



EIN SYSTEM VERFEHLT SEIN ZIEL

Warum sich medizinische Forschung
an den Bedürfnissen der Patientinnen
und Patienten orientieren muss

„Was bringen bahnbrechende neue Medikamente, wenn die Patienten sich die Behandlung nicht leisten können?“

Jessica Burry, Pharmazeutin der Medikamentenkampagne von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

Jeden Tag erleben die Teams von ÄRZTE OHNE GRENZEN, dass Menschen, die dringend Hilfe benötigen, nicht adäquat behandelt werden können. Wir sehen in Swasiland, dass Patientinnen und Patienten mit multiresistenter Tuberkulose ihr Gehör verlieren, weil die zur Verfügung stehenden Antibiotika toxische Nebenwirkungen haben. In der Demokratischen Republik Kongo können nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Schlafkrankheit untersucht werden, weil eine Kühlkette, die für die diagnostischen Verfahren erforderlich ist, nicht gewährleistet werden kann. In Tadschikistan stellen unsere Kolleginnen und Kollegen selbst Tuberkulose-Medikamente für Kinder zusammen, weil keine geeigneten Dosierungen für sie entwickelt werden. Dies sind nur einige Beispiele eines inzwischen globalen Phänomens: Es gibt keine geeigneten Präparate für sogenannte armutsassoziierte und vernachlässigte Krankheiten, obwohl sie dringend benötigt werden.

Für Krankheiten wie beispielsweise Buruli Ulkus, Kala Azar oder auch Malaria und Tuberkulose, die vor allem Menschen in ärmeren Ländern betreffen, sind Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente häufig entweder mangelhaft, nicht für die klimatischen und strukturellen Gegebenheiten vor Ort zugeschnitten oder einfach nicht vorhanden. Gleiches gilt für Krankheiten wie Ebola, die in der Vergangenheit nicht häufig aufgetreten sind, sich aber zu Pandemien ausweiten können. Zudem zeigt der weltweit starke Anstieg von Antimikrobiellen Resistenzen oder Antibiotika-Resistenzen – auch in Deutschland – eindrücklich, dass es für Krankheiten, die beispielsweise nicht langwierig behandelt werden müssen, kaum neue effektive Medikamente und moderne Diagnostika gibt.

Die fehlende Forschung an bestimmten Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten ist das Resultat eines fehlgeleiteten Forschungssystems. Forschung und Entwicklung findet hauptsächlich zu Produkten statt, die am Ende möglichst hohe wirtschaftliche Gewinne generieren. Forschung orientiert sich damit nicht an den größten medizinischen Bedürfnissen. Was zählt, ist der Unternehmensumsatz. Daher sind Krankheiten, die zwar Millionen Menschen in ärmeren Ländern betreffen, in wohlhabenderen Ländern aber nicht häufig auftreten, oder Krankheiten, die nicht dauerhaft behandelt werden müssen, in der Forschung und Entwicklung vernachlässigt – obwohl der Bedarf sehr hoch ist. Wenn es brauchbare Präparate gibt, sind sie für die Betroffenen oft nicht bezahlbar – sowohl in armen als auch in reichen Ländern. Die aktuellen Preise für hochwirksame Medikamente gegen Hepatitis C oder Krebs sind hierfür viel diskutierte Beispiele. Aus ökonomischer Sicht handelt es sich um ein klassisches volkswirtschaftliches Marktversagen, da der Markt nicht in der Lage ist, den gesellschaftlichen Bedarf zu decken.

EBOLA-VIRUS

ÄRZTE OHNE GRENZEN war eine der ersten internationalen Organisationen, die während des Ebola-Ausbruchs 2014 in Westafrika medizinische Nothilfe leistete. Wir haben darum gekämpft, Leben zu retten und eine weitere Ausbreitung des Virus zu verhindern. Doch weder ein Impfstoff noch geeignete diagnostische Tests oder wirksame Medikamente waren verfügbar.



