

Stoppt die kranken Medikamentenpreise!



Public Eye



Heilungschancen dürfen keine Geldfrage sein

Dienstagnachmittag, 22. Mai, um kurz nach halb zwei Uhr am Paradeplatz Zürich. Der vorbeieilende Geschäftsmann im geknackt geschnittenen Anzug schaut kurz verdutzt. Hat ihn nun diese junge Frau im grünen Spitalhemd und mit der Infusion am Handgelenk tatsächlich gerade gefragt, ob er 100 000 Franken für eine Krebstherapie übrig habe?

«Es geht um einige wenige Privilegierte»

Gleiche Zeit, 270 Kilometer entfernt, im Konferenzsaal «La Pastorale» des Club Suisse de la presse in Genf. Dr. Francisco Rossi von der kolumbianischen Gesundheitsorganisation Ifarma sagt, er habe lange Zeit gedacht, beim Zugang zu Medikamenten gehe es um das Ungleichgewicht zwischen dem reichen Norden und dem armen Süden. Mittlerweile sehe er das anders: «Es geht um einige wenige Privilegierte, denen es gelingt, sich die Unterstützung der Regierungen zu sichern, um ihre Privilegien gegen das Interesse der übrigen Bürgerinnen und Bürger durchzusetzen.»

«Das Gleichgewicht wieder herstellen»

«Protect Patients, not Patents» lautet der Titel der Medienkonferenz, zu der Public Eye eingeladen hat. Unser Gesundheitsexperte Patrick Durisch erklärt den rund 80 anwesenden Journalistinnen, Journalisten und Interessierten das Ziel der Kampagne, die an diesem Tag vorgestellt wird, folgendermassen: «Wir wollen nicht das Patentsystem abschaffen. Wir wollen das aus der Balance geratene Gleichgewicht zwischen öffentlichem und privatem Interesse wieder herstellen.» Unterstützung erhält er von alt Bundesrätin und Gesundheitsexpertin Ruth Dreifuss. «Der Zugang zu Medikamenten ist nicht mehr ein Problem der ärmeren Länder», sagt sie. «Er ist ein globales Problem.»

«Public Eye fordert Zwangslizenzen»

«Public Eye fordert Zwangslizenzen gegen übertriebene Medikamente» titelt die Nachrichtenagentur SDA, «Schweizer Pharma-Unternehmen sollen Medikamentenpreise senken» schreibt die Süddeutsche Zeitung. Die Westschweizer Tagesschau ringt dem Pharmedebatten Thomas Cueni einige ausweichende Antworten ab, und Gesundheitsminister Alain Berset sagt in einem ersten Statement, es brauche gesetzliche Bemühungen, um den Zugang zu Generika zu verbessern. **Die Kampagne von Public Eye für bezahlbare Medikamente ist lanciert!**

Für bezahlbare Medikamente!

Der Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten ist längst nicht mehr nur in Entwicklungsländern ein Problem. Die explodierenden Preise insbesondere von Krebstherapien stellt auch die Regierung eines reichen Landes wie der Schweiz vor eine Grundsatzentscheidung: Entweder sie packt das Problem endlich an der Wurzel. Oder sie gesteht ein, dass wir uns vom Prinzip eines Gesundheitssystems mit umfassender Grundversorgung verabschieden müssen. Schon heute müssen auch hierzulande Menschen darum kämpfen, dass ihnen teure Behandlungen vergütet werden. Geschieht nichts, werden künftig nur noch jene, die es sich leisten können, die am besten geeignete Therapie erhalten.

Am Ursprung dieser ungesunden Entwicklung stehen Patente auf Medikamente.

Die Folge: Pharmafirmen können dank ihrer Monopolstellung die Medikamentenpreise in die Höhe treiben.

Doch **eine Lösung** existiert: Mittels einer sogenannten Zwangslizenz kann die Vermarktung von Generika trotz bestehenden Patentschutzes ermöglicht werden.

Das Problem: Statt das Instrument anzuwenden, um gegen horrende Medikamentenpreise vorzugehen, setzt der Bundesrat zum Schutz der Interessen der Basler Pharmariesen sogar aktiv Länder unter Druck, die ihrer Bevölkerung per Zwangslizenz Zugang zu Medikamenten verschaffen wollen.

Deshalb fordert Public Eye zusammen mit der Krebsliga Schweiz, dass der Bundesrat die Souveränität anderer Staaten akzeptiert – und dass er selbst zum Mittel der Zwangslizenz greift, um eine Zweiklassenmedizin zu verhindern.

Vielen Dank, wenn Sie sich mit uns einsetzen und unsere Sammelbeschwerde an den Bundesrat unterschreiben:

www.bezahlbaremedis.ch

In diesem Heft:

Die Pharma legt den Preis fest ▶ S. 4
Die zahnlose Schweizer Preisregulierung ▶ S. 6

Unbekannte Investitionen, zweifelhafte Wirkung ▶ S. 9

Die Einflussnahme der Lobby-Profis ▶ S. 12

Krebs – ein hochprofitables Geschäft ▶ S. 16

Fokus Südafrika ▶ S. 16

Fokus Schottland ▶ S. 19

Fokus Indien ▶ S. 20

Fokus Schweiz ▶ S. 20

Ein Heilmittel – die Zwangslizenz ▶ S. 22

Der Bundesrat als Anwalt der Pharma ▶ S. 25

Unsere Forderungen ▶ S. 30

Warum die Krebsliga unsere Kampagne unterstützt ▶ S. 32

Nach unserer Recherche zu klinischen Versuchen: Neues aus Ägypten ▶ S. 34

Dieses Dossier wurde realisiert von
Patrick Durisch, Timo Kollbrunner und Alice Kohli



Die Pharma legt den Preis fest

Im Poker um Medikamentenpreise sitzen die multinationalen Pharmaunternehmen gegenüber Nationalstaaten stets am längeren Hebel. Die Folge: Krebstherapien kosten heute regelmässig über 100 000 Franken pro Person und Jahr.

Fünfhundertsiebenunddreissigtausenddreihundertfünfundsiebzig Franken: So viel hat eine Schweizer Krankenkasse von 2012 bis und mit 2017 für die Therapie einer einzigen Patientin aufgewendet. Die Frau – nennen wir sie Nadja – war an Brustkrebs vom Typ HER2-positiv erkrankt. «HER2» bezeichnet einen Proteinbaustein auf

der Oberfläche von Zellen, der dafür sorgt, dass sich diese unkontrolliert teilen und vermehren. «Positiv» an diesem Befund ist für die betroffenen Frauen gar nichts: Bei jenen zwanzig Prozent der Brustkrebspatientinnen mit HER2-positivem Tumor wächst dieser aggressiver und tritt auch schneller wieder auf. Umso wichtiger ist

es, dass er rasch bekämpft wird. Doch das kostet: In diesem konkreten Fall im Schnitt über 90 000 Franken pro Jahr, während einer Behandlungsdauer von sechs Jahren.

Spritze für eine halbe Million

Behandelt wurde Nadja mit einer Kombination aus zwei Krebsmedikamenten des Pharmariesen Roche: Einerseits mit Trastuzumab, das seit 1999 unter dem Handelsnamen Herceptin vermarktet wird, andererseits Pertuzumab, das unter dem Namen Perjeta im Jahr 2012 zugelassen wurde.

Letztes Jahr wurde in den Vereinigten Staaten eine Krebstherapie von Novartis namens Kymriah zugelassen, die 475 000 US-Dollar kostet – pro Spritze. Wie konnte es so weit kommen?

Durch einen der beiden Arzneistoffe, Herceptin, konnten die Behandlungserfolge bei Brustkrebs zweifelsohne verbessert werden. Ein Erfolg war das Medikament aber vor allem auch für die Kassen von Roche: Seit der Lancierung hat der Blockbuster dem Basler Pharmaunternehmen über 70 Milliarden Franken eingebracht. Das zweite Medikament, Perjeta, ist derart teuer, dass die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis höchst umstritten ist. Rund um die Preisfestsetzung kam es deswegen in der Schweiz wie auch in Grossbritannien zu einem langen Hickhack, wie Sie auf den Seiten 8 und 19 nachlesen können. Derzeit kostet ein 14-Milliliter-Fläschchen Perjeta mit 420 Milligramm Wirkstoff 3304 Franken. Letztes Jahr wurde in den Vereinigten Staaten eine Krebstherapie von Novartis namens Kymriah zugelassen, die 475 000 US-Dollar kostet – pro Spritze.

Wie konnte es so weit kommen, dass die Preise für manche Krebsmedikamente in derart astronomische Höhen gestiegen sind?

Kostenexplosion «Made in USA»

Die Kostenexplosion hat verschiedene Ursachen, doch eine steht im Vordergrund: die Pricing Power der Pharmaindustrie. Also die Macht von Gilead, Pfizer, Roche, Novartis & Co., die Preise ihrer Medikamente praktisch dort festzusetzen, wo sie wollen. Die Konsequenz: Heutzutage liegen die Kosten von neuen Krebsbehandlungen regelmässig bei über 100 000 Franken pro Patientin oder Patient und Jahr – was Anfang des Jahrtausends noch die Ausnahme war. Der Ursprung dieser Dynamik liegt in den USA, wo die staatliche Kontrolle der Preise extrem lasch ist. Da die USA einen erstens riesigen und zweitens kaum regulierten Markt darstellen, versuchen Pharmamultis in der Regel, zuerst dort Zulassungen für ihre neuen Medikamente zu er-

halten – und so einen möglichst hohen Preis zu erzielen. Dieser Preis dient danach als Richtwert für die Preise in anderen Ländern – auch in jenen diesseits des Atlantiks.

Alle Trümpfe bei der Pharma

In Europa, wo die Preiskontrolle national geregelt ist, versucht anschliessend jedes Land, für sich den bestmöglichen Deal herauszuschlagen. Und selbst wenn sich europäische Länder zusammenschliessen, um im Verbund angemessenere Preise¹ auszuhandeln, bleibt es im Rahmen der gegenwärtigen Preissetzungssysteme ein ungleiches Kräftemessen, bei dem die Regierungen nicht gegen die Pricing Power der Pharmaindustrie ankommen.

Erstens, weil auf der Grundlage des hohen, in den USA festgelegten Preises verhandelt wird. Zweitens, weil nach erfolgten Verhandlungen stets ein Referenzpreis – eine Art «Schaufensterpreis» – resultiert, der danach in Preisverhandlungen mit anderen Ländern als Grundlage dient – auch wenn der Preis, den Spitäler tatsächlich für das Medikament zahlen müssen, deutlich tiefer liegt. Drittens, weil die Konzerne notfalls damit drohen können, das Produkt nicht auf den Markt zu bringen, vom Markt zu nehmen oder von der automatischen Kostenvergütung auszunehmen, wenn die Behörden einen zu tiefen Preis fordern. Die Industrie ist zudem äusserst versiert darin,

Eine Ursache für die Kostenexplosion steht im Vordergrund: die Pricing Power der Pharmaindustrie.

die Lobby der Patientinnen und Patienten zu mobilisieren und damit den Druck auf die Behörden zu erhöhen, damit diese für einen raschen Medikamentenzugang – auch zu einem schmerzhaft hohen Preis – sorgen. Werden sich die Parteien nicht einig, schlägt die Industrie schliesslich auch immer wieder den Rechtsweg ein – und das oft erfolgreich.

Auch der Preiskontrollmechanismus der Schweiz, der in der Verantwortung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) liegt, wird immer wieder von verschiedenen Seiten für seine mangelnde Transparenz und Ineffizienz kritisiert. Auf den folgenden Seiten zeigen wir auf, wie dieser Mechanismus funktioniert – beziehungsweise warum er eben nicht funktioniert.

¹ Zu erwähnen sind insbesondere die «BeNeLuxA»-Initiative (Belgien, Niederlande, Luxemburg und Österreich) sowie die «Valetta Declaration» (ursprünglich unterzeichnet von Malta, Zypern, Griechenland, Italien, Spanien und Portugal, anschliessend auch von Irland, Rumänien, Kroatien und Slowenien).

Fokus Schweiz

Warum unsere Preisregulierung versagt

Der Preis von Medikamenten wird hierzulande in einem mangelhaften und intransparenten Verfahren bestimmt, bei dem die Behörden den Pharmaunternehmen kaum etwas entgegenzusetzen haben. Die Folge: Die Preise steigen und steigen.

In der Schweiz ist das Heilmittelinstitut Swissmedic für die Zulassung von Medikamenten verantwortlich. Wird ein neues Medikament zugelassen, kann der Hersteller die Aufnahme in die Spezialitätenliste beantragen – die Liste jener Medikamente, die von den Krankenkassen in der Grundversicherung vergütet werden müssen. Dann tritt die Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK), eine ausserparlamentarische Kommission aus Vertreterinnen und Vertretern von Ärztinnen und Apothekern, Versicherten und Versicherern, Spitälern und auch der Pharmaindustrie, auf den Plan. Die EAK führt nun eine Prüfung nach den sogenannten WZW-Kriterien – Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – durch und gibt dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) anschliessend eine Empfehlung zur Aufnahme oder Nicht-Aufnahme in die Spezialitätenliste ab.

Man kann nicht sagen, dass der Bundesrat nichts versucht hätte. Doch dann trat die mächtige Lobby der Pharmaindustrie entschlossen auf den Plan.

Das BAG trifft den endgültigen Entscheid und legt den durch die Versicherung bezahlten Höchstpreis fest. Zudem kann das BAG Bedingungen oder Einschränkungen für die Vergütung (sogenannte «Limitatio») oder sogar eine Rationierung festlegen, wie es dies bei neuen Hepatitis-C-Medikamenten getan hat.

«Ungenügend», «unklar», «intransparent»

2013 ist dieses Verfahren auf Antrag der beiden Geschäftsprüfungskommissionen von National- und Ständerat von der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle überprüft worden². Deren Erkenntnisse waren wenig schmeichelhaft: Der Nutzen von Medikamenten werde in der Schweiz «ungenügend und nicht nach einheitlichen Kriterien bewertet», was sich auf die Preisfestsetzung auswirke. Für die Preisbestimmung würden auf der einen Seite Listenpreise herangezogen, die «zum Teil deutlich über den tatsächlich bezahlten Preisen»

lägen, was in der Schweiz dann zu «überhöhten Ansätzen» führe. Beim zweiten Instrument, dem Vergleich mit ähnlichen Arzneimitteln in der Schweiz, sei nicht klar definiert, welche Medikamente in den Vergleich einfliessen würden. Insgesamt schwächten die «unklaren Beurteilungskriterien» die Stellung des BAG «gegenüber den oftmals wissenschaftlich und juristisch besser ausgestatteten Arzneimittelherstellern». Kurz: Die Pharma sitzt am längeren Hebel. Das Fazit: «Dass namentlich das Ziel einer wirtschaftlichen Medikamentenversorgung mit den gegenwärtigen Verfahren beschränkt erreicht wird, zeigt sich (...) daran, dass sich die Zahl der kassenpflichtigen Arzneimittel in den vergangenen 15 Jahren verdoppelt hat und die Preise neuer Arzneimittel kontinuierlich gestiegen sind.»

Keine unabhängige Empfehlung

In der EU läuft es anders. Dort führen verschiedene Agenturen für Health Technology Assessment wie das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oder das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine eingehende unabhängige und transparente wissenschaftliche Prüfung hinsichtlich der Kosteneffizienz und Wirksamkeit eines neuen Arzneimittels durch. Dann geben sie eine Empfehlung dazu ab, ob es als kassenpflichtig eingestuft und damit durch die Allgemeinheit getragen werden soll oder nicht. In der Regel werden diese Empfehlungen dann auch befolgt. Ein vergleichbares Prozedere gibt es in der Schweiz nicht. Die EAK ist aufgrund unklarer Zuständigkeit und beschränkter Ressourcen weitgehend machtlos, und so entscheidet das BAG hinter verschlossenen Türen allein über die Preise von Medikamenten.

