

Diskussion



Birmensdorferstr. 67, 2. OG
Postfach/C.P. 9177, 8036 Zürich
info@denknetz.ch
www.denknetz.ch
IBAN CH85 0900 0000 8745 0463 8

Brauchen wir Pfizer?

Ein Plan, Big Pharma zu übernehmen – und lebenswichtige Arzneimittel allen verfügbar zu machen

Von Adam Gaffney

Aus: Jacobin Nr. 28, Winter 2018
Aus dem Englischen von Beat Ringger

Adam Gaffney ist Dozent für Medizin an der Harvard Medical School und Spezialist für Lungenerkrankungen. Gaffney ist zudem Sekretär der Physicians for a National Health Program, einer US-amerikanischen Organisation von ÄrztInnen, die für ein soziales Gesundheitswesen auf Basis einer obligatorischen Krankenversicherung für alle eintritt.

Zur Zeit des ersten Weltkriegs schätzte die Metropolitan Life Insurance Company die Lebenserwartung eines zehnjährigen Kindes mit Diabetes auf bestenfalls zwei bis drei Jahre. Dreissig Jahre später wurde die Lebenserwartung eines solchen Kindes auf 45 Jahre veranschlagt. Diabetes wurde vom sicheren Todesurteil zu einer behandelbaren Krankheit – dank des von einem Forscherteam an der Universität Toronto in den früher 1920er Jahren entwickelten Insulins. Nach den Vorstellungen, die heute von der Pharmaindustrie verbreitet werden, hätte die Entwicklung von Insulin gar nie geschehen dürfen. Glaubt man nämlich Big Pharma, dann braucht es die Aussicht auf erkleckliche Profite, damit überhaupt lebensrettende Arzneimittel erforscht und entwickelt werden. Zwei Forscher aus dem Insulin-Team – Frederick Banting und John Macleod - gingen damals jedoch sogar so weit, ihre Unterschrift unter die Anmeldung des Insulin-Patents aus ethischen Gründen zu verweigern). Und die andern Forscher, die das Patent anmeldeten, taten dies, nur um dieses anschliessend für einen Dollar an ihre Universität zu verkaufen und mit dem Ziel sicherzustellen, dass „sich niemand ein profitträchtiges Monopol beschaffen“ könne (Rob Hegele in The Lancet Diabetes & Endocrinology, Mai 2017).

Rund hundert Jahre später sind Patente gleichermassen zur Quelle von Casino-Profiten und von grossem Elend geworden. Im Verlaufe der Jahre ist Insulin immer und immer wieder modifiziert worden; die neuen Versionen wurden patentiert und zu hohen Preisen auf den Markt gebracht - auf Kosten derjenigen, die die Arznei benötigen. Während der Jahre

etwa, in denen Alex Azar CEO des US-Pharma-Giganten Eli Lilly war, erhöhte dieser Konzern den Preis für ein modifiziertes Insulin-Produkt um 300 Prozent. Alex Azar ist heute der von Trump Chef des *Department of Health and Human Services*. Und während Azar Millionen scheffelte, ging es andern Leuten weniger gut – etwa Shane Patrick

Boyle, einem jungen Mann, der sich dieses Insulin nicht leisten konnte. „Während er auf das teure verschreibungspflichtige Medikament wartete, unterteilte er das noch vorhandene Mittel in kleinere Dosen“, berichtet Tonic (ein US-Videoportal, <https://tonic.vice.com>, d. Übs.). Der Zuckergehalt in Boyles Blut begann zu steigen. Dann starb er.

Heute besteht ein breiter Konsens darüber, dass sich in der Versorgung mit Pharmazeutika etwas ändern muss. Die Regierung, so die allgemeine Meinung, müsse ihre Verhandlungsmacht, die ihr via Medicare¹ zukommt einsetzen, um die Pharma-Preise deutlich zu senken – so wie es Donald Trump während seiner Wahlkampagne versprochen hatte. Noch besser wäre für die Zukunft der Weg eines *single payer systems*, so wie es die meisten andern Länder existiert².

