



Um jeden Preis?

Untersuchung des Geschäftsverhaltens
von Boehringer Ingelheim, Bayer und
Baxter in Indien

Inhalt

I	Indien: Zwischen Fünf-Sterne Medizin und Mangelversorgung	1
	Das indische Gesundheitssystem	1
	Der Arzneimittelmarkt in Indien.....	8
	Die untersuchten Firmen	13
II	Die Studien-Methodik	15
III	Die Studien-Ergebnisse	20
	1. Das Arzneimittelsortiment der Firmen	20
	2. Zugang zu den Arzneimitteln	25
	3. Zugang zu innovativen Medikamenten	29
	4. Klinische Studien in Indien	30
	5. Patente	31
	6. Marketingstrategien.....	32
	7. Spendenprogramme	34
	8. Kommunikationsverhalten	34
	9. Auf den Punkt gebracht – ein kurzes Fazit.....	35
IV	Wohin soll es gehen	36
V	Anhang: Liste der untersuchten Medikamente mit Bewertungen	37

Impressum

- Herausgeberin:** BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789
e-mail: pharma-brief@bukopharma.de
Homepage: www.bukopharma.de
- Verleger:** Gesundheit und Dritte Welt e.V.
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
- AutorInnen:** Dr. Christiane Fischer, Isabelle Schulz, Heiko Zimmermann,
Claudia Jenkes
- Datenerhebung:** Amruta Ramesh, Dr. Roopa Devadasan
- Diese Studie entstand in Kooperation mit dem Institute of Public Health (IPH), Bangalore, Indien**
- Redaktion:** Claudia Jenkes
- Titelfotos:** Fotolia.com © Rene Wouters, Anna C, Majus Cool
- Design/Layout:** Heinrich Dunstheimer,
com,ma Werbeberatung GmbH, Bielefeld
- Druck:** AJZ Druck & Verlag GmbH, Bielefeld

Mit freundlicher Unterstützung der Stiftung
Umwelt und Entwicklung NRW
© copyright BUKO Pharma-Kampagne 2011





Rund ein Drittel der indischen Bevölkerung sind Kinder.

Foto: Andrea Czekanski

I. Indien: Zwischen Fünf-Sterne Medizin und Mangelversorgung

Das indische Gesundheitssystem

„Wir sollten uns nicht länger dadurch schuldig machen, dass wir die Gesundheit unseres Volkes ignorieren“, forderte Mahatma Gandhi 1940.² Seither konnte die indische Gesundheitspolitik durchaus beachtliche Erfolge verbuchen: So hat sich die Lebenserwartung nahezu verdoppelt. Die Kindersterblichkeit sank und Infektionskrankheiten wie Lepra oder Polio wurden zurückgedrängt.³

Gesundheit in Zahlen¹

Einwohnerzahl (2008)	1181412000
Davon unter 15 Jahren (2008)	32,0%
Anteil der auf dem Land lebenden Bevölkerung (2008)	71,0%
Lebenserwartung bei Geburt (beide Geschlechter) (2008)	64
Sterblichkeit von Kleinkindern pro 1000 Lebendgeburten (2004)	85
Müttersterblichkeit pro 100 000 Lebensgeburten (2001-2003)	301
Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP (2008)	4,0%
Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten öffentlichen Ausgaben (2008)	4,1%
Bevölkerungsanteil, der unter der nationalen Armutsgrenze lebt (1999-2000)	26,1%
Anteil der Erwachsenen (15+), die lesen und schreiben können (2000-2004)	61,0%
Anteil erwachsener Männer, die lesen und schreiben können (2000-2004)	73,4%
Anteil erwachsener Frauen, die lesen und schreiben können (2000-2004)	47,8%
Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu verbesserter Trinkwasserversorgung (2008)	88,0%
Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu sanitären Einrichtungen (2008)	31,0%



Laxmi wurde monatelang gegen Tuberkulose behandelt und geheilt. Sie hatte sich bei ihrem Ehemann angesteckt, der ebenfalls therapiert wurde. Jetzt können sich beide wieder um ihre Kinder kümmern. Foto: WHO, P. Viroit