«Zwei Milliarden zu viel bezahlt»

Man kann nicht sagen, dass der Bundesrat nichts versucht hätte. Mit der Einführung einer Überprüfung der Kassenpflicht alle drei Jahre schickte er sich an, den Preisanstieg namentlich von patentgeschützten Medikamenten zu bremsen. Zwischen 2012 und 2014 konnten damit zwar gewisse Einsparungen erzielt werden, doch dann trat die mächtige Lobby der Pharmaindustrie entschlossen auf den Plan: Sie ging juristisch gegen das neue Verfahren

vor und erhielt im Dezember 2015 vom Bundesgericht Recht. Das BAG musste seine Vorlage überarbeiten und neben dem bereits existierenden Auslandpreisvergleich (der aufgrund der verbreiteten «Schaufensterpreis»-Praxis sowieso schon zu künstlich erhöhten Ansätzen führt) einen therapeutischen Quervergleich einführen – eine von der Pharmaindustrie geforderte Massnahme, die zum Erhalt höchstmöglicher Preise beiträgt.

2017 hätte die Dreijahresüberprüfung der Medikamente in der Spezialitätenliste laut BAG wieder aufgenommen werden sollen, musste jedoch erneut

Aufgrund der «Passivität» des BAG hätten «die Prämienzahler in den letzten drei Jahren zusammengerechnet über zwei Milliarden Franken zu viel für kassenpflichtige Medikamente bezahlt», klagte Helsana.

verschoben werden, auf 2018. Zwischen 2015 und 2017 erfolgte also keine Preisüberprüfung. Die Krankenkassen bezeichnen diese Situation als unzumutbar, allen voran Helsana, die dem BAG öffentlich mit einer Klage drohte: Das BAG sei gegenüber der Pharmaindustrie «zu grosszügig», und aufgrund seiner «Passivität» hätten «die Prämienzahler in den letzten drei Jahren zusammengerechnet über zwei Milliarden Franken zu viel für kassenpflichtige Medikamente bezahlt»³.

Es fehlt jede Transparenz

Es ist offensichtlich: Die existierende staatliche Preiskontrolle ist nicht in der Lage, den stetigen Anstieg der Medikamentenpreise zu bremsen. Die Behörden räumen sogar selbst ein, dass sie nicht wüssten, wie viel Geld die Pharmaindustrie für die Erforschung und Entwicklung ausgibt. Hier fehlt jegliche Transparenz. Doch diese wäre dringend nötig. Denn genau diese Aufwendungen sind es, die die Pharmaunternehmen stets ins Feld führen, um die exorbitanten Preise mancher Medikamente zu rechtfertigen, wie wir ab Seite 9 aufzeigen.

² Evaluation der Zulassung und Überprüfung von Medikamenten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats vom 13. Juni 2013. <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/bx-bericht-medikamente-d.pdf> (zugegriffen am 29.5.2018).

³ Helsana will klagen: Bundesamt für Gesundheit sei mit Pharma zu grosszügig, Aargauer Zeitung, 27.11.2017.

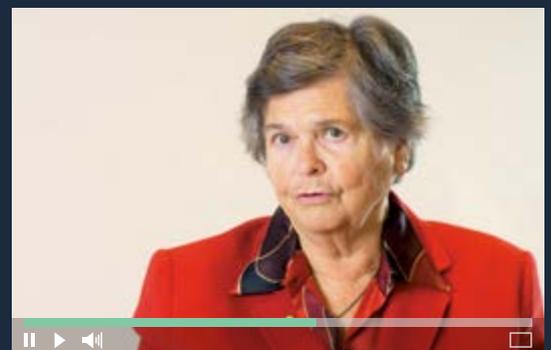
Thomas Cerny, Onkologe



«Die Preisexplosion der Medikamente hat eine nicht mehr rationale Dimension erreicht. Und jetzt sehen wir, dass sich dieses Problem auch in der sehr reichen Schweiz zuspitzt. Wenn wir das nicht lösen, etablieren wir eine Mehrklassenmedizin. Das ist nicht tolerierbar.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch

Ruth Dreifuss, Alt Bundesrätin



«Das gegenwärtige Gesundheitssystem antwortet weder auf die Bedürfnisse jener, die an vernachlässigten Krankheiten leiden – also solchen, die die Pharmabranche nicht interessieren, weil der Ertrag zu niedrig wäre –, noch der «vernachlässigten Kranken», die sich gewisse Medikamente nicht leisten können, weil deren Preise dermassen hoch sind. Lange Zeit wurde dieses Problem als eines der armen Länder wahrgenommen. Heute ist die Kostenexplosion in den Gesundheitssystemen und bei biomedizinischen Produkten so massiv, dass langsam auch reiche Länder an ihre Grenzen kommen.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch

Perjeta – Die Geschichte eines turbulenten Markteintritts

Die Odyssee um die Preisbestimmung des Roche-Medikaments Perjeta zeigt die Kräfteverhältnisse bei der Festsetzung von Medikamentenpreisen exemplarisch auf.

Die Zulassung des Brustkrebs-Medikaments Perjeta von Roche in der Schweiz gestaltete sich chaotisch. 2012 wurde das Medikament genehmigt, 2013 provisorisch in die Spezialitätenliste aufgenommen, womit die Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ermöglicht wurde. Gemäss damaligen Presseberichten lag der Referenzpreis zu diesem Zeitpunkt bei 3782.25 Franken pro Packung (14-ml-Fläschchen mit 420 mg Wirkstoff). Eine «Limitatio» schrieb jedoch vor, dass eine vorgängige Zustimmung des Vertrauensarztes vorliegen muss und dass Roche der jeweiligen Krankenkasse auf deren Aufforderung 1600 Franken pro bezogene Packung rückvergütet. Mit diesem Trick konnte es Roche vermeiden, dass der «Schaufensterpreis» von Perjeta, der für die Preissetzung in anderen Ländern herangezogen wird, empfindlich gesenkt worden wäre. Der Deal wurde von der Ärzteschaft, von Krankenkassen und parlamentarischen Kommissionen heftig kritisiert.

Ausnutzung der Monopolstellung

Anfang 2014 kam es zu einer Wende. Die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Perjeta kam zum Schluss, dass das Medikament zum damaligen Preis nicht als wirtschaftlich betrachtet werden könne. Im August 2014 strich Roche das Arzneimittel dann kurzerhand von der Spezialitätenliste. Laut Medienberichten fiel diese Entscheidung als Reaktion auf die Preissenkungs-

forderungen des BAG, die der Konzern als übertrieben erachtete. Aufgrund dieser Ausnutzung einer Monopolstellung, ja Erpressung, mussten Patientinnen die Rückvergütung ihrer Behandlung mit ihren Krankenkassen einzeln aushandeln. Nach langwierigen Verhandlungen hinter verschlossenen Türen zwischen Roche und dem BAG tauchte Perjeta im Juni 2015 wieder in der Spezialitätenliste auf. Der neue Referenzpreis (3762.75 Franken) lag genau 19 Franken und 50 Rappen unter dem Preis (3782.25 Franken), der 2013 festgesetzt und vom BAG als unwirtschaftlich beurteilt worden war. Und: Die Rückvergütung pro bezogene Packung an die Krankenkassen war gar von 1600 auf 737 Franken gesenkt worden! Es ist nicht allzu schwierig zu beurteilen, wer aus diesem Kräftemessen als Sieger hervorgegangen ist – auch wenn der Preis mittlerweile auf 3304 Franken gesenkt wurde.

«Regelrechte Erpressung»

In Griechenland hat Roche Ende 2017 übrigens eine ähnliche Taktik angewandt: Als Protest gegen eine von den griechischen Behörden auferlegte Preissenkung hat der Konzern beschlossen, das Krebsmedikament Cotellic vom griechischen Rückerstattungskatalog zu streichen. Das Vorgehen wurde vom griechischen Gesundheitsminister heftig kritisiert und als «regelrechte Erpressung» bezeichnet.



KM Gopakumar, Third World Network

«Die Menschen – egal, in welchem Land sie leben – sind die Opfer des rücksichtslosen Gewinnstrebens von Konzernen. Deshalb sollten sich die Menschen in Entwicklungs- wie in entwickelten Ländern zusammenschliessen und diesem unternehmerischen Gewinnstreben etwas entgegensetzen. Wir müssen klarmachen, dass das Recht auf Gesundheit der Menschen höher gewichtet werden muss als Profitinteressen.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch

Unbekannte Investitionen, zweifelhafte Wirkung

Die Pharmafirmen rechtfertigen explodierende Medikamentenpreise mit ihren Investitionen in Forschung und Entwicklung und dem Nutzen der Arzneimittel für die Gesellschaft. Nur: Die Höhe der Investitionen ist unbekannt und der Nutzen allzu oft äusserst umstritten.

R&D: Wenn es um die exorbitanten Preise von Medikamenten geht, kommen früher oder später diese beiden Buchstaben ins Spiel. Sie stehen für Forschung und Entwicklung oder, auf Englisch, Research & Development. Die Pharmafirmen argumentieren stets mit den Unsummen, die sie offenbar für «R&D» ausgeben. Nur: Diese Aufwendungen sind ein Geschäftsgeheimnis. Ohne Erfolg fordern Regierungen, Ärztinnen und Ärzte, Patientenvereinigungen und Organisationen der Zivilgesellschaft die Pharmaunternehmen seit Jahren dazu auf, ihre Forschungs- und Entwicklungsausgaben öffentlich zu machen – damit ein fairer Preis für ein Medikament einfacher bestimmt werden könne. Die R&D-Kosten bleiben das bestgehütete Geheimnis dieser hochprofitablen Industrie – was zu höchst spekulativen Schätzungen führt.

Eine der lukrativsten Branchen überhaupt

Die Industrie zieht immer wieder den Betrag von 2,56 Milliarden US-Dollar heran. So viel kostet es laut der Schätzung in einer Studie des Tufts Center for the Study of Drug Development in Boston im Durchschnitt, ein neues Medikament zu entwickeln. Doch diese Zahl ist höchst umstritten. So geht etwa die Non-Profit-Organisation Drug for Neglected Diseases initiative (DNDi) von 150 bis 200 Millionen Franken – also mehr als zehnmal weniger (!) – aus⁴. Und zwar unter Berücksichtigung der Aufwendungen für Forschungen, die schliesslich nicht zu

einem kommerzialisierbaren Medikament führen. Eine im November 2017 in der hoch angesehenen medizinischen Fachzeitschrift JAMA veröffentlichte Studie aus den USA schätzt die durchschnittlichen Kosten für die Entwicklung eines neuen Antikrebs-Moleküls auf ungefähr 650 Millionen Franken. Zudem weist sie darauf hin, dass die Investitionen in R&D nicht nur schnell wieder hereingeholt werden, sondern dass oft bereits innerhalb weniger Jahre das Zehnfache der Investitionen eingespielt wird – ein Return on Investment, der in keinem anderen Wirtschaftssektor zu finden ist⁵. Mit einem Nettogewinn, der häufig bei über 20 Prozent des Umsatzes liegt, ist die Pharmaindustrie weltweit eine der lukrativsten Branchen überhaupt. Unter den legalen Wirtschaftszweigen erzielen nur die Tabakindustrie und der Bankensektor teilweise noch höhere Margen.

Was immer der Markt hergibt

Zahlreiche Studien und UNO-Berichte zeigen deutlich auf: Die Pharmakonzerne bieten ihre Medikamente zu dem Preis an, den der Markt ihres Erachtens zu zahlen bereit ist. Dabei verweist die Industrie gerne – und nicht ohne einen gewissen Zynismus – auf die «erheblichen Einsparungen» bei den globalen Gesundheitskosten, die ihre Medikamente angeblich erzielen. So wurden etwa für die Berechnung des Preises für Sovaldi – ein Medikament gegen die chronische Viruserkrankung Hepatitis C, die zu Leberzirrhosen oder



Thiru Balasubramaniam, Knowledge Ecology International

«Wir haben Bedenken, dass die Schweiz versuchen könnte, strengere Regeln durchzusetzen, die die Flexibilität eines Landes wie Indien einschränken würden. Wir appellieren an die Schweiz, nicht nur die Bedürfnisse ihrer Unternehmen, sondern auch jene ihrer Bürgerinnen und Bürger zu berücksichtigen. Wenn die Schweiz stärker im Sinne der öffentlichen Gesundheit agieren würde, würden auch in der Schweiz lebende Personen vom Zugang zu billigeren Krebsmedikamenten profitieren.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch



-krebs führen kann – die Kosten einer Lebertransplantation herbeigezogen. Die Folge: Eine dreimonatige Sovaldi-Behandlung kostete bei der Markteinführung 84 000 Dollar, eine einzige Tablette deren 1000. Auch Novartis stützte sich bei der Preissetzung ihrer fast eine halbe Million US-Dollar teuren Leukämiebehandlung Kymriah auf die Kosten einer Knochenmarktransplantation.

Wie viel ist ein Airbag wert?

Was wäre, wenn andere Branchen so vorgingen? Wenn also zum Beispiel der Preis von Trinkwasser anhand des Wertes berechnet würde, den es hat, nicht zu verdursten? Oder wenn der Preis eines Apfels oder einer Kartoffel aufgrund von deren Beitrag an eine gesunde Lebensführung festgesetzt würde? Diese Art der Preisbildung, das sogenannte «value-based pricing», wird von den internationalen und gerade den Schweizer Pharmakonzernen vielfältig eingesetzt und verteidigt. Marie-Paule Kieny, ehemaliges Geschäftsleitungsmitglied der Weltgesundheitsorganisation WHO, hat diese Logik als «extrem gefährlich» bezeichnet. Denn würde man sie auf

andere Güter anwenden, erklärte sie, könnte man etwa auch sagen: «Wenn ein Airbag mein Leben retten kann, warum sollte er nicht so viel kosten, wie ich für mein Leben zu zahlen bereit bin? Und das wäre ziemlich viel.»

All zu oft nichts Neues

Hinzu kommt, dass man von einem Airbag, der zum Verkauf zugelassen ist, erwarten kann, dass er bei einem Zusammenstoß auch wirklich aufgeht. Die neuen, teuren Therapien dagegen, die die Behandlung von Krebs verbessern sollen, sind längst nicht immer so wirkungsvoll, wie uns die Pharmakonzerne glauben machen wollen. Eine aktuelle Studie etwa zeigt, dass von den 48 Krebsmedikamenten, die von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zwischen 2009 und 2013 zugelassen wurden, 57 Prozent keinerlei Vorteile brachten und andere lediglich solche, die «klinisch unbedeutend» sind.⁶ Und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD kam in einer Studie von 2015⁷ zum Schluss, dass von zwölf neuen Krebsmedikamenten, die 2012 in den USA zugelassen wurden, lediglich eines



das Leben um durchschnittlich mehr als zwei Monate verlängerte. Umso unverständlicher ist es, dass die Preise insbesondere von Krebstherapien in derartige Höhen gestiegen sind, dass mittlerweile auch die Gesundheitssysteme reicher Länder an ihre Grenzen stossen. Mehrere europäische Staaten, etwa die Niederlande, äussern ihre

Wenn ein Airbag soviel kosten würde, wie wir bereit sind, für unser Leben zu bezahlen, wäre das ziemlich viel. Und dann würden wir zumindest erwarten, dass er bei einem Zusammenstoss dann auch aufgeht. Die Wirkung der neuen, teuren Therapien dagegen ist längst nicht immer so eindeutig.