Das wäre bereits ein grosser Schritt vorwärts. Es gibt allerdings gute Gründe anzunehmen, dass damit noch nicht alle Probleme gelöst wären. Auch wenn Pharmapreise auf US-nationaler Ebene verhandelt würden, blieben weitere Mängel bestehen³. Die private Pharma-Forschung und -Entwicklung (F&E) orientiert sich an denjenigen Medikamenten, die den grössten Profit versprechen (und keineswegs zwangsläufig auch am meisten benötigt werden). Dadurch ist der ganze Forschungsbereich von Interessenskonflikten verzerrt. Zudem haben auch Verhandlungen ihre Grenzen: Sie können scheitern, wenn ein Unternehmen über eine Monopolstellung verfügt und damit drohen kann, ein wichtiges Medikament vom Markt zu nehmen – ein solches Unternehmen kann den Verhandlungstisch verlassen, wenn ihm die Preisvorstellungen der Behörden nicht passen. Und schliesslich bleibt die Tatsache, dass viele

¹ *Medicare* ist die öffentliche und bundesstaatliche Krankenversicherung innerhalb des Gesundheitssystems der USA für ältere oder behinderte BürgerInnen (d. Übs)

² Unter *single payer system* wird in den USA eine Gesundheitsversorgung verstanden, in der alle BewohnerInnen obligatorisch versichert sind und Zugang zu gleichwertigen, guten Versorgung haben (d. Übs).

³ Im Gegensatz zu den meisten andern OECD-Ländern werden die Preise in den USA nicht behördlich festgelegt, sondern können von den Konzernen nach eigenem Gutdünken festgelegt werden. Das hat auch international grosse Auswirkungen, weil die US-Preise für die Behörden anderer Länder bei ihrer Preisfestlegung häufig eine Referenzrolle spielen.

Leute nicht krankenversichert sind oder aber die Versicherung so minimal ist, dass sie sich die Medikamente nicht leisten können – Bedingungen, unter welchen der Zugang zu nötigen Medikamenten selbst dann erschwert ist, wenn die Preise massiv gesenkt werden könnten.

Es stellt sich also nicht nur die Frage, ob wir die Preise senken können (was offensichtlich möglich wäre). Die Frage ist vielmehr, ob wir ein System konzipieren könnten, mit dem wir rascher als heute zu guten und sicheren Therapien kommen – also so wichtige Schritte wie die frühere Entwicklung von Insulin erreichen – und gleichzeitig allen Leuten Zugang zu guter medizinischer Versorgung sichern.

Profitable Ergebnisse

Im Januar 2017 berichtete das Wall Street Journal, dass der Pharmakonzern Pfizer die Forschung für neue Alzheimer- und Parkinson-Medikamente aufgegeben habe, obwohl es sich bei diesen Krankheiten um zwei der schlimmsten Geisseln der heutigen Zeit handelt.. Die Öffentlichkeit muss solche Entscheide machtlos hinnehmen. Die Senkung der Medikamentenpreise hätte an diesem Entscheid von Pfizer nichts geändert – er ist möglich, weil Forschung und Entwicklung privatisiert sind und nach den Geschäftsinteressen ausgerichtet werden.

Die gegenwärtige Entwicklung eines neuen Medikamentes läuft in etwa wie folgt ab. Als erstes kommen die WissenschaftlerInnen, die ihre Karriere der Aufgabe widmen, die grundlegenden Mechanismen von Gesundheit und Krankheit zu verstehen. In den USA geschieht dies meist mit Unterstützung der öffentlich finanzierten *National Institutes of Health (NIH)*⁴. Dabei werden die komplexen molekularen Abläufe aufgedeckt, die in Zellen, Geweben und Organen zu Krankheiten führen.

⁴ Die *National Institutes of Health (NIH)* sind eine Behörde des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums. Mit einem jährlichen Budget von etwa 30 Mrd. US\$ (2015) sind die NIH die größte Einrichtung zur Forschungsförderung weltweit. 80% des jährlichen Budgets werden an über 300.000 ForscherInnen ausgeschüttet (d. Übs).