Von Ungleichheit und Armut geprägt

Doch Ungleichheit und Armut prägen das Land noch heute. Der Bundesstaat Kerala im Süden Indiens verfügt beispielsweise über ein sehr gut ausgebautes Gesundheitssystem und hat eine Alphabetisierungs-Rate von nahezu 100 Prozent. Im Gegensatz dazu ist das Gesundheitssystem des nordöstlichen Bundeslandes Arunachal Pradesh nur rudimentär ausgebaut und die AnalphabetInnen-Rate liegt bei über 50 Prozent. Geschätzte 1,2 Milliarden Menschen leben in Indien, mehr als die Hälfte davon gilt nach Maßstäben des aktuellen Human Development Reports, der Gesundheit, Bildung und den Lebensstandard erfasst, als arm. Knapp 42 Prozent der Bevölkerung müssen mit weniger als 1,25 Dollar am Tag auskommen.⁴ Nach wie vor sterben jährlich fast eine Million Inderinnen und

Inder aufgrund mangelnder gesundheitlicher Versorgung, 700 Millionen Menschen haben keinen Zugang zu adäquater Behandlung durch SpezialistInnen, weil 80 Prozent der FachärztInnen in Städten leben.⁵ Rund 70 Prozent der indischen Bevölkerung leben jedoch in ländlichen Gebieten.⁶

Für die Mängel in der Gesundheitsversorgung ist eine Vielzahl von Faktoren verantwortlich. Neben kulturellen und sprachlichen Unterschieden – in Indien existieren allein 22 offizielle (und ca. 100 inoffizielle) Sprachen – behindern auch mangelnde Infrastruktur (etwa große Entfernungen zum nächsten Krankenhaus), fehlende soziale Absicherung oder auch die Stigmatisierung bestimmter PatientInnengruppen (bei Tuberkulose oder Aids) eine angemessene Therapie. So werden PatientInnen gegen Tuberkulose und Aids zwar kostenlos behandelt, entsprechende Therapiezentren werden aber häufig zu spät oder gar nicht aufgesucht, weil die Kranken soziale Ächtung befürchten müssen.

Dabei sind Tuberkulose und HIV ein gravierendes Problem. 190 von 100.000 InderInnen leiden unter TB (in Deutschland sind es 2) und rund 2,5 Millionen Menschen sind HIV-positiv. Wichtige Präventionsarbeit zu HIV ist jedoch vielerorts kaum möglich. Der Bundesstaat Karnataka beispielsweise verbietet Sexualaufklärung in Schulen. Das Wissen über Aids und die Verbreitungswege ist daher gering. So denken zwei Drittel der Frauen und die Hälfte der Männer, dass HIV von Mücken übertragen wird.



Kinderlähmung (Polio) ist in Indien noch immer nicht ausgerottet. Viele Kinder leiden unter den Folgen der schweren Erkrankung. Foto: WHO, P. Viroit

Gesundheit in Indien und Deutschland im Vergleich⁷

Bevölkerung 2008	Indien	Deutschland
Einwohner (Mio.)	1.181	82
Bevölkerungswachstum 1998-2008	1,6 %	0,0 %
Lebenserwartung (Jahre)	64	80
Sterblichkeit unter 5 Jahren /1000 Lebendgeburten	69	4
Anteil der Bevölkerung, der in Städten lebt	29%	74%
Tuberkulose und Aids 2007/2008	Indien	Deutschland
Tuberkulose (Prävalenz/100.000)	190	2
HIV/AIDS von Erwachsenen zwischen 15-49 (Prozent)	0,3	0,1
Gemeldete Krankheitsfälle	Indien	Deutschland
Cholera 2008	2.680	0
Diphtherie 2008	6.081	0
Lepra 2008	134.184	0
Masern 2008	48.181	917
Polio 2009	723	0
Ernährung 2000-2009 (Prozent)	Indien	Deutschland
Untergewichtige Kleinkinder in Prozent	43,5	1,1
Übergewichtige Kleinkinder in Prozent	1,9	3,5