„Wir versuchen, die Epidemie zu stoppen, aber wir kämpfen mit Sprühflaschen gegen einen Waldbrand.“

Ella Watson-Stryker, Mitarbeiterin von ÄRZTE OHNE GRENZEN, Sierra Leone, 2014.

Obwohl das Ebola-Virus schon vor über 40 Jahren entdeckt wurde, ist die Erforschung der Krankheit sowie die Forschung an Impfstoffen, Diagnostik und Therapien nie prioritär vorangetrieben worden. Es existierten jedoch lange vor dem Ebola-Ausbruch 2014 einige vielversprechende Impfstoffkandidaten. Weiterführende klinische Studien in der Anwendungsforschung blieben jedoch aus. Es bestand kein kommerzielles Interesse an einem Impfstoff gegen die Krankheit. Erst jetzt, nach dem verheerenden Ebola-Ausbruch in Westafrika mit mehr als 11.000 Toten, gibt es einen aussichtsreichen Impfstoff. Dieser muss allerdings in speziellen Boxen bei minus 80 Grad Celsius gekühlt werden und ist somit nicht oder nur unter größtem Aufwand in den betroffenen Gebieten anwendbar.

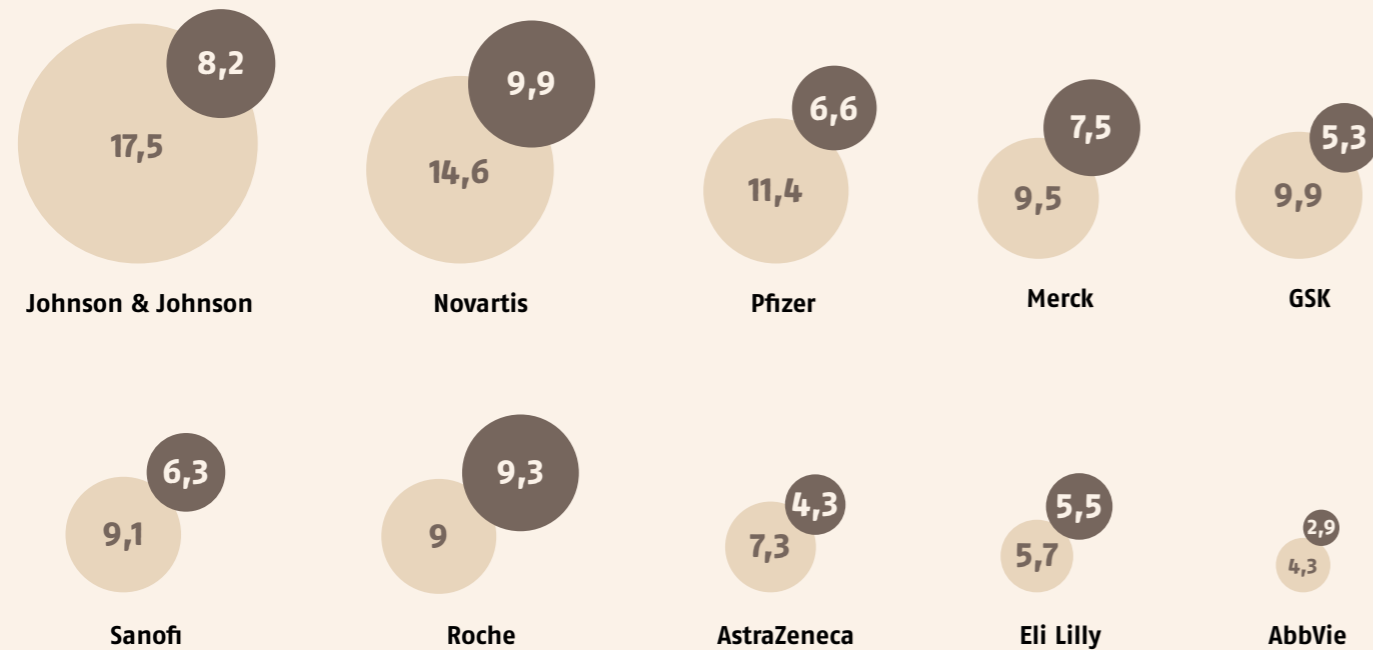
Ebola zeigt, dass auch für neue und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten, sogenannte Emerging Diseases, Forschungslücken bestehen und die Weltgemeinschaft unzureichend auf globale Gesundheitskrisen vorbereitet ist. Trotz hoher Krankheitslast stehen vielfach keine adäquaten medizinischen Produkte zur Prävention, Diagnostik und Behandlung zur Verfügung.