Besorgnis inzwischen offen und suchen nach Möglichkeiten, gegen diese «absurden» Preise vorzugehen. Wie schafft es die Pharmaindustrie, dass an diesen Rahmenbedingungen, dank denen sie riesige Profite einfährt,

während Millionen Kranken eine Behandlung vorenthalten wird, nicht gerüttelt wird? Eine Antwort auf diese Frage ist: durch Einflussnahme. Die Pharmaindustrie hat jahrzehntelang Erfahrung im Lobbying- und schreckt auch vor aggressiven Methoden nicht zurück, wie Sie auf den folgenden Seiten lesen können.

⁴ Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi): «An innovative approach to R&D for Neglected Patients. Ten Years of experience and lessons learned by DNDi», Seiten 18 und 20, 2014.

⁵ Prasad V, Mailankody S. Research and Development Spending to Bring a Single Cancer Drug to Market and Revenues After Approval. *JAMA Intern Med.* 2017; 177(11): 1569–1575.

⁶ Davis C, Naci H et al., «Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009–13», 2017.

⁷ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), «Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE», S. 46, 2015.

Die weitreichende Macht der Pharmalobby

Ein Grund, warum sich die exorbitanten Medikamentenpreise halten können, ist das hochprofessionelle Lobbying der Pharmaunternehmen. Die Branche hat fast ein Jahrhundert Erfahrung in der politischen Einflussnahme – und schreckt auch vor illegalen Techniken nicht zurück.

«Die Pharmalobby ist die stärkste Lobby, die wir in der Schweiz haben», sagt der Onkologe Franco Cavalli. Er muss es wissen: Der Tessiner Sozialdemokrat war während zwölf Jahren Nationalrat und als solcher der Arbeit der Lobbyisten und Lobbyistinnen in der Wandelhalle fast täglich ausgesetzt. Seine eigenen Bestrebungen, Preissenkungen bei Medikamenten zu ermöglichen, seien kläglich gescheitert: «Der Einfluss der Pharmalobby war einfach überwältigend.»

Die Aufgabe der Lobbyistinnen und Lobbyisten ist die Beeinflussung von politischen Debatten. Besonders in einem Milizsystem wie in der Schweiz finden Branchenvertreter und -vertreterinnen einfach Zugang zu Politikerinnen und Politikern. Um sich in komplexen Dossiers zurechtzufinden – etwa im Bereich der Gesundheitsversorgung – sind diese nämlich auf rasch und verständlich aufbereitete Informationen angewiesen. Die Branchenverbände stehen mit ihren Broschüren, Websites und Infoveranstaltungen bereit – freilich sind diese stets an ihre eigenen Bedürfnisse angepasst.

So finden sich auf der Website von Interpharma, dem wichtigsten Lobbyverband der Schweizer Pharmaunternehmen, allerlei «Fakten und Statistiken». Dort wird etwa die Kostenexplosion bei den Medikamenten mit noch höheren Preisen in anderen Ländern relativiert. Oder es wird das Exportvolumen der Pharmaindustrie mit anderen Ländern verglichen, um die Relevanz der Branche zu betonen – wobei nicht erwähnt wird, dass die Schweiz aufgrund ihrer geringen Grösse ohnehin immer schneller Exportüberschüsse generiert als etwa Deutschland.

Forsches Lobbying für astronomische Margen

Interpharma wurde bereits 1933 von den Basler Chemieunternehmen Ciba, Sandoz, Hoffmann-La Roche und Dr. A. Wander gegründet. Damals waren die Unternehmen noch hauptsächlich in der Produktion von Farbstoffen und Kunstharzen beschäftigt. Mit dem Synthetisieren von pharmazeutischen Wirkstoffen hatten sie eben erst begonnen – doch sie ahnten bereits, auf welchem Schatz sie damit sassen. Denn für Medikamente sind Menschen in Notsituationen bereit, fast jeden Preis zu bezahlen. Das Geschäft versprach

also astronomische Margen – solange die Politik sich nicht in den Weg stellte.

Wenn ein Bundesrat einen Auslandsbesuch vorbereitete, bekam er von Interpharma-Vertretern schon mal einen Sprechzettel in die Hand gedrückt, um für den internationalen Absatz der Basler Medikamente die richtigen Bedingungen zu schaffen. Auch innenpolitisch trat der Verband von Anfang an forsch auf. Als sich etwa die Öffentliche Krankenkasse (ÖKK) während des Zweiten Weltkriegs für die Abgabe von Generika stark machte, intervenierte Interpharma beim Sanitätsdepartement Basel: Die ÖKK nehme eine «feindselige Stellung» gegenüber einer Industrie ein, monierte Interpharma, «die für das wirtschaftliche Leben der Stadt von so grosser Bedeutung ist», schreibt der Publizist Karl Lüönd in seinem Werk «Rohstoff Wissen», das er im Auftrag von Interpharma zu deren 75-jährigem Bestehen verfasst hat.

Als in den Fünfzigerjahren eine Neuregelung des Patentschutzes für Medikamente diskutiert wurde, kam es zu Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der Pharmaindustrie. Letztere griff beherzt in die Portokasse, um den Streit für sich zu entscheiden. Der «Beobachter» berichtete am 15. Oktober 1956: «Der Handel endete damit, dass die chemische Industrie den Krankenkassen einen Betrag von zwei Millionen Franken bezahlte, wogegen diese auf die Bekämpfung des neuen Patentgesetzes verzichteten.»

Erst 1978 wurden chemische Arzneimittel in der Schweiz patentierbar. Der Patentschutz für Medikamente, der Unternehmen ein befristetes Monopol auf ein Produkt garantiert (siehe Text auf Seite 22), existiert also noch gar nicht lange – aber in den politischen Debatten scheint es heutzutage so, als gäbe es dazu keine Alternative. Auch das ist nicht zuletzt der Interpharma zu verdanken, die bis heute kräftig für eine Verstärkung des Patentschutzes und gegen Parallelimporte von Pharmazeutika lobbyiert. Mittlerweile tut sie das nicht nur im Namen der Schweizer Pharmariesen Roche und Novartis, sondern vertritt noch 22 weitere nationale und internationale Unternehmen aus der Branche, die in der Schweiz geschäften.

300 Millionen für Washington

Bei der Festsetzung des Schweizer Preises orientiert man sich am Richtpreis, den die Pharmaunternehmen



in den USA festlegen. Dort hat die Pharmalobby das staatliche Korrektiv bereits vollständig ausgeschaltet. 2003, während der Präsidentschaft von George W. Bush, wurde ein Gesetz verabschiedet, das es der Regierung praktisch untersagte, bei der Preissetzung von Medikamenten mitzureden. Dafür, und damit das so bleibt,

lässt die Branche einiges springen: Pharmaunternehmen gehören in den USA seit Jahrzehnten zu den grössten Parteispendern und unterstützen republikanische Kandidierende traditionell stärker als demokratische.

Knapp 300 Millionen Dollar liessen sich die Pharmaunternehmen die Einflussnahme in Washing-

Die Freunde der Pharma im Bundeshaus

In der kleinen und der grossen Kammer des Schweizer Parlaments ist dank zahlreicher Verbindungen für die Vertretung der Pharmainteressen gesorgt. Wie viel die Industrie für ihre Einflussnahme springen lässt, bleibt ein Geheimnis.

Am 6. März, zum Auftakt der Frühlingsession in Bern, lud Interpharma interessierte Parlamentarier und Parlamentarierinnen zum Meet and Greet mit dem neuen Novartis-Chef Vasant Narasimhan ein. Danach wurde im Fünf-Sterne-Hotel Bellevue Palace ein reichhaltiges Buffet kredenzt.

Doch Interpharma muss nicht darauf warten, dass die Abgeordneten zum Gaumenschmaus vorbeischaun – die Vertreter des Lobbyverbands können sie auch jederzeit im Bundeshaus besuchen gehen. Der jetzige Generalsekretär des Vereins, René Paul Buholzer, hat seinen Zutrittsbadge vom Aargauer SVP-Nationalrat Luzi Stamm bekommen.

Buholzers Vorgänger Thomas Cueni hat ebenso freien Zugang zum Bundehaus, dank einer Zutrittsberechtigung des Basler SVP-Nationalrats Sebastian Frehner. Seit Frühling 2017 lobbyiert Cueni als Generaldirektor der Internationalen Föderation der Pharmazeutika-Hersteller (IFPMA) im Namen der globalen Pharmaindustrie sonst in Genf bei den internationalen Uno-Gremien und äussert sich etwa zur aus seiner Sicht «übertriebenen Preisdebatte».

«Begleitung gesetzgeberischer Arbeiten»

Auch der Zuger FDP-Ständerat Joachim Eder gehört zu den Freunden der Pharmaindustrie: Er hat dem Interpharma-Geschäftsleitungsmitglied Bruno Henggi einen seiner beiden Zutrittsbadges für das Bundeshaus übergeben. Die Verbandlung ist wechselseitig: Henggi war vor seinem Amtsantritt bei Interpharma Sekretär der FDP. Heute leitet er ausserdem die Interessengemeinschaft «Biomedizinische Forschung und Innovation» (IG Biomed). Diese obskure Vereinigung «begleitet gesetzgeberische

Arbeiten im eidgenössischen Parlament», wenn es um den Schweizer Pharmastandort geht, wie Joachim Eder gegenüber Lobbywatch angab. Was im Klartext heissen dürfte, dass die IG daran arbeitet, die Gesetzgebung im Sinne der Pharmaindustrie mitzugestalten. Der IG gehören eine Handvoll weitere bürgerliche Parlamentarier und Parlamentarierinnen an, auch Aussenminister Ignazio Cassis führt seine Mitgliedschaft auf seiner Homepage auf.

Für ein «freiheitliches Gesundheitswesen»

Mehrere Parlamentarierinnen und Parlamentarier sind über ihre Gäste zudem indirekt mit dem «Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen» verbunden, einem Zusammenschluss verschiedener Pharma- und Gesundheitsunternehmen, die sich für eine «liberale» Gesundheitspolitik einsetzen. Im «Forum Gesundheit Schweiz» tauscht man sich ebenso über ein «freiheitliches Gesundheitswesen» aus.

Auch die Interessenverbände Economiesuisse und ScienceIndustries vertreten in Bundesbern unter anderem die Standpunkte der Pharmaindustrie. Dazu kommen zahlreiche verdeckte Mandate von PR-Firmen, die stellvertretend für die Unternehmen im Bundeshaus lobbyieren.

Was Roche, Novartis und Co. für diese vielschichtige Einflussnahme auf die Politik springen lassen, lässt sich leider nicht feststellen, da diese Ausgaben in der Schweiz nicht deklariert werden müssen. Eines ist klar: Die Investitionen in der Schweiz und im Ausland, um sich gute Rahmenbedingungen zu schaffen, lohnen sich für die Pharmaunternehmen offensichtlich. 2017 verbuchte Novartis einen Gewinn von 7,7 Milliarden, Roche einen von 8,8 Milliarden Franken.

ton kosten – allein im Jahr 2017. Diese Zahl stammt von der Lobby-Datenbank des Center for Responsive Politics, das die Ausgaben jeweils für die Zivilgesellschaft aufbereitet. In den USA müssen Lobbyistinnen und Lobbyisten ihre Tätigkeiten und Aufwendungen deklarieren. In der EU gibt es zumindest Bestrebungen, die Lobby-Aufwendungen transparent zu machen. Allerdings ist hier der Graubereich gross, denn das Transparenz-Register der EU beruht auf Freiwilligkeit. Novartis deklarierte für das Jahr 2017 knapp 2,5 Millionen Euro an Lobby-Ausgaben in Brüssel und hatte mindestens acht Lobbyistinnen oder Lobbyisten vor Ort, Roche investierte nach eigenen Angaben rund 1,25 Millionen und beschäftigte drei Personen in Brüssel.

32 verbandelte Parlamentsmitglieder

In der Schweiz sind hierfür gar keine Daten verfügbar. Lobbyistinnen und Lobbyisten dürfen im Bundeshaus und darum herum mauscheln wie sie wollen: als Gäste von Parlamentarierinnen und Parlamentariern, als Sponsoren von Veranstaltungen oder über Interessengemeinschaften. Die Verbandlungen in Bundesbern lassen sich aber immerhin ansatzweise nachzeichnen. Der Verein Lobbywatch etwa hat sämtliche Interessensbindungen von Parlamentarierinnen und deren Gästen recherchiert und sorgfältig grafisch aufbereitet. Unter dem Suchbegriff Pharma finden sich gleich 32 vornehmlich bürgerliche Abgeordnete, die direkt oder indirekt mit der Pharmaindustrie verbunden sind (Text links).

Legale und illegale Mittel

Auch ausserhalb des Bundeshauses gibt die Pharmaindustrie enorme Summen für die Einflussnahme aus. Mit dem Sponsoring von Veranstaltungen, grosszügigen Sachgeschenken und der Finanzierung von Lehrstühlen an Universitäten beeinflusst die Industrie die Ärzteschaft seit Jahrzehnten. Leider sind auch diese Daten in Europa nicht deklarationspflichtig. Für die USA re-

Der «Beobachter» berichtete am 15. Oktober 1956: «Der Handel endete damit, dass die chemische Industrie den Krankenkassen einen Betrag von zwei Millionen Franken bezahlte, wogegen diese auf die Bekämpfung des neuen Patentgesetzes verzichteten.»

gistrierte der staatliche Dienst Open Payments Data im Jahr 2016 Zahlungen von 2,78 Milliarden Dollar, die von den Unternehmen an Ärzte und Ärztinnen sowie an Universitätsspitäler flossen. Aufwendungen für die

Forschung werden dabei nicht mit einberechnet. Dieses riesige Budget betrifft also lediglich Reisespesen, Unterkünfte, Mahlzeiten, Beratungshonorare und Ähnliches. Angesichts dieser Beträge liegt es auf der Hand, dass oft auch die Ärzte und Ärztinnen als wichtiges Korrektiv in der Diskussion um Medikamentenpreise verstummen.

Lobbying und Sponsoring sind geläufige und legale PR-Massnahmen. Doch wenn diese Mittel nichts mehr bringen, gibt es für vermögende Player noch weitere. Zum Beispiel Schmiergeldzahlungen. Zumindes Novartis hat in diesem Bereich Erfahrung: In den USA hat die Firma Ärzte widerrechtlich mit Provisionen

Lobbying und Sponsoring sind geläufige und legale PR-Massnahmen. Doch wenn diese Mittel nichts mehr bringen, gibt es für vermögende Player noch weitere. Zum Beispiel Schmiergeldzahlungen.

vergütet, damit sie Novartis-Medikamente verschreiben. Nach einem Vergleich wurde Novartis deswegen zu einer Zahlung von 390 Millionen Dollar verpflichtet.

In zahlreichen anderen Ländern wurden ähnliche Fälle bekannt. Jüngst wurden in Griechenland Korruptionsvorwürfe gegen Novartis laut. Die Firma habe wahrscheinlich Tausende von Ärztinnen, Ärzten und Verwaltungsangestellten bestochen, um ihre Produkte zu lancieren, erklärte der griechische Justizminister. Unter den Bestochenen vermutet er bis zu zehn hochrangige ehemalige Regierungsmittglieder.

Die einzige Lösung: mehr Transparenz

Es sind riesige Budgets, die Pharmaunternehmen heute für Lobbying und PR aufwenden. Und offenbar schrecken sie auch vor hohen Bussen für die illegale Einflussnahme nicht zurück. Es liegt auf der Hand, dass ein Grossteil der Ärztinnen und Politiker dieser Industrie gegenüber nicht unabhängig sind – und damit auch nicht bestrebt, sich für legitime Arzneimittelpreise einzusetzen.