Es werden Möglichkeiten ermittelt, um in diese Abläufe einzugreifen: Dabei wird nach Stellen gesucht, an denen spezielle neue Moleküle andocken könnten, um den Krankheitsverlauf zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen.

Als nächstes wird ein Wirkstoff gesucht, der eine solche gewünschte Wirkung aufweist (wobei – das muss eingeräumt werden - manche Effekte eher überraschend und zufällig entdeckt werden). Manchmal werden solche Stoffe bereits im Rahmen eines NIH-finanzierten Forschungsprozesses gefunden. Früher konnten solche Stoffe in diesem Fall nicht patentiert werden – sie blieben ein öffentliches Gut. Das änderte allerdings 1980 mit der Verabschiedung des *Bayh-Dole-Act*: Das neue Gesetz erlaubt es nun den ForscherInnen, ihre Ergebnisse zu patentieren und der Pharma-Industrie zu verkaufen – auch dann, wenn ihre Forschung mit öffentlichen Mitteln finanziert worden ist. Damit begann eine neue biopharmazeutische Ära. Howard Mankel schrieb dazu im *New England Journal of Medicine*,⁵ dies sei ein Gesetz ganz nach dem Gusto der Biotech- und Investment-Communities. Es waren die Shareholder, die profitierten. Und auch wenn ein Wirkstoff nicht das direkte Ergebnis der öffentlichen Forschung ist, so basieren neue Wirkstoffe dennoch auf der Grundlagenforschung, die von NIH finanziert wird.

Der neue, patentierte Wirkstoff wird nun an Tieren getestet, und danach in drei jeweils breiteren und aufwändigeren Stufen an Menschen. Nun braucht es noch die Zulassung durch die Food and Drug Administration, bevor das neue Medikament auf den Markt gebracht werden kann – meist begleitet von aufwändigen Marketingkampagnen, um ÄrztInnen und die Öffentlichkeit zu beeinflussen. Als Belohnung für ihre Investitionen in die Entwicklung und die Studien erhalten nun die Pharmafirmen für eine bestimmte Zeitdauer das exklusive Recht an der Verwendung des Wirkstoffs, was den Konzernen ermöglicht, den Preis mehr oder weniger willkürlich festzulegen.

⁵ Das *New England Journal of Medicine* ist eine der weltweit renommiertesten medizinischen Fachpublikationen (d. Übs)

Patentbasierte Monopole geben den Pharmaunternehmen die Macht, den Preis so hoch anzusetzen, wie „der Markt es zulässt“. In Verbindung mit dem Fehlen eines universellen Gesundheitssystems hat dies gravierende Konsequenzen: Gemäss einer Umfrage der *Kaiser Family Foundation* aus Jahr 2016 verzichtet jede fünfte US-AmerikanerIn aus Kostengründen darauf, verschriebene Medikamente überhaupt zu kaufen. Jede achte Amerikanerin halbiert aus Kostengründen die Dosis oder lässt manche Medikamenten-Einnahme aus, um Kosten zu sparen.

Überdies ist das heutige System weniger innovativ als dies von seinen BefürworterInnen behauptet wird. Ein Medikament kann obszöne Profite abwerfen – völlig unabhängig davon, ob es gegenüber etablierten andern Arzneien einen echten Zusatznutzen aufweist oder nicht. Im negativen Fall wären die entsprechenden Kosten für Forschung und Entwicklung besser anderweitig eingesetzt worden. Bereits im Jahr 2004 übte der damalige Herausgeber des *New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, heftige Kritik an der Pharmaindustrie dafür, dass sie Geld mit Vorzug in Entwicklungen pumpe für „Blockbuster-Medikamente, um sich Anteile von einem Marktkuchen abzuschneiden, der sich schon als lukrativ und ausweitbar etabliert hat“ (diese Strategie wird vielfach auch als Me-too-Strategie bezeichnet, d.Übs.).