HOHE PREISE GLEICH TEURE FORSCHUNG?

Oft werden hohe Kosten für Forschung und Entwicklung als Grund für astronomische Medikamentenpreise angegeben. Was die Entwicklung neuer Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente private Unternehmen tatsächlich kostet, lässt sich nicht abschließend beantworten. Pharmazeutische Unternehmen veröffentlichen hierzu keine belastbaren Zahlen. Trotzdem wird wiederholt behauptet, dass es bis zu 2,6 Milliarden US-Dollar koste, ein neues Medikament auf den Markt zu bringen. Neben den Kosten für Forschung und Entwicklung begründen Unternehmen die hohen Preise oft mit notwendigen Investitionen zur Erforschung zukünftiger Behandlungen. Tatsächlich jedoch reinvestieren die Unternehmen nur einen sehr geringen Anteil ihrer Gewinne in die Forschung. Von den zehn größten Pharmafirmen weltweit gibt lediglich ein Unternehmen an, mehr Geld für Forschung als für Marketing auszugeben (siehe Seite 4).

Trotzdem fordern Regierungen weltweit bisher wenig bis keine Transparenz zu den Forschungs- und Entwicklungskosten ein, obwohl staatliche Gelder die Forschung und Entwicklung neuer biomedizinischer Produkte zu einem Großteil mitfinanzieren. Patientinnen und Patienten weltweit zahlen für Medikamente im Grunde doppelt: Erstens, indem ihre Steuergelder die Grundlagenforschung mitfinanzieren. Zweitens, indem sie aus der eigenen Tasche oder durch die Krankenkassen, die sie mitfinanzieren, die immensen Produktpreise zahlen. Um einen zielführenden Diskurs über faire Preise und die bestmögliche Finanzierung von Forschung zu führen, sind Informationen zu den tatsächlichen Kosten von Forschung und Entwicklung sowie die Preisgestaltung von Medikamenten essentiell.

AUSGABEN PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMEN FÜR MARKETING VERSUS FÜR FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG



Ausgaben der Pharmaindustrie für Forschung und Marketing, Quelle: GlobalData via Dadavix; zuerst erschienen in „Lives on the Edge: Time to align medical research and development with people’s health needs“, Access Campaign, Mai 2016

- Ausgaben für Marketing in Milliarden US-Dollar
- Ausgaben für Forschung und Entwicklung in Milliarden US-Dollar

„Ohne Zugang zu wirksameren, sichereren und bezahlbaren Tuberkulosemedikamenten ist den Menschen nicht geholfen“

Dr. Grania Bridgen, The Lifeprize
Project Lead The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union)

Um dem extremen Marktversagen des klassischen Forschungs- und Entwicklungssystems im Bereich Tuberkulose (TB) zu begegnen, wurde das Forschungsmodell „The Life Prize“ geschaffen. „The Life Prize“ soll einen neuen, offenen und kollaborativen Rahmen schaffen, der mit finanzieller Förderung Forschung anstößt (sogenannte Push-Mechanismen), Resultate mit Forschungsprämien belohnt (sogenannte Pull-Mechanismen) und Forschungsdaten und geistige Eigentumsrechte mit anderen Forschungseinrichtungen und Firmen teilt (sogenannte Pooling-Mechanismen). So soll die Forschung zu resistenter TB vorangebracht

werden. Ziel ist eine neue und vollständig oral einnehmbare TB-Therapie, die ohne die bisherigen drastischen Nebenwirkungen schnell und hocheffektiv gegen alle Formen der TB wirkt – und zwar innerhalb kürzester Zeit und zu bezahlbaren Preisen.