Die einzige Lösung für dieses Dilemma ist Transparenz. Zum einen, um die Einflussnahme der Industrie aufzudecken. Zum anderen, um die wahren Kosten in der Forschung und Entwicklung von Medikamenten aufzuzeigen. Erst wenn diese Informationen vorhanden sind, können Preise ausgehandelt werden, die von den öffentlichen Gesundheitssystemen getragen werden können. Denn wie wir ab der nächsten Seite aufzeigen, haben die Kosten insbesondere für die Behandlung von Krebserkrankungen eine Dimension erreicht, die auch die Gesundheitssysteme von so reichen Ländern wie die Schweiz an ihre Grenze bringen.

Krebs – Ein hochprofitables Geschäft

Die Anzahl der Krebserkrankungen nimmt zu, Medikamente zu deren Behandlung bescheren den Pharmaunternehmen riesige Gewinne. Die Präparate sind derart teuer, dass die weltweiten Gesundheitssysteme zunehmend nicht mehr in der Lage sind, sie zu finanzieren. Doch mancherorts regt sich Widerstand.

Nicht übertragbare Krankheiten, insbesondere Krebs, sind ein riesiger Markt für die globale Pharmaindustrie – und er wird immer grösser. Das hat zwei Hauptgründe: Einerseits sind bestimmte Formen von Krebs – einem Oberbegriff für zahlreiche Erkrankungen (man unterscheidet zwischen mehr als 200 Krebsarten) – unheilbar: Was bedeutet, dass ein riesiges Potenzial besteht, neue, potenziell wirksamere Medikamente zu lancieren und so neue Absatzmärkte zu erobern. Zudem ist es für die Pharmaunternehmen viel lukrativer, in chronische Krankheiten wie Krebs zu investieren, die eine regelmässige, oft lebenslange Therapie erfordern, statt in einmalige Behandlungen mit kurzen Zyklen wie beispielsweise Antibiotika.

150-Milliarden-Markt

Andererseits ist Krebs eine der häufigsten Krankheits- und Todesursachen weltweit. 2015 starben laut der WHO 8,8 Millionen Menschen an Krebs – und die Anzahl der Neuerkrankungen (2012 waren es 14 Millionen) soll in den nächsten zwanzig Jahren um 70 Prozent steigen. Das IMS Institute of Healthcare schätzte den Weltmarkt für Krebsmittel im Jahr 2015 auf über 100 Milliarden Dollar. Bis 2020 soll er auf 150 Milliarden Dollar anwachsen. Anders als häufig angenommen sind die meisten Krebs-Todesfälle nicht in der «westlichen Welt», sondern in Afrika, Asien und Lateinamerika zu verzeichnen. Fast 70 Prozent der Fälle betreffen diese Kontinente.

Mit den Preisen wächst der Widerstand

Doch die Pharmaunternehmen fokussieren sich vorzugsweise auf die Märkte von Industrieländern, deren Regierungen und Gesundheitswesen eher in der Lage sind, die hohen Kosten für neue Behandlungen zu tragen. Auch in diesen Ländern steigt – in erster Linie aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung – die Zahl der Krebsfälle kontinuierlich an. Gesundheitssysteme weltweit ächzen unter der Last der immer teureren Medikamente – und vielerorts haben Patientinnen und Patienten, Aktivistinnen und Aktivisten längst ihre Stimme erhoben, um sich gegen Profite auf Kosten der Gesundheit zur Wehr zu setzen. Das zeigt unser Blick auf drei Länder

in drei spezifischen Situationen, auf drei Facetten eines globalen Problems: Medikamente zu kranken Preisen.

FOKUS SÜDAFRIKA: «ROCHES GIER TÖTET» – AUFSTAND GEGEN UNBEZAHLBARE BRUSTKREBSMEDIKAMENTE

#RocheGreedKills («Roches Gier tötet»): Dies ist das Motto einer Kampagne, die 2016 in Südafrika von einer Allianz aus 31 Organisationen, Patientengruppen und Gesundheitsfachleuten gestartet wurde. Die Kampagne trägt den Namen «Tobeka Daki Campaign» – in Erinnerung an eine Brustkrebspatientin, die sterben musste, weil sie sich die nötige Behandlung nicht leisten konnte. Die Kampagne fordert, dass in Zukunft keine Brustkrebspatientin mehr aus Kostengründen auf eine Behandlung verzichten muss.

Im Visier ist das Medikament Herceptin der Firma Roche, das zur Behandlung von HER2-positivem Brustkrebs angewandt wird. Eine einjährige Herceptin-Therapie kostet im privaten Sektor rund 40 000 Schweizer Franken. Das ist etwa das Fünffache des durchschnittlichen jährlichen Haushaltseinkommens in Südafrika, einem Land, in dem 80 Prozent der Bevölkerung nicht krankenversichert sind. Für die Ärmsten gibt es zwar in der Theorie eine kostenlose, vom Staat subventionierte Behandlung mit Herceptin. Doch wegen des hohen Preises des Medikaments bieten nur sehr wenige öffentliche Kliniken und Krankenhäuser diese Möglichkeit an. Die allermeisten nicht versicherten Patientinnen müssen Herceptin aus eigener Tasche bezahlen. Tobeka Daki hatte das Geld dafür nicht – und bekam keine Chance.

«Überhöhter und diskriminierender Preis»

Der Verein Actares (AktionärInnen für nachhaltiges Wirtschaften) hat diese Situation im März 2017 an der Generalversammlung von Roche in Basel angeprangert. Der Roche-Verwaltungsratspräsident Christoph Franz räumte daraufhin zwar ein, dass es ein Zugangsproblem zu Herceptin gebe, stellte jedoch eine Lösung in Aussicht: Mit der südafrikanischen Regierung werde derzeit ein «vorteilhaftes Abkommen zum Wohl aller Patientinnen

**ROCHE
GREED
KILLS**

#ROCHEGREEDKILLS



YOU LET HER



YOU LET HER

DIE

**\$8.9 BILLION
PROFIT
WHILE
WOMEN
DIE**

#ROCHE
#FO





NDC 50242-145-01
Perjeta™
(Pertuzumab)
Injection
420 mg / 14 mL
(30 mg/mL)
Dilute Prior To Use
For Intravenous Infusion Only
Single-Use Vial
Discard Unused Portion

NDC 50242-145-01
Perjeta™
(Pertuzumab)
Injection
420 mg / 14 mL
Dilute Prior To Use
For Intravenous Infusion Only
Single-Use Vial
Discard Unused Portion

und Patienten» ausgehandelt. Ein gutes Jahr später fehlt von einer solchen Vereinbarung nach wie vor jede Spur.

Im Juni 2017 kündigte dagegen die südafrikanische Wettbewerbskommission an, die Preise für Krebsmedikamente von drei Pharmaunternehmen zu überprüfen. Unter den Konzernen ist auch Roche – wegen des «überhöhten und diskriminierenden» Preises von Herceptin und wegen der Firmenpraktiken zur Konsolidierung seiner «dominierenden Marktposition für Brustkrebsmedikamente». Die Untersuchung ist noch im Gange.

Recht auf Gesundheit in Gefahr

Eine neue Kampagne der breiten Koalition «Cancer Alliance», die im Februar 2018 lanciert worden ist, fordert eine Reform der Patentpolitik, da der Patentschutz zu Problemen beim Zugang zu Krebsbehandlungen führe. Insbesondere fordert die «Cancer Alliance» die südafrikanische Regierung auf, die Kriterien für die Erteilung von Patenten zu verschärfen, die im Vergleich zu anderen Schwellenländern als viel zu lasch angesehen werden. Die Regierung solle auch die im TRIPS-Abkommen (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums) vorgesehenen Flexibilitäten – wie etwa die Möglichkeit der Zwangslizenz – besser ausnutzen. Eine kürzlich durchgeführte detaillierte Analyse⁸ des Einflusses des Patentschutzes auf die Zugänglichkeit von 24 lebensrettenden Krebsmedikamenten kommt zu einem glasklaren Fazit: Das derzeitige patentfreundliche System begünstigt die Monopole der grossen Pharmakonzerne, was zu teuren Behandlungen führt – zulasten der verfassungsrechtlichen Verpflichtung Südafrikas, das Recht auf Gesundheit seiner Bevölkerung zu fördern und zu schützen.

Folgenloser «Pharmagate»

Doch die grossen Pharmakonzerne legen sich kräftig dafür ins Zeug, jegliche Reform zu verhindern, die die Nutzung der TRIPS-Flexibilitäten in Südafrika erleichtern könnte – in erster Linie über ihre Dachorganisation IPASA (Innovative Pharmaceutical Association South Africa), zu der auch die Schweizer Roche und Novartis gehören. Die aggressive Lobbyarbeit der Dachorganisation wurde Anfang 2014 im sogenannten «Pharmagate» ans Licht gebracht, als ein vertrauliches Dokument einer von IPASA beauftragten PR-Agentur an die Öffentlichkeit gelangte. Darin sind akribisch die einzelnen Etappen einer Kampagne im Wert von einer halben Million Dollar beschrieben, mit der die Pharmaindustrie jeglichen Versuch einer Lockerung des Patentsystems in Südafrika unterbinden wollte. Angesichts des Skandals hatte sich Novartis sofort von dem vorgeschlagenen Konzept der Agentur distanziert, und Roche hatte sogar angekündigt, sich aus dem Dachverband zurückziehen zu wollen. Vier Jahre später ist Roche jedoch immer noch Vollmitglied der IPASA (zumindest steht es so auf

deren Website) – und die Reform der Patentpolitik in Südafrika ist nach wie vor nicht abgeschlossen.

FOKUS SCHOTTLAND MIT DUNISE GEGEN DIE BRITISCHE UNGLEICHBEHANDLUNG

Zweiklassengesellschaft auf der Insel: Während der National Health Service (NHS) Englands im Februar 2018 das Roche-Krebsmedikament Perjeta in die Liste der rückvergüteten Behandlungen aufgenommen hat (wenn auch erst nach einer in geheimen Verhandlungen mit Roche erzielten Preissenkung in unbekannter Höhe), müssen die Krankenkassen in Schottland Perjeta nicht vergüten. Der NHS ist zwar in ganz Großbritannien präsent, doch bezüglich Kostenerstattungskriterien sind die einzelnen Staaten autonom. Auch der Pharma-Ombudsmann Englands hatte die Erstattung von Perjeta durch den NHS wegen dem ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis abgelehnt – bis die Preissenkung kam. Da diese nicht für Schottland gilt, sieht dort das Kosten-Nutzen-Verhältnis bis heute gleich schlecht aus wie in England vor der Preissenkung – zu schlecht, als dass die Kassen die Kosten übernehmen würden.

Inakzeptable Diskriminierung

Die Folge ist, dass sich die etwa tausend schottischen Patientinnen, die unter dem aggressiven HER2-positiven Brustkrebs leiden, nur mit Perjeta behandeln lassen können, wenn sie über die Mittel verfügen, das Medikament selbst zu bezahlen – während die Behandlung ihren englischen Leidensgenossinnen voll vergütet wird. Für die Patientinnen- und Patientenorganisation «Just Treatment» ist das eine inakzeptable Diskriminierung: Im April dieses Jahres hat sie deshalb die schottische Regierung aufgefordert, das Instrument der Zwangslizenz anzuwenden, um den Preis für Perjeta auf ein erschwingliches Niveau zu senken.

«Absolut unfair»

Das Gesicht der Kampagne ist jenes von Dunise. Die Schottin zog 2012 aus ihrer Heimat nach London, um eine Stelle als Krankenschwester anzutreten. 2015 wurde bei ihr Brustkrebs diagnostiziert. Sie sollte mit Chemotherapie, Herceptin und Perjeta behandelt werden.

Sie fragte ihren Arzt, ob sie sich allenfalls in Schottland, in der Nähe ihrer Familie und Freunde, behandeln lassen könnte. Da erfuhr sie, dass sie Perjeta in ihrer Heimat nicht vergütet bekäme. «Es war eine ziemlich

⁸Exploring Patent Barriers to Cancer Treatment Access in South Africa: 24 Medicine Case Studies, Cancer Alliance & Fix The Patent Laws, October 2017.

schwere Entscheidung, zu wählen zwischen der Option, auf mich allein gestellt zu sein und ein Medikament zu erhalten, das mein Leben retten könnte, oder nach Hause zu ziehen und mit meiner Familie zu sein», sagt sie im Kampagnenvideo. Sie blieb in London, die Behandlung war ein Erfolg. «Die Situation ist absolut unfair», sagt Dunise. «Aber die schottische Regierung hat die Möglichkeit, Roches Monopol zu brechen.» Dunises Apell an die schottische Regierungschefin Nicola Sturgeon (der unter www.justtreatment.org/dunise unterzeichnet werden kann): «Nutzen Sie Ihre Macht, damit das Leben von Patientinnen vor den Profiten von Roche Vorrang hat.»

FOKUS INDIEN DIE «APOTHEKE DER ARMEN» GEGEN DIE REICHE ROCHE

Im November 2012 bekam der damalige indische Premierminister Manmohan Singh einen Brief, unterschrieben von Brustkrebspatientinnen und Organisationen, die für den Zugang zu Medikamenten kämpfen. Ihre Bitte: Er solle die Produktion eines Biogenerikums, also eines biotechnologisch hergestellten Nachahmerpräparats des Medikaments Trastuzumab (Markenname Herceptin) anvisieren. Die «Campaign for Affordable Trastuzumab» war geboren.

Die Patentinhaberin Roche hatte das Produkt erst für umgerechnet rund 2000 und später für etwa 1500 Schweizer Franken pro 440-mg-Dosis verkauft – was jährlichen Behandlungskosten von etwa 35 000 Franken entspricht. Das Pro-Kopf-Einkommen in Indien, wo jährlich rund 100 000 neue Fälle von Brustkrebs auftreten, beträgt gerade mal um die 1500 Franken pro Jahr. Drei von vier Personen sind nicht krankenversichert und müssen die Medikamente aus der eigenen Tasche bezahlen.

Missbrauch der Machtposition?

Im Januar 2013 stimmte die indische Regierung der Forderung der Kampagne zu und kündigte an, den Prozess für eine Zwangslizenz auf Herceptin anzustossen. Indien trotzte damit dem Druck der Industriestaaten, die das Land vehement aufgefordert hatten, das Vorgehen von 2012 nicht zu wiederholen: Damals hatte Indien die erste – und bis dahin einzige – Zwangslizenz erteilt, für ein Krebsmedikament des deutschen Unternehmens Bayer. Nun stellte sich die «Apotheker der Armen», wie Indien wegen seiner günstigeren Generika produzierenden Industrie auch genannt wird, einmal mehr gegen die Interessen von «Big Pharma».

Im Oktober 2013 kündigte Roche unter dem Druck der Absichtserklärung Indiens an, sein noch bis 2014 gültiges Hauptpatent auf Herceptin in Indien aufzugeben – wohl mit dem Ziel, eine Zwangslizenz zu vermeiden. Dies ebnete den Weg zur Herstellung eines Biogenerikums von Trastuzumab durch die Unternehmen

Biocon und Mylan. Nachdem die indischen Behörden die Marktzulassung erteilt hatten, unternahm Roche jedoch einiges, um die Vermarktung des Biogenerikums zu verhindern, das nur halb so viel wie das Original kostete. Erst 2017 wurde die Marktzulassung definitiv bestätigt und das Biogenerikum endgültig auf den Markt gebracht, allerdings unter restriktiven Bedingungen. Im April 2016 reichten Biocon und Mylan eine Beschwerde bei der indischen Wettbewerbskommission ein, in der sie Roche den Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung vorwarfen. Die Untersuchung läuft noch.