Warum also überhaupt Geld in die risikobehaftete Entwicklung wirklich neuer Behandlungen investieren? Berüchtigt ist etwa der Fall von Nexium, einem Medikament gegen Sodbrennen, entwickelt von AstraZeneca. Nexium unterschied sich nur unwesentlich vom Vorgängerprodukt derselben Firma. Allerdings lief das Patent des Vorgängerprodukts aus und war damit der Konkurrenz von Generika ausgesetzt. Dank eines aufwändigen Marketings gelang es AstraZeneca, das neue Medikament zu einem Blockbuster zu pushen. Von 2006 bis 2016 erzielte der Konzern so einen Umsatz von nahezu 50 Mia US\$ - ohne dass damit irgend ein gesellschaftlicher Nutzen verbunden gewesen wäre.

Untersuchungen zeigen, dass – von einigen wichtigen Fortschritten einmal abgesehen – ein Grossteil der heute entwickelten neuen

Medikamente gegenüber den schon vorhandenen Mitteln keinen zusätzlichen Nutzen aufweisen. So ergab eine Healthcare-Policy-Studie von Joel Lexchin von der York University folgenden Befund: Von allen in Kanada zwischen 1997 und 2012 neu zugelassenen Arzneimitteln können weniger als 10% als innovativ bezeichnet werden. Nur diese kleine Minderheit brachte einen echten therapeutischen Fortschritt.

Schliesslich führt das heutige Regime der Pharmaforschung dazu, dass wissenschaftliche Standards deformiert werden. Die Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten werden heute von den Pharmafirmen selbst durchgeführt – etwa die entscheidenden klinischen Studien an Menschen, dem Gold-Standard der Wirksamkeitsforschung. Hier wird der Bock zum Gärtner gemacht. „Pharmazeutische Firmen sind voreingenommen, wenn es um klinische Tests geht“, schreibt Lexchin in *Science and Engineering Ethics*, „und wenden auf allen Stufen der Tests entsprechende Techniken an“. Für Firmen besteht ein starker Anreiz, Unterlagen hinter dem Berg zu halten, Ergebnisse in irreführender Weise zu präsentieren und die Versuche so zu designen, dass die Chance für positive (und damit gewinnbringende) Resultate möglichst hoch ausfällt.

Es gibt eine ganze Menge von Reformkonzepten, die das System wesentlich verbessern könnten, von breit abgestützten Preisverhandlungen bis zu höheren Standards bei der Medikamentenzulassung. Allerdings bleibt ein Problem bestehen, das auch auf progressiver Seite oft übersehen wird. Sobald die Konzerne zum Schluss kommen, die Entwicklung eines neuen Medikaments sei zu wenig profitversprechend, legen sie die entsprechende Forschung auf Eis – wie dies Pfizer mit den Alzheimer-Therapeutica getan hat. Deshalb müssen unsere Reformbemühungen einen weitaus tiefer greifenden Wandel bei der Entwicklung von Medikamenten anstreben: Wir brauchen eine öffentliche Pharmaforschung, öffentliche Testverfahren und eine öffentliche Pharmaproduktion.

Der öffentliche Preis

Entscheidend dabei ist nicht so sehr der Besitz von Pharmabetrieben, sondern die Kontrolle über das Wissen. Wenn Medikamente ein öffentliches Gut werden, dann geht es nicht darum, Monopolprofite der öffentlichen Hand zuzuschauen. Vielmehr liegen nun die Medikamentenpreise im Bereich der Produktionskosten, und die Medikamente können allen kostenlos verfügbar gemacht werden.