PRIORITÄTEN ANDERS SETZEN: BEDARF STATT PROFIT

Um die Forschung an dringend benötigten Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten zu sichern, müssen andere Anreize für Forschung und Entwicklung sowie entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dabei müssen insbesondere die Bedürfnisse von Menschen in ärmeren Ländern und der bestehende medizinische Bedarf in den Vordergrund gestellt werden. Um die Lücken des derzeitigen Innovationssystems zu schließen, ist es notwendig, die Kosten für Forschung und Entwicklung von den finalen Produktpreisen und Verkaufsmengen zu entkoppeln. Das sogenannte de-linkage-Konzept, welches auch von den Vereinten Nationen (UN) empfohlen wird, sollte als Grundlage für eine solche Entkopplung dienen. Es beschreibt eine Forschungsförderung, die bedarfsorientiert und evidenzbasiert ist sowie den Prinzipien der Bezahlbarkeit, Effektivität, Effizienz und Gleichheit als globale gemeinsame Verantwortung gerecht wird.

Bei diesen innovativen Ansätzen wird Forschung und Entwicklung durch neue Mechanismen finanziert, die nicht auf hohe Absatzmengen oder Produktpreise abzielen. Nur so kann gewährleistet werden, dass notwendige Forschung auch dann stattfindet, wenn keine riesigen Unternehmensgewinne winken und die finalen Produkte für alle Menschen weltweit bezahlbar sind. Effektive Gesundheitsprodukte konnten so bereits entwickelt werden, wie zum Beispiel ein Meningitis-Impfstoff zum Preis von 0,50 US-Dollar pro Dosis sowie weitere neue, bezahlbare Behandlungen von vernachlässigten Krankheiten.

Die öffentliche Hand, die bereits einen großen Teil der Forschungskosten vor allem in der Grundlagenforschung trägt, muss Prioritäten setzen und sich dafür einsetzen, dass Investitionen effizient genutzt und umgesetzt werden. Dazu gehört auch der kollaborative Umgang beispielsweise mit öffentlich finanzierten Forschungsergebnissen und -daten oder geistigen Eigentumsrechten, damit Forschung vorangebracht statt blockiert wird. Ein weiteres beispielhaftes Instrument können öffentlich ausgeschriebene Forschungsprämien sein, die das Erreichen bestimmter Forschungsziele – auch in Etappen – mit einem festen Geldbetrag (sogenannte Milestone Prizes) honorieren. Im Gegenzug verpflichten sich die Forschenden, ihre Innovation der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und auf hohe Produktpreise zu verzichten.

Altbewährte Finanzierungsinstrumente der Grundlagenforschung, wie die öffentliche Förderung von Projekten und Forschungsinstituten, sollten gestärkt werden. Dabei sollte die medizinische Anwendungsforschung bis hin zur Marktreife eines Produktes stärker unterstützt werden. Es besteht sonst die Gefahr, dass insbesondere die klinischen Studien, die traditionell von der kommerziellen Pharmaindustrie übernommen werden, ausbleiben. Dringend benötigte Präparate können so nicht zur Marktreife gelangen. Viele dieser Instrumente und Ansätze werden aktuell auf UN-Ebene und bereits seit einigen Jahren bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Arbeit der Expertenarbeitsgruppe zu Forschung und Entwicklung (CEWG) diskutiert und implementiert.