Nun Perjeta im Visier

Nachdem eine erschwinglichere Variante von Herceptin auf den Weg gebracht worden ist, liegt der Fokus in Indien nun auf Perjeta (Pertuzumab). Das Medikament kam im Oktober 2015 zum Preis von 249 000 Rupien, etwa 3650 Franken, pro 420-mg-Dosis auf den indischen Markt. Das bedeutet mehr als 65 000 Franken für eine jährliche Behandlung mit dem Medikament, dessen Patent noch bis 2027 gültig ist. Perjeta ist also der nächste Kassenschlager von Roche, der für den allergrössten Teil der indischen Bevölkerung nicht annähernd erschwinglich ist.

Roche hat zwar seit März 2015 unter dem Namen «The Blue Tree» ein Programm eingeleitet, mit dem indische Krebspatientinnen und -patienten unterstützt werden. Aber einerseits erreicht das Programm niemals all diejenigen, die es benötigen – bisher konnten 4000 Patientinnen und Patienten davon profitieren. Und andererseits müssen die Teilnehmenden die ersten sechs Dosen im Wert von fast 20 000 Franken selbst mitfinanzieren, bevor sie den Rest der Therapie gratis erhalten. Ob es in Indien bald auch eine «Campaign for Affordable Pertuzumab» geben wird?

ZURÜCK IN DIE SCHWEIZ PREISE, DIE SICH SELBST DIE REICHE SCHWEIZ NICHT LEISTEN KANN

Sogar das Gesundheitssystem der Schweiz kommt angesichts jenseitiger Medikamentenpreise an seine Grenzen. Bei der Behandlung von Hepatitis C wurden Kranken bereits Medikamente aufgrund ihres Preises vorenthalten. Bei Krebserkrankungen droht dasselbe.

In der Schweiz ist Krebs die häufigste Todesursache bei 45- bis 84-jährigen Männern und bei 52- bis 84-jährigen Frauen. Laut einem 2015 erschienenen Bericht des Bundesamts für Statistik wird bei vier von zehn Schweizerinnen und Schweizern im Laufe ihres Lebens eine Krebserkrankung diagnostiziert. Gemäss der Krebsliga Schweiz betreffen die häufigsten Neuerkrankungen Brust- und Prostatakrebs (28 beziehungsweise 32 Prozent), während bei den Männern Lungenkrebs (22 Prozent) und bei den Frauen Brustkrebs (19 Prozent) für

die meisten Todesfälle verantwortlich sind. Schweizweit sterben jährlich 16 000 Menschen an einer Krebserkrankung. An Krebs zu erkranken, ist für jede Betroffene und jeden Betroffenen ein Schicksalsschlag. Aber auch für die Gesundheitssysteme als Gesamtes wird die Behandlung von Krebserkrankung zu einer untragbaren Last.

Vier Milliarden für Neuerkrankte

Im Jahr 2016 machten die Kosten für Medikamente in der Schweiz über 20 Prozent der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus – und darin sind die in Spitälern sowie in Alters- und Pflegeheimen stationär verabreichten Medikamente noch nicht eingerechnet. Das sind über 6,5 Milliarden Franken. Der Kostenanteil der Krebsmittel wächst dabei aufgrund ihrer steigenden Preise konstant.

Gemäss der Krebsliga Schweiz gibt es in der Schweiz jährlich 40 000 neue Krebserkrankungen. Geht man davon aus, dass eine Behandlung im Durchschnitt jährlich 100 000 Franken kostet – manche mehr, andere weniger – belaufen sich die Gesamtkosten für die Behandlung der neu an Krebs Erkrankten in der Schweiz auf geschätzte vier Milliarden Franken. Und bei dieser einfachen Berechnung sind weder jene Patientinnen und

lande kosten, machten sich zum Teil nach Indien auf, um dort günstiger an die Präparate zu kommen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ergibt diese Entscheidung keinen Sinn: Je früher eine Krankheit behandelt wird, desto grösser die Heilungschancen. Nein, der Entscheid war einzig der Sorge geschuldet, die bereits explodierenden Gesundheitskosten nicht noch weiter ansteigen zu lassen. Wäre das BAG in der Lage gewesen, einen angemesseneren Preis auszuhandeln, wäre es nie zu diesem skandalösen Rationierungsentscheid gekommen. Erst letztes Jahr konnte die Behörde schliesslich mit den Medikamentenfirmen einen Kompromiss aushandeln, sodass nun wieder allen Hepatitis-C-Kranken die nötigen Medikamente vergütet werden.

Zahlreiche Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass Krebsmedikamente, bei denen es bereits heute zahlreiche Vergütungseinschränkungen gibt, als nächste rationiert werden dürften, wenn nichts gegen den Preisanstieg unternommen wird. Doch es gibt Wege, die Preisspirale nach oben zu bremsen, wie wir auf der folgenden Doppelseite zeigen.

Im Falle neuer Hepatitis-C-Medikamente entschied das BAG, dass die Krankenkassen die Behandlung vorerst nur bei Schwerkranken zu vergüten hatten. Alle anderen mussten sich gedulden, bis sie genügend krank werden würden.

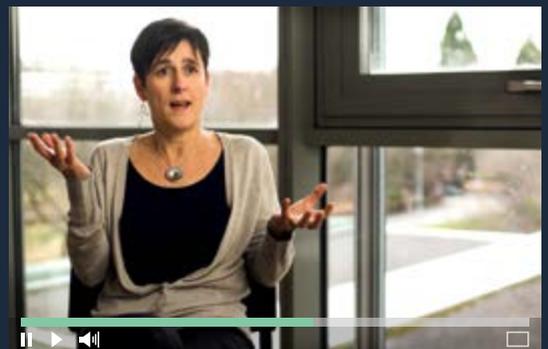
Patienten berücksichtigt, die schon länger in Behandlung sind, noch all jene, die an anderen Krankheiten erkrankt sind. Vier Milliarden alleine für die Menschen, die neu an Krebs erkranken. Es liegt auf der Hand: Selbst für die reiche Schweiz ist das eine wirtschaftlich – und damit auch politisch – nicht mehr tragbare Last.

In Indien auf Medikamentensuche

Die einfachste Lösung, um die Belastung des Gesundheitssystems zu senken, ist die: teure Medikamente nur noch einem Teil der Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, sie zu rationieren. Zwischen 2014 und 2017 ist dies im Falle neuer Hepatitis-C-Medikamente wie dem bereits erwähnten Sovaldi geschehen: Das BAG entschied, dass die Krankenkassen die Behandlung vorerst nur bei Schwerkranken zu vergüten hatten. Alle anderen mussten sich gedulden, bis sie genügend krank werden würden. Jene, deren Leber noch zu intakt war, damit ihre Behandlung bezahlt werden wäre, die sich aber die mehreren zehntausend Franken nicht leisten konnten, welche die Medikamente hierzu-

Els Torreele,

Médecins sans Frontières (MSF), Access Campaign



«Pharmaunternehmen sind multinationale Konzerne. Doch es gibt kein internationales System, das die Macht hat, die Pharmaunternehmen in ihrer Preisgestaltung zu regulieren. Es herrscht ein absolutes Ungleichgewicht zwischen der globalen Macht der Pharma und einer Regierung oder einer Klinik, die Medikamente braucht. Es ist ein ungerechtes System: Denn natürlich ist man bereit, für sein Leben fast alles zu bezahlen, und das wird ausgenutzt.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch

Ein Heilmittel gegen kranke Preise

Dank Patenten können Pharmaunternehmen ihre Preise praktisch nach Gutdünken festsetzen. Doch es gibt ein legitimes und wirkungsvolles Instrument, um gegen diese gesundheitsschädigenden Monopole vorzugehen: die Zwangslizenz.

Die komfortable – und profitable – Lage der Pharmakonzerne hat in erster Linie mit dem Schutz des geistigen Eigentums zu tun. Oder einfacher: mit Patenten. Der ursprüngliche Zweck von Patenten besteht eigentlich darin, dass sie das Gleichgewicht wahren sollen zwischen privaten Interessen – jenes von Erfinderinnen und Erfindern, dass sie von ihrer Erfindung profitieren können – und dem öffentlichen Interesse der Gesellschaft, von Fortschritten zu profitieren und Wissen kollektiv nutzen zu können. Der Schutz von Patenten wurde 1995 durch das TRIPS-Abkommen (Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte an geistigem Eigentum) der Welthandelsorganisation WTO harmonisiert. Fortan waren alle Mitgliedstaaten verpflichtet, auf Medikamente einen Patentschutz von zwanzig Jahren zu gewähren. Das Ziel: Innovationen fördern. Nur: Über zwei Jahrzehnte nach Einführung dieser Regeln

fehlt immer noch jeglicher empirischer Beweis dafür, dass dieses Ziel auch tatsächlich erreicht wird. Was dagegen eindeutig ist: Dank einer auf Patentschutz basierenden Monopolstellung können Pharmaunternehmen die Preise gestalten, wie sie wollen – und astronomische Gewinne einfahren. Das Gleichgewicht zwischen öffentlichen und privaten Interessen ist definitiv ins Wanken geraten.

Zwei Ausnahmeklauseln

Dabei gewährt das TRIPS-Abkommen den Mitgliedstaaten durchaus einen Spielraum, wie sie den Schutz des geistigen Eigentums durchsetzen. So überlässt es das Abkommen den Staaten, die Kriterien für Patentierbarkeit, die Rechte der Patentinhaberinnen und -inhaber sowie die Bewilligung von Ausnahmen selbst festzulegen, sofern sie im (relativ breiten) vorgegebenen

Was genau ist das eigentlich, ein Patent?

Ein Patent ist ein **Exklusivrecht** auf eine Erfindung, das seinen Inhaber oder seine Inhaberin berechtigt, Dritten deren gewerbmässige Nutzung zu verbieten. Als Nutzung gelten insbesondere das Herstellen, das Lagern, das Anbieten, das Inverkehrbringen, die Ein-, Aus- und Durchfuhr sowie der Besitz zu diesen Zwecken.

Damit ein Patent erteilt wird, muss die Erfindung erstens im Vergleich zur Gesamtheit der bestehenden Erkenntnisse ein **neues Element** aufweisen, zweitens eine «erfinderische Tätigkeit» beinhalten beziehungsweise für Fachleute «nicht naheliegend sein» sowie drittens gewerblich anwendbar sein.

Der Patentinhaber oder die Patentinhaberin können andere im Rahmen einer gegenseitigen Vereinbarung zur Benützung der Erfindung ermächtigen oder ihnen diesbezüglich eine Lizenz erteilen. Das Recht auf die Erfindung kann auch an eine Drittperson verkauft werden,

die dann neue Patentinhaberin wird. Nach Ablauf der Frist erlischt der Patentschutz und die Erfindung wird zum **Allgemeingut**, d. h. sie kann von anderen frei genutzt werden, ohne das Patent zu verletzen.

Ein Patent ist ein **territoriales Recht**. Exklusivrechte sind in der Regel nur in der Region oder dem Land anwendbar, in der oder dem der jeweiligen Gesetzgebung entsprechend ein Antrag gestellt und ein Patent erteilt wurde. Derzeit gibt es kein internationales oder universelles Patentsystem.

Jedes Land kann selbst **Patentierungsausnahmen** beschliessen. So sind in der Schweiz «Erfindungen, deren Verwertung die Menschenwürde verletzen oder die Würde der Kreatur missachten oder auf andere Weise gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstossen würden», chirurgische und therapeutische Verfahren sowie Pflanzensorten und Tierarten von der Patentierung ausgeschlossen.

Rahmen liegen. Das TRIPS-Abkommen enthält zudem Schutzklauseln (sogenannte «Flexibilitäten», die 2001 in der Erklärung von Doha zum TRIPS-Abkommen und zur öffentlichen Gesundheit erneut bestätigt wurden), welche die Mitgliedstaaten anwenden können, um beispielsweise die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung zu garantieren. Es handelt sich insbesondere um zwei Instrumente: Erstens Parallelimporte, durch die ein Land ohne die Zustimmung des Patentinhabers ein Produkt importieren kann, das dieser in einem anderen Land günstiger verkauft. Und zweitens Zwangslizenzen, mit denen ein Staat Dritten ohne Zustimmung des Patentinhabers die Nutzung eines Patents bewilligen kann (dies jedoch gegen Entschädigung).

Vorzeigefall HIV

Das Beispiel HIV/Aids zeigt eindrücklich, wie viel das Ausnutzen dieser Flexibilitäten bewirken kann. Dank ihnen gelang es den am stärksten von der Pandemie betroffenen Ländern des Globalen Südens, die Kosten für antiretrovirale Behandlungen mit der Einführung von Generika drastisch zu senken – von 10 000 bis 15 000 Dollar auf 66 Dollar pro Person und Jahr. Damit stieg die Anzahl behandelter Personen von 2 Millionen im Jahr 2005 auf über 20 Millionen 2017. Doch auch über zwei Jahrzehnte nach Inkrafttreten des TRIPS-Abkommens ist die Anwendung dieser Flexibilitäten alles andere als eine Selbstverständlichkeit. Sie bleibt Gegenstand hefti-

ger politischer Debatten. So sind zwar die Vereinigten Staaten jenes Land, das diese Flexibilitäten branchenübergreifend am häufigsten nutzt. Doch um die eigene Pharmaindustrie zu schützen, widersetzen sich die USA systematisch, wenn andere Mitgliedstaaten (insbesondere die sogenannten Schwellenländer) davon Gebrauch machen möchten, um den Zugang ihrer Bevölkerung zu Medikamenten sicherzustellen.

Im Namen der Pharma

Und der Schweizer Bundesrat steht den USA mit dieser Einschüchterungstaktik in nichts nach, wenn er die Interessen der beiden Schweizer Pharmaschwergewichte bedroht sieht. Das hat sich in jenen Fällen gezeigt, in denen Länder auf Krebsmedikamente eine Zwangslizenz erlassen wollten. Neben Indien haben dies bisher lediglich Kolumbien und Thailand versucht. In Thailand ging es um verschiedene Krebsmedikamente unter anderem von Roche und Novartis, in Kolumbien um das Novartis-Medikament Glivec. Anhand des Falles von Kolumbien machen wir auf den folgenden Seiten deutlich, wie weit die offizielle Schweiz – zuweilen im Verbund mit den USA – geht, um sich in den Dienst ihrer Pharmaindustrie zu stellen – immer wieder auch unter Zuhilfenahme von Mythen rund um die Zwangslizenz, die einem Realitätscheck nicht standhalten, wie der untenstehende Überblick zeigt.

Realitätscheck: Die Mythen rund um das Instrument der Zwangslizenz

Der Mythos besagt:

Zwangslizenzen dürfen nur in nationalen Notfällen oder anderen extrem dringlichen Situationen erlassen werden.

Zwangslizenzen sind beschränkt auf bestimmte Krankheiten, etwa HIV/Aids oder übertragbare Krankheiten mit epidemischem Potenzial.

Nur ärmere Länder dürfen vom Instrument der Zwangslizenz Gebrauch machen.

Zwangslizenzen stellen eine Enteignung der Patentinhaberin dar.

Zwangslizenzen dürfen erst als letztmögliches politisches Mittel eingesetzt werden.

Zwangslizenzen hemmen die Innovation und verringern die Investitionen in Forschung und Entwicklung neuer Medikamente.

Tatsächlich ...

... beschleunigt eine Notfallsituation lediglich den Prozess, ist aber keine Voraussetzung für das Erlassen einer Zwangslizenz.