Die Idee, dass Medikamente ein öffentliches Gut sind ist keineswegs neu. Jonas Salk etwa, der Erfinder der Kinderlähmungsimpfung, gab auf die Frage, wem denn nun das entsprechende Patent gehöre, die bekannte Antwort „Dem Volk ... es gibt kein Patent“. In neuerer Zeit entwickelte Dean Baker, der Mitbegründer des *Center for Economic and Policy Institute*, ein F&E-Konzept, das ohne Patente auskommt. Im Jahr 2002 präsentierte er zusammen mit Noriko Chatani den Vorschlag für ein öffentliches F&E-Programm. Die beiden betonten, dass ein solches Programm eine ganze Fülle von Vorteilen mit sich brächte, die weit über die Senkung der Kosten hinausgingen: Damit könnte der „Me-Too“-Anteil an F&E gesenkt werden, ebenso wie die Marketingkosten und die Ausgaben für PatentanwälInnen. Die Forschung würde überdies von Einschränkungen befreit, die aus dem Geschäftsgeheimnis entstehen. Dieses Programm bildete die Basis für den „Free Market Drug Act“, der 2004 vom Abgeordneten des Repräsentantenhauses Denis Kucinich eingebracht worden war: Kucinich schlug die Schaffung von zehn öffentlichen Forschungseinrichtungen innerhalb des NIH⁶ vor mit dem Ziel, patentfreie Medikamente zu entwickeln. Im Jahr 2008 entwickelte Baker schliesslich auch ein Konzept für ein öffentlich kontrolliertes Klinisches Testverfahren, was sowohl aus Kostengründen wie auch aus wissenschaftlicher Sicht (z.B. für die Vermeidung von Interessenskonflikten) eine gute Sache wäre.

James Love, Direktor von Knowledge Ecology International (KEI), ist ein weiterer prominenter Unterstützer einer Medikamenten-Entwicklung ausserhalb des gängigen Patent-Systems. Er unterstreicht die Vorteile eines

⁶ Siehe Anmerkung 3

alternativen F&E-Regimes aus einer globalen Sicht. In Ländern mit tiefen Einkommen geht das Patent-System oft mit massiver Gewalt einher, wie das besonders abstossende Beispiel der HIV-Medikamente deutlich gemacht hat. Wir werden wohl nie wissen, wie viele Menschen in Südafrika sterben mussten, weil die Pharmakonzerne und ihre Unterstützer in der Clinton-Administration alles unternahmen, um ihre Patente zu schützen und die Produktion von günstigen HIV-Generika vor Ort zu behindern, wie der *Observer* 1999 berichtete. Für Love und KEI steht die Entkoppelung der F&E von der Medikamenten-Produktion im Zentrum, für die sie eine Reihe von Massnahmen vorschlagen. Unter anderem würde die Entwicklung neuer, patentfreier Wirkstoffe und Medikamente mit ansehnlichen Preisen belohnt. Die Produktion dieser Medikamente könnte dann kostengünstig irgendwo erfolgen. Schliesslich hat Senator Bernie Sanders schon vor etlichen Jahren einen Gesetzesvorschlag eingebracht (den *Medical Innovation Prize Fund Act*), der noch einen Schritt weiter geht: Das Patentsystem soll vollständig ersetzt werden, F&E vielmehr durch einen Fonds finanziert werden in der Höhe von 0.55% des US-amerikanischen BIP.

Alle diese Ansätze sind bemerkenswert. Aber es stellt sich die Frage, ob es überhaupt solcher Anreize bedarf. Die Erfinder des Insulins haben vielleicht nach Ruhm und Berühmtheit gestrebt – sie haben aber nicht erwartet, Milliardäre zu werden. Es leuchtet nicht ein, warum für die Entwicklung von Medikamenten zusätzliche monetäre Anreize nötig sind - etwa im Vergleich mit der Forschung nach den molekularen Mechanismen, die für die Entstehung einer Krankheit verantwortlich sind und die ohne solche Anreize auskommt. Demnach sollten die NIH die Entwicklung neuer Medikamente und ihrer klinische Erforschung finanzieren und genauso steuern, wie sie das heute schon bei der Grundlagenforschung tun. Die Ergebnisse solcher Entwicklungsarbeit wären dann ein öffentliches Gut, und konkrete Produkte könnten überall auf der Welt vergleichsweise kostengünstig hergestellt werden.