HEPATITIS C

Jedes Jahr sterben 700.000 Menschen, überwiegend in ärmeren Ländern, an den Folgen der Hepatitis-C-Erkrankung, beispielsweise durch Leberkrebs oder Leberversagen, obwohl die Krankheit mit einer hochwirksamen, zwölfwöchigen Therapie geheilt werden kann. Doch aufgrund der hohen Preise für das lebensrettende Medikament „Sofosbuvir“ haben weltweit zu wenig Erkrankte Zugang zu der Behandlung. Bis Ende 2016, drei Jahre nach der Einführung von „Sofosbuvir“, wurden weltweit lediglich circa 2,1 Millionen Menschen damit behandelt, sodass mehr als 69 Millionen Menschen noch immer keinen Zugang zu dem Medikament hatten.

„Sofosbuvir ist so teuer, dass Millionen Menschen mit Hepatitis C derzeit nicht mit dem Medikament behandelt werden können.“

Isaac Chikwanha, Hepatitis-C-Experte der Medikamentenkampagne von ÄRZTE OHNE GRENZEN

Das Pharmaunternehmen Gilead orientierte sich bei der Preissetzung für das Hepatitis-C-Medikament „Sofosbuvir“ nicht an den Forschungs- und Entwicklungskosten. Stattdessen legte das Unternehmen den angenommenen individuellen Wert der Heilung zugrunde. Die zwölfwöchige Behandlung kostete zu den ursprünglichen Preisen der Pharmahersteller Gilead und Bristol-Myers Squibb (BMS) in den USA 147.000 US-Dollar, obwohl eine Tablette in der Herstellung weniger als einen US-Dollar kostet.

In Deutschland kostet eine Tablette circa 600 Euro, was in etwa 50.400 Euro für eine zwölfwöchige Therapie entspricht. Würden alle 300.000 Hepatitis-C-Patienten in Deutschland mit „Sofosbuvir“ behandelt, würde das die deutschen Krankenkassen 15 Milliarden Euro kosten. Das wäre fast die Hälfte aller Ausgaben für Arzneimittel der gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2016. Auch in vielen Ländern des globalen Südens verlangten die Unternehmen exorbitante Preise, was Behandlungsprogramme lähmte und dazu führte, dass nur wenige Patientinnen und Patienten behandelt werden konnten.

Im Jahr 2015 musste auch ÄRZTE OHNE GRENZEN für die Medikamente einer Hepatitis-C-Therapie noch Preise zwischen 1.400 und 1.800 US-Dollar bezahlen. Nach Verhandlungen mit Generika-Herstellern zahlt ÄRZTE OHNE GRENZEN für die entscheidenden Medikamente „Sofosbuvir“ und „Daclatasvir“ einen Preis von nur 1,40 US-Dollar pro Tagesdosis beziehungsweise 120 US-Dollar für eine zwölfwöchige Behandlung. Regierungen weltweit müssen alle Möglichkeiten ausschöpfen, um Zugang zu bezahlbaren Generika zu bekommen, sodass sie für die Behandlung von Millionen Menschen sorgen können, die diese dringend benötigen. Auch sollte sich an Ländern wie Malaysia ein Beispiel genommen werden, wo Zwangslizenzen ausgestellt werden, wenn Patente den Zugang zu lebensnotwendigen Behandlungen verhindern.

Globale Herausforderung: Antimikrobielle Resistenzen

Immer häufiger entwickeln Krankheitserreger gegen verfügbare Medikamente Resistenzen. Die Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** sind in den Einsatzländern mit resistenten Keimen konfrontiert: sie erschweren die Behandlung von Kriegsverletzungen in Jordanien, Tuberkulose-Patientinnen und Patienten in Usbekistan und die Versorgung von Brandwunden im Irak. Sogar Neugeborene können aufgrund von Resistenzen oft nur schwer mit den verfügbaren Medikamenten therapiert werden.