... sind Zwangslizenzen weder auf bestimmte Erkrankungen noch auf bestimmte Kategorien von Krankheiten beschränkt.

... hat jedes WTO-Mitglied das Recht, Zwangslizenzen zu erlassen, und zahlreiche Industriestaaten haben schon davon Gebrauch gemacht.

... bleibt die Patentinhaberin im Besitz des Patents, behält das Recht zur Vermarktung ihrer Erfindung und erhält eine finanzielle Entschädigung.

... ist nicht das Erlassen einer Zwangslizenz das letztmögliche Mittel, sondern die Enteignung des Patents.

... gibt es keinen Beweis dafür, dass Zwangslizenzen Investitionen in Forschung und Entwicklung verringern oder einen negativen Einfluss auf ausländische Investitionen hätten.

His Excellency Juan Manuel Santos
President of Colombia
Calle 7 No. 6-54
Bogotá
Colombia

to express my disappointment with the health regarding our Glivec patent. I am committed to finding a resolution that is unwilling to meet this concern.

I am also deeply concerned that our failure to reach a mutually acceptable solution has significant implications for patients in Colombia and worldwide, as well as for Colombia's economy. Adequate and effective intellectual property rights protection plays an essential role in enabling biopharmaceutical innovators to bring valuable new medicines, such as Glivec, to patients. Every society has a property to support development and innovation. Enforcement of these rights is in the public interest. A compulsory license, would undermine Colombia's well-deserved reputation for abiding by the rule of law and for offering the necessary incentives for innovation.

I stand ready for any questions you may have or for further dialogue. We remain committed to supporting the sustainability of Colombia's health care system. Hope for above.

Minister of Health and Social Protection, Alejandro Gaviria.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun Svizra

First, let me highlight our excellent bilateral economic relations with in particular agreements on free trade, investment protection and double taxation. Colombia is an important destination for Swiss investors. The Swiss government will issue its final decision on the patent on February 9th, 2012.

(SE) compulsory licenses are permissible under the WTO TRIPS Agreement on the condition of compliance with the terms and conditions set out in its Art. 31, they are also considered a policy tool of last resort. A Compulsory license is tantamount to an expropriation of the patent owner and constitutes a deterrent to future research and development of innovative medicines and their place in the market in Colombia. Accordingly, it is our view that all efforts should be made to find a mutually agreeable solution. Clinical development, which over time would have been exhausted before the issuance of new treatment options.

Wer sagt das?

Stimmt nicht

Steuers?

Mister Johann Schneider-Ammann
Mister Didier Burkhalter
Mister Alain Berset
Federal Council
Bundeshaus
3003 Berne

to imatinib (Glivec®) in Colombia

... of Switzerland tried to persuade Colombia. The State Secretariat for Economic Affairs of Switzerland misinforms the Colombian government about the legal grounds on which a compulsory license can be granted. It also makes unfounded statements about the impact of such a license on pharmaceutical R&D and innovation. By sending this letter, the Swiss federal administration disregards the public health needs of the Colombian population.

... act consistently with its Foreign Health Policy approved in March 2012. Switzerland should support the implementation of TRIPS, including all TRIPS flexibilities, by low and middle income countries. In particular, Switzerland should refrain from further exercising political pressure on Colombia and other low and middle income country governments that plan to implement compulsory licences or other TRIPS flexibilities for public health purposes.

La Suisse continuera à l'avenir son étroite coopération avec la Colombie en soutenant ses efforts dans nos domaines d'action afin d'améliorer constamment ses conditions-cadres et le niveau de vie de sa population.

Tatsächlich?

... prie d'agrèer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Johann N. Schneider-Ammann

Johann N. Schneider-Ammann
Conseiller fédéral

Powerplay gegen den Präzedenzfall

Kolumbien wollte das Mittel der Zwangslizenz einsetzen – um seiner Bevölkerung den Zugang zu einem Krebsmedikament von Novartis zu sichern. Ein Entscheid, der Signalwirkung gehabt hätte – was die Pharmabranche um jeden Preis verhindern wollte. Die Rekapitulation eines aufschlussreichen Kapitels schweizerischer Gesundheitsausserpolitik.

Der Brief datiert vom Mittwoch, dem 8. Juni 2016. Der Empfänger: «His Excellency Juan Manuel Santos», der Präsident Kolumbiens. Verfasst worden ist das Schreiben in Basel; von Joseph Jimenez, dem damaligen CEO von Novartis. Jimenez hat sich an den Präsidenten gewandt, um seiner Enttäuschung Ausdruck zu verleihen, dass der Dialog seines Unternehmens mit dem kolumbianischen Gesundheitsministerium zu keiner Einigung geführt habe. Dabei habe man eine «Vielzahl von Angeboten» gemacht, sich zu «signifikanten finanziellen Verpflichtungen» bereit erklärt und im Gegenzug doch nur eines verlangt: dass die kolumbianische Regierung anerkenne, dass es in dieser «spezifischen Situation» keine Grundlage dafür gebe, das Leukämie- und Magen-Darm-Krebs-Medikament Glivec als von öffentlichem Interesse einzustufen. Nach kolumbianischem Recht ist dies der erste Schritt auf dem Weg zur Erteilung einer Zwangslizenz – und damit zur Möglichkeit der Kommerzialisierung günstigerer Generika trotz bestehenden Patentschutzes. Das Ziel wäre es, den Preis wieder auf jenes Niveau zu senken, auf dem er bis 2012 lag, als Novartis nach langem Rechtsstreit ein Patent auf Glivec erhielt: rund 70 Prozent tiefer als heute. Das Sparpotenzial für Kolumbiens überlastetes Gesundheitsbudget: rund 15 Millionen US-Dollar pro Jahr.

Zwei Jahresgehälter pro Jahr

2016 wurde Glivec in Kolumbien zu einem Preis von ca. 15 000 CHF pro Person und Jahr vermarktet. Ein Mann wie Joseph Jimenez, der 2016 von Novartis für sein Wirken mit knapp 12 Millionen Franken entschädigt wurde, muss dafür knapp drei Stunden arbeiten. Für den durchschnittlich verdienenden Kolumbianer, die durchschnittlich verdienende Kolumbianerin dagegen sind es zwei Jahresgehälter. Für jene gut dreissig Prozent der Bevölkerung, die unter der Armutsgrenze leben, ist es mehr Geld, als sie je besitzen werden. Und das Medikament muss bis ans Lebensende eingenommen werden, um der Krankheit Einhalt zu gebieten. Kolumbien hatte von Novartis eine Halbierung des Preises verlangt, der Basler Multi hatte nicht eingelenkt. Er sei «zutiefst besorgt», schreibt Jimenez nun, dass die fehlgeschlagenen Verhandlungen «signifikante Konsequenzen»

nicht nur für Patientinnen und Patienten in Kolumbien und weltweit, sondern auch für Kolumbiens Wirtschaft haben würden. Man habe Kolumbien und dessen «markt-orientierte, wachstums- und innovationsfreundliche Politik» immer als ein Modell für Lateinamerika gesehen, schreibt Jimenez. Nun aber stehe Kolumbiens «wohlverdienter Ruf» als Staat, der sich an die Gesetze hält und die nötigen Anreize für Innovation schafft, auf dem Spiel.

Ob sich Juan Manuel Santos die Zeit genommen hat, das Schreiben zu beantworten, wissen wir nicht. Gut möglich, dass er damals anderweitig beschäftigt war. Zwei

2016 wurde Glivec in Kolumbien zu einem Preis von ca. 15 000 CHF pro Person und Jahr vermarktet. Ein Mann wie Joseph Jimenez, der 2016 von Novartis für sein Wirken mit knapp 12 Millionen Franken entschädigt wurde, muss dafür knapp drei Stunden arbeiten. Für den durchschnittlich verdienenden Kolumbianer, die durchschnittlich verdienende Kolumbianerin dagegen sind es zwei Jahresgehälter.

Wochen darauf nämlich, am 22. Juni 2016, einigte sich seine Regierung mit der Farc-Guerilla auf einen Waffenstillstand; die Voraussetzung für den Friedensvertrag, für den Santos im Oktober darauf der Nobelpreis zugesprochen werden sollte. Wir werden noch darauf zurückkommen.

Drei schlechte Argumente

Am 26. April 2016 hatte das kolumbianische Gesundheitsministerium dem Antrag aus der Zivilgesellschaft stattgegeben, den Zugang zu Glivec als «von öffentlichem Interesse» einzustufen. Im Interview mit dem kolumbianischen «W Radio» gab sich Gesundheitsminister Alejandro Gaviria selbstbewusst. Kolumbien sei bereit, einen neuerlichen Rechtsstreit zu führen, wenn es nötig sei. «Ich glaube, wir haben alle Mittel, um zu gewinnen», sagte er. «Wenn wir die Preise nicht regulieren, wenn wir

keinen vernünftigen Wettbewerb garantieren (...), dann bricht unser Gesundheitssystem auseinander.» Dass Kolumbieren der Pharmedien die Stirn bot, war bemerkenswert: Denn Novartis und die offizielle Schweiz hatten zuvor wenig unversucht gelassen, um das Land davon abzubringen, diese legitime Entscheidung zu fällen.

Am 26. Mai 2015 hatte Livia Leu, damals im Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) verantwortlich für Bilaterale Wirtschaftsbeziehungen und heute Schweizer Botschafterin in Paris, im Namen «der Schweizer Regierung» ein Schreiben verschickt. Empfängerin: Dr. Carolina

Angesichts der «direkten Verbindungen einer bedeutenden Gruppe von Kongressmitgliedern zur Pharmaindustrie» habe der «Fall Glivec» das Potenzial, die Finanzierung der Initiative «Paz Colombia» zu gefährden, warnte der kolumbianische Diplomat in Washington.

Gómez, Beraterin des kolumbianischen Gesundheitsministers. Livia Leu streicht darin erst einmal die «exzellenten bilateralen Wirtschaftsbeziehungen» der beiden Länder hervor und erwähnt die 16 000 Stellen, die Schweizer Unternehmen in Kolumbien geschaffen hätten. Dann kommt sie zum Punkt: Die kolumbianischen Behörden sollten «alle Anstrengungen unternehmen», um zu einer «einvernehmlichen Lösung» mit der Patentinhaberin – also Novartis – zu gelangen und alle anderen Optionen auszuschöpfen, bevor sie eine Zwangslizenz für Glivec in

Betracht zögen. Denn – und jetzt wird die Argumentation interessant – die Erteilung einer Zwangslizenz sei zwar gemäss des TRIPS-Abkommens der WTO «zulässig», werde aber als «letztes politisches Mittel» betrachtet, komme einer «Enteignung der Patentinhaberin» gleich und habe abschreckende Wirkung auf künftige Aufwendungen für Forschung und Entwicklung innovativer Medikamente und deren Vermarktung in Kolumbien. Drei Argumente, und keines davon verfangt. Denn erstens besagt die Erklärung von Doha zum TRIPS-Abkommen und zur öffentlichen Gesundheit unmissverständlich, dass jeder Mitgliedstaat das Recht hat, Zwangslizenzen zu erteilen, und die Freiheit, die Gründe dafür zu bestimmen. Kein Wort von «letztes Mittel». Zweitens stellt eine Zwangslizenz keine Enteignung dar – die Patentinhaberin wird von der Generikaherstellerin entschädigt, das Patent bleibt gültig. Und drittens gibt es keine empirische Evidenz dafür, dass es in Ländern, die Zwangslizenzen erteilen – unter anderem die USA und Kanada – zu einem Rückgang der Innovation gekommen wäre.

Als eine Koalition um Public Eye den Wirtschaftsminister Johann Schneider-Ammann in einem offenen Brief mit diesen Widersprüchen konfrontierte und dazu aufforderte, illegitime Druckversuche auf Kolumbien zu unterlassen, umschiffte dieser in seinem Antwortschreiben sämtliche Kritikpunkte. Stattdessen betonte er, die Schweiz anerkenne vollumfänglich das Recht von WTO-Staaten, eine Zwangslizenz zu erteilen, und beteuert den Willen der Schweiz, die «enge Zusammenarbeit» mit Kolumbien fortzuführen und das Land dabei zu unterstützen, den Lebensstandard seiner Bevölkerung sukzessive zu verbessern. Genau das hatte auch der kolumbianische Gesundheitsminis-

Schlappe vor Gericht

Megamarkt Indien verwehrte Novartis Patent auf Glivec

Auch in Bezug auf den Blockbuster Glivec, der Novartis seit Markteinführung bereits über 50 Milliarden Franken eingebracht hat, ist Kolumbien nicht der erste Fall. 2001 brachte Novartis das Medikament in Indien auf den Markt – zu einem Monatspreis von 2500 US-Dollar. Bald kamen die ersten Generika auf den Markt – für 180 Dollar pro Monat. Nach dem Beitritt zur Welthandelsorganisation 2005 begann dann auch Indien, Patente auf Medikamente zu gewähren. Doch der Antrag für Glivec wurde vom indischen Patentamt abgelehnt. Der Grund: Der Hauptwirkstoff sei lediglich die Modifikation eines

bekanntes Wirkstoffes, also ein «Evergreen» und deshalb nicht patentierbar. Novartis kämpfte sieben Jahre lang gegen dieses Urteil an – bis der oberste indische Gerichtshof im April 2013 endgültig gegen das Unternehmen entschied. Dem bald bevölkerungsreichsten Land und damit einem der grössten Märkte den Rücken zukehren wollte Novartis aber natürlich nicht. Im Gegenteil: Während Novartis in den letzten Jahren in Basel Stellen abbaute, hat das Unternehmen im zentralindischen Hyderabad Hunderte neue Stellen geschaffen: Vor einem Jahr arbeiteten dort bereits 3500 Angestellte für das Unternehmen.

ter im Sinn – und stuft Glivec deshalb im April 2016 als von öffentlichem Interesse ein.

Geld oder Frieden

Public Eye zeigte sich damals ob der nicht selbstverständlichen Standhaftigkeit des kolumbianischen Gesundheitsministeriums hoch erfreut: «Kolumbien hält Schweizer Druck stand», schrieben wir als Titel über unsere Medienmitteilung vom 28. April 2016. Was wir damals nicht wussten: Am Tag zuvor hatte Andrés Flórez, Gesandter der kolumbianischen Botschaft in Washington, einen Brief an die kolumbianische Außenministerin María Ángela Holguín in Bogotá abgegeben. Darin berichtete er, der Finanzausschuss des US-Senats und der US-Handelsbeauftragte hätten ihre «grosse Besorgnis» über das kolumbianische Ansinnen, eine Zwangslizenz auf Glivec zu erteilen, kundgetan.

Angesichts der «direkten Verbindungen einer bedeutenden Gruppe von Kongressmitgliedern zur Pharmaindustrie» habe der «Fall Glivec» das Potenzial, eine Eskalation zu provozieren, die so weit gehen könnte, dass sie die Genehmigung der Finanzierung der Initiative «Paz Colombia» gefährden könnte, mahnte der Diplomat. Unter diesem Titel hatte der damalige Präsident Barack Obama im Februar 2016 über 450 Millionen US-Dollar versprochen, um die Friedensverhandlungen der kolumbianischen Regierung mit den Rebellen der Farc zu unterstützen. Nun also sollte dieses Versprechen wegen des Preises eines Medikaments einer Schweizer Firma infrage gestellt werden? In einem Schreiben tags darauf, diesmal an den Gesundheitsminister Gaviria, legte Diplomat Flórez unumwunden dar, weshalb die US-Pharmaindustrie derart beunruhigt sei: wegen der Möglichkeit, dass eine Glivec-Zwangslizenz «zu einem Präzedenzfall» werden könnte. Die Industrie fürchtet sich nicht in erster Linie vor einem Rückgang der Medikamentenumsätze in Kolumbien – sondern davor, dass ein Land anderen Ländern aufzeigt, dass sich mittels einer Zwangslizenz die auf Patentmonopolen beruhenden Fantasiepreise von Medikamenten tatsächlich senken lassen. Vor einem Beispiel, das, wenn es Schule macht, eine echte Gefahr für ihr derzeitiges Geschäftssystem darstellt. Vor dem Primat, dass das Recht auf Gesundheit dem Recht auf Profit vorgeht.