Ein langer Weg

Allerdings würden wir wohl den Pharmamultis zumindest auf kurze Sicht ausgeliefert bleiben, auch wenn wir die Preise national aushandeln und über eine öffentliche F&E verfügen – und zwar aus folgendem Grund: Es würde viele Jahre dauern, bis auf diese Weise erste öffentliche Medikamente verfügbar würden. In der Zwischenzeit wären die Pharmakonzerne weiterhin immer dann am längeren Hebel, wenn sie über ein Monopol verfügen – sei es aufgrund eines Patentes oder weil sie der einzige Hersteller des Medikamentes sind. Sie könnten Preisverhandlungen ganz einfach platzen lassen. Deshalb brauchen wir einen Plan, wie wir das ganze pharmazeutische System von Grund auf erneuern können – und dies nicht nur in den USA. Eine Gruppe von GesundheitswissenschaftlerInnen, ÄrztInnen und JuristInnen aus Kanada und den USA hat sich deshalb vorgenommen, eine Blaupause zu erstellen, um die bisher erwähnten Reformansätze zu einer Gesamtsicht zusammenzufügen und wo nötig auch zu erweitern und zu ergänzen.

Was zum Beispiel sollen wir tun, wenn Pharmakonzerne sich weigern, für ein patentiertes Arzneimittel einen vernünftigen Preis zu akzeptieren? Ein wichtiges Instrument wäre hier die Zwangslizenzierung. Dieses Instrument könnte von der US-Regierung auch ohne jede neue Gesetzgebung zur Anwendung gebracht werden. Die Professoren Amy Kapczynski und Aaron Kesselheim beschrieben in einem Artikel in *health Affairs*, dass *28 u.s.c. section 1498*⁷ der Regierung die Möglichkeit gibt, ein bestehendes Patent zu knacken und ein entsprechendes Generika selbst günstig herzustellen oder herstellen zu lassen bei relativ gemässigten Abfindungen an den Patent-Konzern. Auch der bereits erwähnte *Bay Dole Act* würde der Regierung erlauben, ein Patent ausser Kraft zu setzen, wenn öffentliche Interessen dies erforderlich machen. Solche Massnahmen könnten also im Rahmen bestehender Gesetze ergriffen werden. Tatsächlich, so berichtet Kaiser Health News, gibt es im Bundesstaat Louisiana Versuche, die *Section 1498* zu nutzen, um Hepatitis C – Medikamente für alle erschwinglich zu machen.

⁷ Genauere Informationen zu dieser Gesetzgebung siehe unter [https://en.wikipedia.org/wiki/Government_patent_use_\(United_States\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Government_patent_use_(United_States)) (d. Übs).

Doch diese Möglichkeiten, Patente ausser Kraft zu setzen helfen wiederum wenig gegenüber jenen Generika-Herstellern mit Monopol-Positionen. Der Hedgefonds-Manager und Pharma Broker Martin Shkreli besass auf der schon sehr alten Arznei Pyrimethamin (meist von AIDS-PatientInnen bei Sekundäreffekten benötigt) kein Patent, als er den Preis dafür um ein zig-Faches erhöhte. Für das Medikament gibt es nur einen kleinen Markt, und kein anderer Hersteller war an einer Produktion interessiert. Shkreli hätte die Produktion des Medikaments ganz einfach eingestellt, wenn ihm ein für seine Profitvorstellungen zu tiefer Preis diktiert worden wäre. Zudem haben wir in den USA bei etlichen Medikamenten aus verschiedenen Gründen einige ernsthafte Engpässe. Ein öffentlicher Medikamenten-Hersteller könnte in beiden Fällen Abhilfe beschaffen. Dafür gibt es auch mindestens ein Beispiel. Gesundheitswissenschaftler Marc André Gagnon erwähnt das öffentliche Apotheken-Netzwerk von Schweden, das über eine eigene Medikamenten-Produktion verfügt, die immerhin 1.2% aller in Schweden verkauften Arzneimittel herstellt.