Antimikrobielle Resistenzen können in reicheren und in ärmeren Ländern dazu führen, dass bisher behandelbare Krankheiten wie Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder einfache Wunden wieder lebensgefährlich werden. Trotzdem wurde seit 1987 keine neue antibiotische Wirkstoffklasse entwickelt. Hier zeigt sich das Versagen des klassischen Forschungssystems: Antibiotika stellen für die kommerzielle pharmazeutische

Forschung keine attraktiven Forschungsanreize dar, weil sie zeitlich begrenzt und potentiell restriktiv eingesetzt werden sollen. Zwar existiert eine, oft durch die öffentliche Hand geförderte Grundlagenforschung, eine Translation in die Anwendungsforschung findet jedoch zu selten statt.

Nicht nur fehlende Innovationen in der Antibiotikaforschung sind ein Problem, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Es braucht auch neue, bezahlbare und adäquate Diagnostika, welche maßgeblich zu einer sachgemäßen Nutzung von Antibiotika beitragen. Daneben ist die vorbeugende Immunisierung durch Impfungen ein wichtiges Mittel, den Gebrauch von Antibiotika und damit auch die Entstehung von Resistenzen zu minimieren. So hat sich gezeigt, dass eine umfassende Impfung gegen Pneumokokken, die Lungenentzündungen hervorrufen, den Bedarf an Antibiotika um bis zu 47 Prozent senken kann.

Um antimikrobielle Resistenzen vor allem in den Ländern einzudämmen, die davon am stärksten betroffen sind, muss sich die medizinische Forschung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vor Ort orientieren. Bleibt die Entwicklung neuer, effektiver Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente jedoch weiterhin aus, könnten ab dem Jahr 2050 jährlich bis zu zehn Millionen Menschen an den Folgen von Antibiotikaresistenzen sterben.

Tuberkulose

Im Jahr 2016 starben 1,7 Millionen Menschen an Tuberkulose (TB). Mehr als 10,7 Millionen Menschen erkrankten an dieser weltweit tödlichsten Infektionskrankheit. Von den 700.000 Menschen, die 2015 an antimikrobiellen Resistenzen gestorben sind, waren über ein Drittel mit resistenter Tuberkulose infiziert.

ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitet seit über 30 Jahren zu TB, oft gemeinsam mit nationalen Gesundheitsbehörden in sehr unterschiedlichen Umgebungen und Ausgangslagen. Wir behandeln TB-Patientinnen und -Patienten in lang andauernden oder bewaffneten Konflikten, in Townships und Slums, in Gefängnissen, Flüchtlingslagern, Städten und ländlichen Gebieten.

Unser erstes Programm zur Behandlung multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) startete 1999. Derzeit versorgen wir Patientinnen und Patienten mit TB und resi-

stenter TB in 24 Ländern, darunter Indien, die Zentralafrikanische Republik, Südafrika und Usbekistan. Im Jahr 2016 hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mehr als 20.000 TB-Patientinnen und -Patienten behandelt, 2.700 davon mit resistenten Formen von TB.

Die Behandlung resistenter TB ist langwierig und mit schmerzhaften Nebenwirkungen verbunden. Die Therapie dauert bis zu 24 Monate und beinhaltet über sechs Monate täglich schmerzhafte Injektionen. Die gravierenden Nebenwirkungen wie dauerhafter Gehörverlust, Psychosen, Nerven- und Leberschäden haben langfristige Folgen für die Betroffenen. Trotz der Therapie liegen die Heilungschancen bislang lediglich bei etwa 50 Prozent. Nach fast 50 Jahren Stillstand kamen mit Bedaquilin und Delamanid 2013 die ersten neuen Medikamente auf den Markt. Menschen in ärmeren Ländern, wo die TB-Belastung

am höchsten ist, haben jedoch kaum Zugang zu den neuen Medikamenten. Lediglich fünf Prozent der Patientinnen und Patienten weltweit bekommen diese neuen Medikamente.