Drohen mit dem Schiedsgericht

Gleichzeitig verstärkte auch Novartis den Druck. In vertraulichen Schreiben behauptete der kolumbianische Sitz des Unternehmens im Frühling 2016 gegenüber dem Handelsministerium, eine Zwangslizenz würde das Investitionsschutzabkommen zwischen der Schweiz und Kolumbien verletzen – und drohte damit, ein privates internationales Schiedsgericht anzurufen und so die kolumbianische Gesetzgebung zu umgehen. Indem sich schliesslich Novartis-Chef Joseph Jimenez Anfang Juni 2016 direkt an den

kolumbianischen Präsidenten Santos wandte, machte er endgültig klar, wie ernst die amerikanisch-schweizerischen Druckversuche gemeint waren. Und sie entfalteten Wirkung. Als Gesundheitsminister Gaviria eine Woche darauf die Resolution verabschiedete, die das Medikament Glivec als von öffentlichem Interesse einstuft, war in dieser von einer Zwangslizenz plötzlich keine Rede mehr. Stattdessen begnügte sich das Ministerium mit einer Preissenkung: Im Dezember entschied es, den Preis von Glivec mit sofortiger Wirkung um 44 Prozent zu senken. Gegenüber «Radio Santa Fe» sagte Gaviria, eine Zwangslizenz sei ebenso erwogen worden, für die «langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems» sei die Festsetzung eines Höchstpreises aber als «zweckmässiger» betrachtet worden. Die kolumbianische Tageszeitung «Semana» feierte den Preisabschlag als ein Sieg Gavirias über Novartis und als «Meilenstein in der Geschichte des kolumbianischen Gesundheitssystems, in dem Patienten und ihre Bedürfnisse über die Interessen der Pharmaindustrie gestellt werden». Doch das ändert nichts daran: Das Schreckgespenst eines Präzedenzfalls hatte die Pharmaindustrie mit der Unterstützung der schweizerischen und der US-Politik abgewendet.

Klagen und politische Einflussnahme

Doch das war Novartis nicht genug: Am Tag, nachdem der Preisabschlag kommuniziert worden war, gab das Unternehmen bekannt, beim obersten Gerichtshof in Kolumbien eine Nichtigkeitsklage gegen die Erklärung des öffentlichen Interesses einzureichen. Es lägen keine «ausserordentlichen Umstände» vor, die diese rechtfertigen würden. Novartis räumte unumwunden ein, dass es dem Unternehmen nicht in erster Linie um die finanziellen Auswirkungen dieses konkreten Entscheids ginge – zumal das Patent auf Glivec 2018 sowieso ausläuft. Man sei vielmehr besorgt, «welche Auswirkungen diese ungerechtfertigte Erklärung auf das ganze System des geistigen Eigentums und für die Zukunft innovativer Medikamente» haben werde. Im Februar 2017 legte Novartis eine Klage gegen die Berechnungsgrundlage der Preisreduktion nach. Zudem versuchte Novartis, direkt auf das kolumbianische Gesetzgebungsverfahren einzuwirken. Über den kolumbianischen Pharmaverband Afidro setzte der Konzern die kolumbianische Regierung unter Druck, die Regeln für die «Erklärung des öffentlichen Interesses» zu ändern – so dass das industrienahes Handelsministerium solche künftig verhindern könnte. Vorerst bleibt Glivec in Kolumbien etwas erschwinglicher – doch sollte Kolumbiens oberster Gerichtshof im Sinne von Novartis entscheiden oder das Unternehmen tatsächlich ein privates Schlichtungstribunal anrufen, könnte sich dies bald ändern.

Nächte Runde: Jetzt gehts um Hepatitis C

Vollständig entmutigen liess sich Kolumbiens Gesundheitsministerium bislang jedenfalls nicht. Am 20. De-

zember letzten Jahres hat Gesundheitsminister Gaviria eine neuerliche Resolution verabschiedet, um abklären zu lassen, ob auch antivirale Wirkstoffe zur Behandlung von Hepatitis C als von öffentlichem Interesse eingestuft werden sollten. Wieder schwebt das Damoklesschwert des Präzedenzfalls über der Pharmaindustrie, und wieder hat diese umgehend reagiert. Der US-amerikanische Pharmaverband PhRMA forderte den kolumbianischen Gesundheitsdirektor in einem Brief vom 15. Januar «nachdrücklich auf», die «sowohl rechtlich als auch verfahrenstechnisch mangelhafte» Resolution aufzuheben. Diese sei unvereinbar mit Kolumbiens internationalen Verpflichtungen und dem Interesse des Landes, der «regelbasierten» Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) beizutreten. Auch der Pharmaverband liess das Schreiben in Kopie gleich auch direkt dem kolumbianischen Präsidenten Santos zukommen. In einem Schreiben an Handelsministerin María Lorena Gutiérrez doppelte der US-Handelsbeauftragte Robert Lighthizer im Februar nach: Kolumbien müsse konkrete Schritte unternehmen, um die «Bedenken» gewisser «zentraler Interessenvertreter» der Industrie bezüglich pharmazeutischer Belange auszuräumen. Es ist eine von drei Bedingungen, die Lighthizer nennt, damit die vereinigten Staaten beim nächsten OECD-Meeting einen Beitritt Kolumbiens unterstützen könnten.

Das Ass im Medikamentenpoker

Der kolumbianische Präsident Juan Manuel Santos wollte eigentlich nicht abtreten, ohne sein Land in die OECD geführt zu haben. Über den scheidenden Präsidenten heisst es auch, dass er ein passionierter Pokerspieler sei. Der mächtigste Gegenspieler Kolumbiens im Poker um tiefere

Medikamentenpreise ist Donald Trump. Ein Mann, der einen essenziellen Aspekt des Spiels bestens beherrscht: den Bluff. So hatte Trump vor seinem Amtsantritt wieder und wieder gesagt, er werde die Preise von Medikamenten drastisch senken und dafür sorgen, dass die Pharmaindustrie nicht mehr «mit Mord davonkommt». Nichts dergleichen ist geschehen. Als Trump im Januar in Davos am Weltwirtschaftsforum weilte, lud er neben 14 weiteren Wirtschaftskapitänen auch den neuen Novartis-Chef Vasant Narasimhan an ein privates Abendessen ein. Dieser gratulierte dem US-Präsidenten dafür, «ein grossartiges

Hat Kolumbien diesmal den Mut, das Ass der Zwangslizenz auszuspielen? Die Antwort auf diese Frage wird über das südamerikanische Land hinaus wegweisend sein.

Führungsteam» zu haben und «alle richtigen Dinge» zu unternehmen, «um Innovationen voranzutreiben». Auch Trump seinerseits dürfte gut auf den neuen Chef von Novartis zu sprechen gewesen sein. Überwies das Schweizer Unternehmen doch dem Anwalt des US-Präsidenten von März 2017 bis Februar 2018 monatlich 100 000 US-Dollar, wie kürzlich auskam – damit dessen Firma «Einfluss auf die amerikanische Gesundheitspolitik» nehme.

Trump und die Pharmaindustrie haben sich offenbar wieder lieb. Hat Kolumbien bei den Hepatitis-Medikamenten den Mut, das Ass der Zwangslizenz auszuspielen? Die Antwort auf diese Frage wird über das südamerikanische Land hinaus wegweisend sein.

Im Namen der Pharma

Auch Thailand bekam Post vom Bundesrat

Vor gut zehn Jahren, im Januar 2008, hatte sich auch Thailand entschieden, eine Zwangslizenz auf vier hochpreisige Krebsmedikamente – darunter zwei von Novartis und eines von Roche – zu verhängen. Die Antwort der Schweizer Regierung folgte auf dem Fuss: Im Februar unterrichtet sie die thailändische Regierung in einem sogenannten Aide Mémoire über die «ernsthafte Besorgnis» der Schweizer Pharmafirmen und mahnte sie, Zwangslizenzen müssten «eine Ausnahme» bleiben, weil sie sonst «das Patentsystem unterminieren» und den Anreiz, in Forschung und Entwicklung zu investieren, verringern würden. Zwangslizenzen – auch hier schon griff die Schweizer Regierung auf diese Formulierung

zurück – sollten erst als «letztes Mittel» in Betracht gezogen werden. Zusammen mit rund zwanzig Schweizer und thailändischen Organisationen forderte die damalige «Erklärung von Bern» den Bundesrat bereits damals auf, diese Druckversuche zu unterlassen. Auch gegenüber Thailand intervenieren neben der Schweiz auch die Vereinigten Staaten. Doch Thailand liess sich nicht beirren. 2012 kam eine Studie zum Schluss, dass das Land dank der sechs zwischen 2006 und 2008 verhängten Zwangslizenzen insgesamt 370 Millionen US-Dollar an Gesundheitskosten eingespart habe und 85 000 zusätzlichen Patientinnen und Patienten Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten bekamen.

Unsere Forderungen

Der Bundesrat muss seine Verantwortung zum Schutz der Gesundheit wahrnehmen

Die Preise neuer Krebstherapien steigen immer weiter – und stellen eine immer grössere Gefahr für den Fortbestand der weltweiten Gesundheitsversorgungssysteme dar. Auch die Schweizer Behörden stehen vor einer grundlegenden Entscheidung: Entweder helfen sie mit, eine der Hauptursachen für den Preisanstieg bei Arzneimitteln – die durch Patente verursachte Monopolstellung der Konzerne – effizient anzupacken. Oder sie begraben das kostbare Prinzip der umfassenden Grundversorgung.

Zweiklassenmedizin droht

Wird nichts gegen den stetigen Anstieg der Medikamentenpreise unternommen, werden sich Fälle, in denen Behandlungskosten nur beschränkt zurückerstattet oder Medikamente gar rationiert werden, wiederholen. Das Solidaritätsprinzip, das unserem System der obligatorischen Krankenversicherung zugrunde liegt, droht nach und nach zu erodieren. Mit der Folge, dass sich irgendwann nur noch wohlhabende Personen die neusten – sprich teuersten – Therapien leisten können – wie es in so vielen Entwicklungsländern bereits heute die Regel ist.

Zwangslizenz als Lösung

Ja, die multinationalen Pharmaunternehmen sind mächtig, und die Mittel eines einzelnen Nationalstaats sind beschränkt. Aber nein: Die exorbitanten Preise neuer Krebstherapien sind kein unabwendbares Schicksal, in das sich die Welt widerstandslos ergeben muss. Das Instrument der Zwangslizenz ist eine legitime und international anerkannte Möglichkeit, der Entwicklung hin

zu einer Zweiklassenmedizin entgegenzuwirken. Was nötig ist, um dieses Mittel anzuwenden: der politische Mut, gegen die auf Patentmonopolen basierende Machtposition der Pharmaindustrie vorzugehen.

Doch unser Bundesrat scheint bislang eher die Interessen von Novartis und Roche schützen zu wollen als das Recht auf Gesundheit. Er stellt sich gar offensiv in den Dienst der hiesigen Pharmaunternehmen, wenn ein Land wie Kolumbien das Instrument anwenden will.

Ein starkes politisches Signal

Eine Zwangslizenz auf Perjeta etwa, das hochpreisige Medikament, mit dem die an Brustkrebs erkrankte Nadja behandelt wird, würde dazu führen, einen besonders abgeschotteten Markt etwas zu liberalisieren. Roche verfügt über drei der vier Krebsmittel, die für die Behandlung von HER2-positivem Brustkrebs geeignet sind, und damit über eine äusserst lukrative Vormachtstellung. Eine Zwangslizenz auf Perjeta oder auf ein anderes hochpreisiges Medikament würde die Einführung kostengünstigerer Generika ermöglichen – und damit in der Behandlung von Nadja und ihren Leidensgenossen zu substantziellen Einsparungen führen.

Vor allem aber wäre die klare Anerkennung des Instruments und erst recht eine durch das «Pharmaland» Schweiz erlassene Zwangslizenz ein starkes politisches Signal: einerseits an die Pharmaindustrie, damit diese ihre Preispraxis, die Menschenleben kostet, überdenkt. Und andererseits an all die Staaten, deren Bevölkerungen tagtäglich für den Zugang zu Krebsbehandlungen kämpfen; dass sie das Recht haben, das Instrument der Zwangslizenz anzuwenden.

Wir verlangen:

- dass der Bundesrat das legitime politische Instrument der Zwangslizenz klipp und klar anerkennt – und die Formulierung in seiner Gesundheitsausserpolitik-Strategie ändert, die besagt, dass die Schweiz die Anwendung der TRIPS-Flexibilitäten lediglich «in Notsituationen» anerkennt.
- dass der Bundesrat aufhört, Länder unter Druck zu setzen, die vom Instrument der Zwangslizenz Gebrauch machen wollen.
- dass der Bundesrat das Instrument der Zwangslizenz anwendet, wenn die Kosten für ein überbeuertes Medikament vom schweizerischen Gesundheitssystem nicht mehr getragen werden können.

A collage of hands pointing to text on a background of pills and tissue. The background is a purple and white histological tissue section. Scattered throughout are various pills and capsules in colors like yellow, red, blue, green, and white. Several hands are visible, pointing towards the text blocks. A small brown pill bottle is also present at the top center.

Wir verlangen,

... dass der Bundesrat
das legitime politische
Instrument der Zwangslizenz
klipp und klar anerkennt.

... dass der Bundesrat aufhört,
Länder unter Druck zu setzen,
die vom Instrument der
Zwangslizenz Gebrauch
machen wollen.

... dass der Bundesrat das Instrument
der Zwangslizenz anwendet, wenn die
Kosten für ein überteuertes
Medikament vom Schweizerischen
Gesundheitssystem nicht mehr
getragen werden können.

Deshalb unterstützt die Krebsliga die Kampagne von Public Eye

Die Schweiz braucht bezahlbare Krebsmedikamente – heute und in Zukunft

Wenn von steigenden Medikamentenpreisen die Rede ist, werden als Beispiele meistens die neuen, hochpreisigen Therapien im Bereich Krebs und Immunologie genannt. Die hohen Preise belasten unser Gesundheitssystem und führen zusehends zu Ungleichbehandlungen. Hochpreisige Krebsmedikamente können auch in einem Land mit hochentwickeltem Gesundheitssystem wie der Schweiz zu Rationierungen führen und den gerechten Zugang für alle Betroffenen gefährden. Es stellt sich deshalb die Frage, was sich an der heutigen Preispolitik ändern muss.

TEXT: FRANZISKA LENZ, LEITERIN POLITIK & PUBLIC AFFAIRS BEI DER KREBSLIGA SCHWEIZ

Bundesrat Alain Berset musste auch für 2018 eine Erhöhung der Krankenkassenprämien verkünden. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 haben sich die Prämien mehr als verdoppelt. Die Ursachen für den Anstieg sind, je nachdem, welche Branchen oder Fachleute man fragt, unterschiedlich. Einigkeit herrscht darüber, dass der rasante Fortschritt in der Medikamentenforschung und -entwicklung einerseits gewünschte therapeutische Erfolge für Betroffene bringt, andererseits jedoch eine zunehmende Herausforderung für unser solidarisch finanziertes Gesundheitswesen darstellt. Und das Solidaritätsprinzip wird in Zukunft noch mehr herausgefordert: Die Zahl der Krebsbetroffenen wird beispielsweise aufgrund der demografischen Entwicklung stark ansteigen. Und durch innovative und erfolgreiche neue Behandlungsmethoden können heute Betroffene mit Krebserkrankungen länger überleben. Krebs hat sich zur chronischen Erkrankung entwickelt.

