheit, Innovation und Geistigem Eigentum“ verabschiedet. Das Bundesamt für Gesundheit nimmt – so Silberschmidt – dieses Dokument sehr ernst. Es hat einen Bericht in Auftrag gegeben, der die Aktivitäten der verschiedenen Schweizer Akteure in diesem Bereich untersucht.

Tanner kritisiert am WHO Aktionsplan und dem kürzlich erschienen, damit in Verbindung stehenden Bericht zu neuen Finanzierungsmodellen, dass die internationale Gesundheitspolitik immer neue Räder erfinde, anstatt an den bestehenden zu drehen: „In der internationalen Gesundheitspolitik gibt es sehr viele Akteure, die zu wenig miteinander sprechen.“

## **Medizinische Forschung für die Ärmsten: Wie fördern?**

Einig sind sich Andreas Wulf von medico international und Klaus Leisinger von der Novartis Foundation, dass die systeminhärenten Probleme, die zur mangelnden Forschung in diesem Bereich führten, angegangen werden müssen. Doch in der Frage darüber, welches diese Probleme tatsächlich sind, besteht keine Einigkeit.

Für Wulf ist klar: Das Patentsystem reicht offensichtlich nicht aus, um die Forschung und Entwicklung in diesem Bereich voranzutreiben. Hier sind andere und neue Instrumente, wie Forschungspreise oder verbindlichere Finanzierungsmechanismen unentbehrlich. Das provozierte den Einspruch von Leisinger: „So funktioniert Innovation einfach nicht.“ Doch Wulf hält dagegen, dass die IT-Branche mit ihrer Open-Source-Kultur durchaus zeige, dass Innovation auch jenseits des Patentrahmens funktionieren könne.

## **Patentpool: Innovatives Modell oder einfach eine neue Behörde?**

Ein neues Modell, um den Zugang zu Aidsmedikamenten zu erleichtern, schlägt UNITAID vor, eine von 28 Staaten getragene Organisation. Ein Patentpool für AIDS Medikamente lädt auf freiwilliger Basis Pharmafirmen, Universitäten und ForscherInnen ein, ihre Patente auf antiretrovirale Medikamente UNITAID zur Verfügung zu stellen. Generikahersteller bezahlen zur Weiternutzung der bislang geschützten Medikamente eine Lizenzgebühr. Die Patentrechte bleiben bei den PatentinhaberInnen.

Mit der Einrichtung des Patentpools erhofft sich UNITAID, die Innovation zu fördern und die für die Medikamente notwendige Behandlung in den Entwicklungsländern zugänglicher zu machen. Wollten Generikaproduzenten bisher ein antiretrovirales Medikament entwickeln, mussten sie

mit mindestens drei PatentinhaberInnen verhandeln. Mit dem Patentpool wird es nur noch einen Verhandlungspartner geben – UNITAID, welche den Pool führen wird.

Das UNITAID-Projekt, das dieses Jahr umgesetzt werden soll, beruht auf Vorschlägen, die aus der Zivilgesellschaft kommen. Leisinger bekundet indes Mühe mit dem Vorschlag: „Wir wollen und brauchen keine neue Behörde.“

Einig waren sich die Podiumsteilnehmer darin, dass die Zusammenarbeit im internationalen Gesundheitswesen verstärkt und Synergien zwischen den einzelnen Akteuren genutzt werden müssten, anstatt Ressourcen mit der Ermittlung von Sündenböcken und der Aufrechterhaltung von Konkurrenzverhältnissen zu verschwenden.

Die Entwicklungszusammenarbeit von heute brauche eine verbesserte Kooperation und einen effizienten multilateralen Informationsaustausch. Beides könne von einer gesunden, gut funktionierenden Koordinationsstelle bereitgestellt werden, deren Legitimität international breit abgestützt ist. Ob die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dies erbringen könne, blieb bis zum Schluss des Podiums umstritten.

*\*Chantal Wullimann ist Projektkoordinatorin des HCPSC-Programms (Health Check-up Programme for School Children) und Mitglied der Geschäftsleitung beim Calcutta Project, Basel. Kontakt: chantal.wullimann@stud.unibas.ch*

*Martin Leschhorn Strebel ist Redaktor des MMS Bulletins und Geschäftsleitungsmitglied des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz. Kontakt: mleschhorn@medicusmundi.ch*

## **Kontakt**

### **Deutschschweiz**

Medicus Mundi Schweiz  
Murbacherstrasse 34  
CH-4056 Basel  
Tel. +41 61 383 18 10  
info@medicusmundi.ch

### **Suisse romande**

Medicus Mundi Suisse  
Rue de Varembe I  
CH-1202 Genève  
Tél. +41 22 920 08 08  
contact@medicusmundi.ch

### **Bankverbindung**

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel  
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel  
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5  
BIC: BKBBCHBBXXX