„In unserem Projekt in Swasiland bieten wir Kurse in Gebärdensprache an, weil viele Tuberkulose-Patientinnen und -Patienten als Nebenwirkung der Behandlung mit den toxischen Medikamenten dauerhaft ihr Gehör verlieren.“

Sebastian Dietrich, Medizinischer Projektleiter, **ÄRZTE OHNE GRENZEN**

Deutschlands Rolle als „Global Health Champion“

Es ist eine politische Aufgabe, dem Marktversagen in der biomedizinischen Forschung und Entwicklung zu begegnen. Auch die deutsche Bundesregierung muss dafür sorgen, dass die Forschung an bislang fehlenden – aber dringend benötigten Medizinprodukten – deutlich gestärkt wird. Dabei muss sichergestellt sein, dass öffentliche Investitionen in entsprechende Forschung letztlich zu medizinischen Produkten führen, die weltweit für alle, die sie benötigen, bezahlbar, anwendbar und zugänglich sind.

Im Rahmen der deutschen G20-Präsidentschaft wurde das Engagement der Bundesregierung aus der G7-Präsidentschaft 2015 fortgesetzt. Die Themen Globale Gesundheit, der Umgang mit antimikrobiellen Resistenzen sowie Forschungsförderung für armutsassoziierte und vernachlässigte Tropenkrankheiten wurden auf die Agenda gesetzt. Die G20-Gesundheitsministerinnen und -Gesundheitsminister haben dabei unter der Schirmherrschaft der deutschen Bundesregierung unter anderem anerkannt, dass die Forschung zu antimikrobiellen Resistenzen mit dem Schwerpunkt antibiotikaresistenter Tuberkulose dringend ausgebaut werden muss.

Um jedoch Forschung tatsächlich an den medizinischen Bedürfnissen von Menschen weltweit zu orientieren, sollte die deutsche Bundesregierung entsprechend der Empfehlungen der Vereinten Nationen (UN) in neue Fördermodelle für dringend benötigte biomedizinische Präparate investieren. Dabei sollten das de-linkage Konzept und die UN-Prinzipien der Forschungsförderung zugrunde gelegt werden.

Die Deutsche Regierung sollte daher

- Maßnahmen, die mehr Transparenz zu Forschungskosten und Preisgestaltung von Unternehmen bewirken sollen, unterstützen – auch innerhalb der EU.
- sicherstellen, dass der von den G20 ins Leben gerufene sogenannte Global R&D Collaboration Hub on AMR strikt nach den UN-Prinzipien der Forschungsförderung arbeitet und Forschung zu Tuberkulose priorisiert.
- koordinierte Maßnahmen für neue Modelle der biomedizinischen Forschung und Entwicklung stärken, die sich an den Gesundheitsbedürfnissen von Menschen weltweit orientieren und den bezahlbaren Zugang sicherstellen.
- konkrete Maßnahmen der Forschungsförderung beschließen und Tuberkulose insbesondere in der Forschungsförderung zu antimikrobiellen Resistenzen (AMR) priorisieren.
- im Rahmen eines international abgestimmten Prozesses die Entwicklung neuer Antibiotika und ihren effektiven, zielgerichteten und nachhaltigen Einsatz vorantreiben.

- konkrete Maßnahmen ergreifen, die zur Entwicklung neuer effektiver und kostengünstiger Behandlungsregime für Tuberkulose führen. Das bedeutet auch die Unterstützung von neuen kollaborativen Mechanismen wie „The Lifeprize“.

- sich bei den Verhandlungen des mehrjährigen EU-Finanzierungsrahmens dafür einsetzen, dass das neue und neunte EU-Forschungsrahmenprogramm FP9 eine Erhöhung des Beitrags für Forschung und Entwicklung zu armutsassoziierten und vernachlässigten Krankheiten enthält. Dabei soll sichergestellt werden, dass die Forschungsergebnisse öffentlich zugänglich und die entwickelten Produkte für alle Menschen bezahlbar sind.