Satte und unfaire Profite

Eine kürzlich veröffentlichte Analyse¹ zeigt, dass der Anteil der Krebsbehandlungen (gemessen an den direkten Kosten für Spitäler, Ärzte, Laboranalysen, Pflege oder Medikamente) im Vergleich zu den gesamten Gesundheitskosten zwar relativ tief ist. Aber die relativ vielen neuen Krebstherapien, die auf den Markt kommen, werden immer teurer. Gemäss dem Helsana Arzneimittelreport² liegt die Gruppe der «Krebs/Immunsystem»-Medikamente seit 2013 punkto Kosten an erster Stelle aller Arzneimittel. Diese Medikamente machten 2016 beinahe einen Viertel der gesamten Medikamentenkosten aus – dabei entsprechen sie lediglich 1,5 Prozent aller Bezüge.

Der Medizin sind in den letzten fünfzig Jahren bedeutende Fortschritte im Kampf gegen den Krebs gelungen. Heute können in finanziell gut aufgestellten Ländern mit einem funktionierenden Gesundheitssystem wie der Schweiz mehr als die Hälfte der Krebsbetroffenen geheilt oder zunehmend erfolgreich behandelt werden. Gleichzei-

tig sind Krebsmedikamente der grosse Treiber der Pharmaindustrie. Patente verhelfen den Pharmaunternehmen zu Monopolstellungen und exklusiven Absatzmärkten. Dass die Pharmaindustrie die Preise losgelöst von den Forschungs- und Herstellungskosten ihrer Arzneien diktieren kann, sorgt für satte und unfaire Profite.

Mehr für Marketing als für Forschung

Die Pharmaindustrie rechtfertigt die hohen Medikamentenkosten mit ihrem grossen Aufwand für Forschung und Entwicklung, doch in Tat und Wahrheit gibt sie deutlich mehr für Marketing aus. Mit Verweis auf das Geschäftsgeheimnis weigern sich die Unternehmen, die wahren Entwicklungskosten öffentlich auszuweisen. Die Grundlagenforschung, die zu Patenten führt, wird zudem weitgehend von der Öffentlichkeit bezahlt, da diese fast ausschliesslich an Universitäten und öffentlich finanzierten Instituten geleistet wird. Doch Verhandlungen mit Unternehmen, die ein Monopol haben, sind schwierig. Regulierungsbemühungen, um die Kosten einzudämmen, laufen meist ins Leere. Versuche in der Vergangenheit, Preisreduktionen in der Schweiz durchzusetzen, haben nur zu marginalen Preisabschlägen geführt. Oder Pharmaunternehmen haben beschlossen, die Produkte ganz von der Spezialitätenliste zu nehmen, wenn sie mit den Preisen nicht einverstanden waren.

Eine versteckte Rationierung

Dieses Vorgehen führt in die Problematik der uneinheitlichen Bewilligung und Vergütung von Off-Label-Anwendungen. Bei Behandlungen mit Medikamenten ausserhalb ihrer Zulassung kann es vom Wohnort oder von der Krankenkasse abhängig sein, ob einer Patientin oder einem Patienten eine oft überlebenswichtige Behandlung vergütet wird oder nicht. Für Betroffene ist dies eine unhaltbare und ungerechte Situation. Die aktuelle Vergütungsregelung gemäss der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) führt dazu, dass die Versicherer vergleichbare



Fälle unterschiedlich vergüten – weil sie verschiedene Nutzenbewertungsmodelle einsetzen, die Vertrauensärztinnen und -ärzte unterschiedliche Empfehlungen abgeben und sich die Pharmaunternehmen zu wenig und uneinheitlich an der Finanzierung der Kosten beteiligen. So gesehen bringt die heutige Situation eine versteckte Rationierung mit sich, weil beispielsweise Behandlungen willkürlich abgelehnt oder aufgrund des grossen bürokratischen Aufwands gar nicht erst beantragt werden.

Therapien dürfen keine Geldfrage sein

Sinnvolle Therapien für lebensbedrohliche Erkrankungen wie Krebs dürfen aber auch in Zukunft nicht nur denjenigen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, welche diese selbst finanzieren können. Solche Behandlungen sind Teil der solidarischen Grundversicherung und müssen allen Betroffenen zur Verfügung stehen. Daher braucht es fairen Zugang und bezahlbare Preise von Krebsmedikamenten. Die Politik muss ihre Verantwortung wahrnehmen. Die Interessen der Wirtschaft dürfen nicht über den Interessen der Menschen stehen. Neben der Kostenentwicklung muss auch der Nutzen in die Betrachtungen miteinbezogen werden. Es braucht bezahlbare Krebsmedikamente, deshalb müssen für die Preisfindung für innovative Medikamente im Hochpreisbereich ebenso neue Lösungen gefunden werden wie für den Zulassungsbereich der Medikamente. Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft sind gefordert. Der Helsana Arzneimittelreport 2017 zitiert Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832): «Es ist nicht genug zu wissen – man muss auch anwenden; es ist nicht genug zu wollen – man muss auch tun.» Dem ist in dieser Sache nichts hinzuzufügen.

¹Wieser S, Riguzzi M, Pletscher M, Huber CA, Telser H, Schwenkgenks M. How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts. The European Journal of Health Economics, 2017.

²Helsana Arzneimittelreport 2017, <https://www.helsana.ch/docs/anzneimittelreport-2017.pdf> (zugegriffen am 29.05.2018).

Gilbert Zulian

Präsident der Krebsliga Schweiz

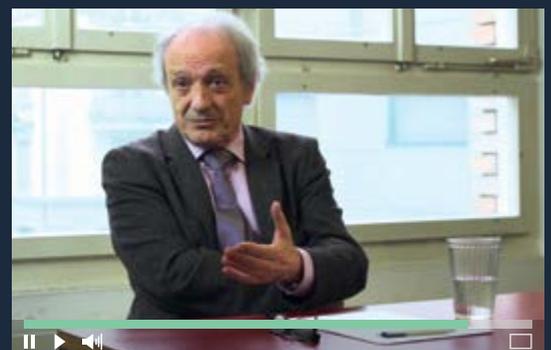


«Wir haben in der Schweiz eines der besten, wenn nicht das beste Gesundheitssystem der Welt, dessen Kosten für die Bürgerinnen und Bürger erträglich sind. Aber mit der Markteinführung von Medikamenten, die nicht mehr Tausende oder Zehntausende, sondern Hunderttausende von Franken kosten, gerät dieses Gleichgewicht ins Wanken. Die Politik muss Wege finden, darauf zu reagieren.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch

Franco Cavalli

Onkologe & alt Nationalrat



«Die zwei wichtigsten Möglichkeiten, um illegitime Medikamentenpreise zu bekämpfen, sind einerseits Transparenz über die Kosten zu schaffen und andererseits die Zwangslizenz. Eine Zwangslizenz wäre natürlich nicht nur bei uns, sondern auch in Entwicklungsländern die beste Waffe, um die Kosten zu senken. Aber wenn man in der Schweiz, die als Hochburg der Pharmamultis gilt, eine Zwangslizenz erreichen könnte, hätte das weltweit Signalwirkung.»

Video auf www.bezahlbaremedis.ch

Nach unserer Recherche Ägypten diskutiert Gesetzesentwurf zu klinischen Versuchen

Im Juni 2016 hat Public Eye in einem Bericht aufgezeigt, wie Pharmafirmen bei Medikamententests in Ägypten gegen ethische Richtlinien verstossen. Knapp zwei Jahre später ist unsere Forderung nach strengerer staatlicher Regulierung ins ägyptische Parlament durchgedrungen.

Ägypten ist eine attraktive Destination für klinische Versuche multinationaler Pharmafirmen. Die Bevölkerungszahl – und damit die Zahl der Patientinnen und Patienten – ist hoch, die Kliniken sind im regionalen Vergleich gut ausgerüstet, die Kosten sind tief. Schweizer Firmen sind im Land besonders aktiv. Eine Stichprobe vom 15. April 2018 ergab 42 aktive klinische Versuche von multinationalen Pharmaunternehmen in Ägypten, wovon 17 von Roche oder Novartis durchgeführt wurden. Das sind gut 40 Prozent.

Internationale Standards verletzt

Public Eye publizierte im Sommer 2016 gemeinsam mit holländischen und ägyptischen Partnerorganisationen einen 60-seitigen Bericht über die Situation klinischer Versuche in Ägypten. Das Fazit war eindeutig: In vielen Fällen wurden die internationalen ethischen Standards verletzt – auch von den Schweizer Pharmamultis. Denn manche in Ägypten getestete Medikamente kamen dort gar nie auf den Markt, andere sind derart teuer, dass sie sich kaum jemand leisten kann. Eine klare Verletzung internationaler Standards. Und zudem ist in vielen Fällen äusserst fraglich, ob die Testpersonen tatsächlich freiwillig oder nicht viel eher aus wirtschaftlicher Not an Versuchen teilnehmen.

Medien in der Schweiz, in den Niederlanden und in Ägypten berichteten über unsere Ergebnisse. In Ägypten seien die Reaktionen in der Bevölkerung teils heftig ausgefallen, berichtete Ayman Sabae von unserer Partnerorganisation Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR). Manche hätten gar verlangt, dass eine Regierung, die solche Medikamententests zulasse, zurücktrete. So weit kam es zwar nicht. Aber unser Report hat immerhin dazu beigetragen, dass in Ägypten derzeit ein Gesetzesentwurf zum Thema der klinischen Versuche beraten wird.

Keine gesetzliche Grundlage für Tests

Die Durchführung und Überwachung von klinischen Versuchen ist in Ägypten ungenügend geregelt. Auch die Verantwortlichkeiten einzelner Akteure sind unklar. Firmen, die bei ihren Versuchsreihen unethisch handeln, können vor Ort also kaum zur Verantwortung gezogen werden. Deshalb forderten wir in unserem Bericht auch die ägyptischen Behörden zum Handeln auf.

Ein neues Gesetz solle dafür sorgen, dass die klinischen Versuche der ägyptischen Bevölkerung zugute-

kommen, schrieben wir damals unter «Empfehlungen». Des Weiteren forderten wir, dass die Patientinnen und Patienten ausreichend informiert werden, damit eine freiwillige Teilnahme gemäss internationaler ethischer Standards garantiert ist. Und wir verlangten, dass ihnen das Recht auf eine Fortsetzung der Behandlung nach Abschluss der Studie gewährt wird.

Kurz: Die Behörden sollten sicherstellen, dass die internationalen ethischen Richtlinien eingehalten werden. Und tatsächlich: Als der Gesundheitsminister den Gesetzesentwurf am 25. Februar 2018 dem Parlament vorlegte, habe er wortwörtlich die Forderungen aus unserem Bericht wiedergegeben, sagt Ayman Sabae.

«Grosses Transparenzproblem»

Den gesamten Inhalt des Gesetzesentwurfs kann aber auch Ayman Sabae vorerst nur erahnen. Seine Organisation arbeitet zwar daran, das Papier in die Hände zu bekommen – aber das Gesundheitsministerium sei diesbezüglich sehr verschwiegen, sagt er. Wie lange die Vernehmlassung dauere, sei ebenfalls völlig unklar. «Wir haben ein grosses Transparenzproblem in Ägypten», sagt unser Kollege in Kairo.

Die Entscheidung könne irgendwann über Nacht gefällt werden, oder aber es könnten noch mehrere Jahre vergehen. Bevor das Gesetz in Kraft trete, müsse man aber auf jeden Fall auch noch die Verabschiedung zahlreicher Durchführungsbestimmungen abwarten – dies allein werde sicher mindestens sechs Monate dauern.

Ein Verdienst unserer Recherche ist auf jeden Fall schon einmal, dass das Thema der klinischen Versuche in Ägypten mittlerweile kontrovers diskutiert wird. Während sich Teile der Zivilbevölkerung generell darüber empörten, dass internationale Pharmaunternehmen Ägypter und Ägypterinnen als Versuchskaninchen missbrauchen, wurden aus religiösen Kreisen etwa wegen der Ausfuhr von Gewebeproben oder Blut Vorbehalte laut. Ein Juraprofessor sagte gemäss der Website der ägyptischen Zeitung Shorouk News zudem, der Gesetzesentwurf widerspreche islamischem Recht und der ägyptischen Verfassung.

Angst um Einnahmequelle

Manche Politiker trieben die Diskussion wiederum mit finanziellen Argumenten voran. So rechnete etwa der Vorsitzende des Ausschusses für Bildung und Forschung



im Repräsentantenhaus vor, wie gross die Einnahmen aus klinischen Versuchen für Schwellenländer sein könnten. In Jordanien seien klinische Versuche eine der wichtigsten Einnahmequellen, erzählte er. Mit den Medikamententests würden dort Milliarden von Dollars verdient. In Ägypten sinkt derzeit die Anzahl der klinischen Versuche tendenziell. Medikamententests sind immer auf mehrere Jahre ausgelegt – der aktuelle Rückgang ist also möglicherweise darauf zurückzuführen, dass gerade mehrere Studien abgeschlossen wurden. Es ist allerdings auch vorstellbar, dass die Pharmafirmen aufgrund der kritischen Berichterstattung verschiedener Medien und NGOs zurückhaltender darin geworden

sind, Versuche in Ägypten zu starten. Vor Kurzem wurden die Ergebnisse aus unserem Bericht ein weiteres Mal bestätigt. Am 11. April 2018 strahlte der Fernsehsender Deutsche Welle Arabia eine knapp einstündige Sendung zu klinischen Versuchen in Ägypten aus, in der weitere Fälle von Tests aufgedeckt wurden, die gegen ethische Richtlinien und auch gegen geltendes ägyptisches Recht verstossen. Auch in diesem Beitrag wurde die Wichtigkeit einer Gesetzgebung betont, die klinischen Versuchen in Ägypten einen rechtlichen und ethischen Rahmen gibt. Es ist zu hoffen, dass die Parlamentarierinnen und Parlamentarier den existierenden Gesetzesentwurf mit der gebührenden Dringlichkeit vorantreiben.

Heilungschancen dürfen keine Geldfrage sein.
Weder in der Schweiz noch sonstwo.

Unterstützen Sie unsere Kampagne für
#bezahlbaremedis

Unterschreiben Sie unsere
Sammelbeschwerde an den Bundesrat.



Danke, wenn Sie die Antwortkarte ausfüllen oder direkt online unterschreiben:

www.bezahlbaremedis.ch

Wo Konzerne lieber im Verborgenen agieren und die Politik dies zulässt, da schaut Public Eye ganz genau hin: Mit Recherchen, Lobbyarbeit, Kampagnen und politischen Vorstössen setzen wir uns dafür ein, dass Schweizer Unternehmen und die offizielle Schweiz ihre Verantwortung zur weltweiten Achtung der Menschenrechte wahrnehmen.

Public Eye, Dienerstrasse 12, Postfach, 8021 Zürich
Tel. +41 (0) 44 2 777 999, kontakt@publiceye.ch, Postkonto 80-8885-4

www.publiceye.ch

[@publiceye_ch](https://twitter.com/publiceye_ch) www.facebook.com/publiceye.ch [@publiceye_ch](https://www.instagram.com/publiceye_ch)



Erklärung von Bern