Weitere Reformen werden nötig sein. Dazu gehören verbesserte Standards, was die Zulassung und das Monitoring von Medikamenten betrifft, die heute viel zu stark auf die Interessen der Pharmaindustrie Rücksicht nehmen. Dazu gehört auch Regeln für das Marketing, für das heute Dutzende von Milliarden von Dollars aufgewendet werden, um ÄrztInnen und die Öffentlichkeit zu beeinflussen (was oft ohne jeden erkennbaren Nutzen ist). Aber die wichtigste Reform betrifft die Art und Weise, wie Medikamente für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Wirksame Behandlungen müssen kostenlos sein

Es war in den Jahren nach der Entdeckung des Insulins, als ein Schotte namens Archie Cochrane an einer Kundgebung in der Umgebung von London teilnahm, um für einen Nationalen Gesundheitsdienst einzutreten. In seinen späteren Jahren wird Cochrane berühmt werden als Vater der sogenannten Evidenz-basierten Medizin: Die medizinische Versorgung muss auf gesicherten

wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren, genauer: Die Wirkung von Arzneimitteln und anderen Behandlungen soll in objektiven, randomisierten Studien überprüft werden (eine heute akzeptierte Sicht, die von Big Pharma jedoch neuerdings wieder in Frage gestellt wird im Bemühen, für die eigenen Medikamente rascher die Marktzulassung zu bekommen). 1930 war Cochrane noch Medizinstudent und Mitglied des Sozialistischen Medizin-Verbandes, und als solcher nahm er freiwillig im Spanischen Bürgerkrieg in einer Sanitätseinheit teil. In der Einleitung zu seinem Buch „Wirksamkeit und Effizienz: Einige Überlegungen zur Gesundheitsversorgung“ erinnert sich Cochrane an die Londoner Veranstaltung, an der er mit einem Banner teilgenommen hatte, auf der ein Slogan stand, der sein ganzes Leben prägen sollte: „*All effective treatments must be free*“ (alle wirksamen Behandlungen müssen frei zugänglich sein).

Es wäre ratsam, diesen Slogan heute wieder auf die Fahnen zu schreiben. Um dieses Ziel zu erreichen müssten erstens die Medizinforschung und die klinischen Tests von den Interessen der Pharmaindustrie losgelöst werden – und zweitens müssten die Medikamente kostenlos sein. Einigen mag eine solche Idee utopisch erscheinen. Doch sie ist schon längst umgesetzt. 1948 umfasste der britische NHS (*National Health Service*) die kostenlose Abgabe von Medikamenten an PatientInnen. Drei Jahre später allerdings führte die Labour-Regierung eine Kostenbeteiligung an Zahnarztbehandlungen und rezeptpflichtigen Medikamenten ein, um die Kosten einzudämmen. Wenig bekannt ist nun aber, dass im 21. Jhd die Kostenbeteiligungen in einigen Teilen des vereinten Königreichs wieder abgeschafft worden sind. 2016 nun – zehn Jahre nach Abschaffung der Kostenbeteiligung in Wales – kommt nun die Walisische Regierung zum Schluss, dass die kostenfreie Abgabe von Medikamenten unter dem Strich zu Einsparungen geführt hat.

In den USA sollten wir allerdings keine Einsparungen erwarten. Zu viele Leute verzichten heute auf Medikamente, weil sie sich diese nicht leisten können. Eine kostenlose Abgabe von Medikamenten wird demnach den Gebrauch erhöhen – wie es auch sein sollte, damit alle die erforderliche

Behandlung bekommen, die sie benötigen. Dennoch zeigt das Walisische Beispiel, dass eine freie Medikamentenabgabe nicht nur wünschenswert ist, sondern auch problemlos realisiert werden kann.

Die Geschichte der Pharmazie lehrt uns zwei Dinge. Erstens muss man ForscherInnen keinen Reichtum versprechen, damit sie neue, wirksame Behandlungen entwickeln – deshalb sollten Patente der Öffentlichkeit gehören. Und zweitens ist es möglich, alle wirksamen Behandlungen frei zugänglich zu machen. Eine universelle öffentliche Gesundheitsversorgung, die sämtliche Kosten übernimmt, kombiniert mit einem öffentlichen Programm zur Forschung und Entwicklung von Medikamenten, wird es möglich machen, die Gesundheit der Menschen grundlegend zu verbessern.