- den bezahlbaren Zugang zu existierenden Impfstoffen und Diagnostika verbessern sowie Gesundheitssysteme weltweit so stärken, dass der umsichtige Einsatz von Antibiotika eine weitere Ausbreitung von Resistenzen vermindert.

- keine internationalen Freihandelsabkommen unterzeichnen, welche Klauseln enthalten, die den Zugang zu bezahlbaren Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten weltweit einschränken könnten.

- sicherstellen, dass in Deutschland, Europa und weltweit alle Maßnahmen ergriffen werden, die einen schnellstmöglichen Zugang zu bezahlbaren Generika ermöglichen. Dies soll insbesondere, aber nicht ausschließlich, durch die vollumfängliche Anwendung der im Welthandelsrecht (WTO, TRIPS-Abkommen) festgeschriebenen sogenannten TRIPS-Flexibilitäten zum Schutz und der Förderung der öffentlichen Gesundheit erreicht werden.

Es ist zentral, dass die Bundesregierung das politische Momentum, unter anderem ausgelöst durch die deutsche G20-Präsidentschaft, weiterhin nutzt und sich aktiv für eine Veränderung des bisherigen, fehlgeleiteten medizinischen Forschungssystems einsetzt. Nur so kann den globalen Herausforderungen, wie den zunehmenden Antibiotikaresistenzen, den neuen und vermehrt auftretenden Infektionskrankheiten oder auch der enormen Krankheitslast sogenannter vernachlässigter Krankheiten adäquat begegnet werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass wirksame und effektive Medizinprodukte erforscht und allen Menschen weltweit zugänglich sind.

LITERATURLISTE

ÄRZTE OHNE GRENZEN, 2016:

Lives on the Edge: Time to align medical research and development with people's health needs.
Abrufbar unter: https://www.msfacecess.org/sites/default/files/R&D_report_LivesOnTheEdge_Updated29Sept_ENG_2016.pdf

ÄRZTE OHNE GRENZEN, 2017:

Four years and counting. Slow scale-up of newer MDR-TB drugs covers less than 5% in need.
Abrufbar unter: https://www.msfacecess.org/sites/default/files/TB_Brief_Four_Years_and_Counting_ENG_2017_0.pdf

ÄRZTE OHNE GRENZEN / Stop TB Partnership, 2017:

Out of Step: TB policies in 29 countries, 3. Auflage. Abrufbar unter: https://www.msfacecess.org/sites/default/files/MSF_assets/TB/Docs/TB_Report_OutOfStep_3rdEd_ENG_2017.pdf

Hill, Andrew M. / Barber, Melissa J. / Gotham, Dzintars, 2018:

Estimated costs of production and potential prices for the WHO Essential Medicines List, in:
BMJ Glob Health 2018;3.
Abrufbar unter: <http://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/1/e000571.full.pdf>

't Hoen, Ellen, 2016:

Private Patents and Public Health. Changing Intellectual Property Rules for Access to Medicines.
Amsterdam: Health Action International.
Abrufbar unter: <http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/07/Private-Patents-Public-Health.pdf>

Mehr Informationen zur innovativen, bedarfsorientierten Forschungsförderungen

„de-linkage“ finden Sie hier: <http://delinkage.org/>

Mehr Informationen wie Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten generiert werden kann, finden Sie hier: <http://accesstomedicines.org/access-to-medicines>

IMPRESSUM

ÄRZTE OHNE GRENZEN

Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin

Redaktion: Marco Alves, Lara Dovifat

Mitarbeit: Moritz Böttcher, Valeska Cordier,
Barbara Hohl, Malte Mühle

Verantwortlich: Annette Dörrfuß

Layout: HORNNISSEN, Berlin

Druck: PinguinDruck, Berlin

Stand: Juni 2018

SPENDENKONTO

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00

BIC: BFSWDE33XXX

www.aerzte-ohne-grenzen.de