Recht auf staatlichen Schutz

Laut Verfassung von 1947 hat die indische Bevölkerung ein Recht auf staatlichen sozialen Schutz. Ein zweigliedriges System aus staatlicher Versicherung von ArbeitnehmerInnen und kostenlosen Gesundheitsleistungen für einkommensschwache BürgerInnen soll diesen Schutz gewährleisten. Gesundheits- und Krankenversicherungswesen sind somit eng verzahnt.⁸ Doch die Finanzierung des Gesundheitswesens ist schwach: Lediglich 4 Prozent des indischen Bruttosozialproduktes sind Gesundheitsausgaben (2008).⁹ Diese Summe liegt weit unter dem Niveau internationaler Empfehlungen und auch unter dem Durchschnitt, den andere Länder der Region für ihr Gesundheitssystem ausgeben.¹⁰ Drei Viertel der Gesundheitsausgaben fließen außerdem in den privaten Gesundheitssektor, lediglich ein Viertel wird im öffentlichen Gesundheitswesen ausgegeben. Und nur einen geringen Teil der gesamten Gesundheitskosten trägt der Staat. GesundheitsökonomInnen haben errechnet, dass die Regierung lediglich 15 Prozent der 1500 Milliarden Rupien bezahlt hat,

die 2005 im Gesundheitssektor ausgegeben wurden. Vier Prozent stammten aus der staatlichen Sozialversicherung und ein Prozent von privaten Versicherungsunternehmen. Die restlichen 80 Prozent bezahlten PatientInnen aus eigener Tasche, z.B. beim Medikamentenkauf oder in der Praxis. Doch die meisten PatientInnen sind arm. Von den ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung nimmt über die Hälfte Schulden auf oder verkauft Eigentum, um Gesundheitsdienstleistungen bezahlen zu können.¹¹

Staatlich gut versorgt?

Bei der staatlichen Versicherung handelt es sich wie in Deutschland um eine solidarische, beitragsgebundene Versicherung von ArbeitnehmerInnen: So entrichten ArbeitnehmerInnen 2,25 Prozent und Arbeitgeber 5 Prozent ihres Bruttolohns an die Versicherung. Darüber hinaus gibt es einen staatlichen Zuschuss von 12,5 Prozent aller anfallenden medizinischen Kosten. Grundlage der Versicherung ist das „Employees’



Behandlung im Sub-Centre: GesundheitsarbeiterInnen versorgen hier leichte Verletzungen, behandeln Krankheiten wie Durchfall oder Bronchitis und machen Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren.

Foto: Andrea Czekanski



In vielen Familien reicht das Einkommen gerade mal für das Nötigste.

Foto: WHO, SEARO

State Insurance Act“ (ESI). Es deckt die Risiken Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Bestattungskosten und die Hinterbliebenenrente ab. Trotzdem existiert in Indien kein umfassender und effektiver Schutz der Bevölkerung. Denn ein Großteil der Bevölkerung ist von der staatlichen Versicherung ausgeschlossen, etwa SaisonarbeiterInnen, Menschen, die in der Landwirtschaft arbeiten und Personen mit einem Monatsgehalt von mehr als 6.500 indischen Rupien. Auch durch steigende Löhne fallen immer mehr Menschen aus der staatlichen Versicherung heraus, können sich eine private Absicherung aber nicht leisten. Dabei reicht ein Monatsgehalt von 6.500 Rupien etwa in der Stadt Bangalore kaum aus, um davon eine Familie zu ernähren.

Die staatliche Versicherung beschränkt sich zudem auf den formellen Sektor, also auf feste Beschäftigungsverhältnisse, obwohl ein Großteil der Beschäftigten im informellen Sektor tätig ist (ca. 60 Prozent des indischen Bruttoinlandsprodukts). Lohnfortzahlungen und gesetzlichen Anspruch auf soziale Sicherung genießen daher nur ca. 8 Prozent der indischen Bevölkerung. Arbeitslose sind grundsätzlich nicht sozial abgesichert.¹² Insgesamt sind rund 10 Prozent aller InderInnen versichert, in der Ober- und Mittelschicht sind es dagegen um die 50 Prozent.¹³

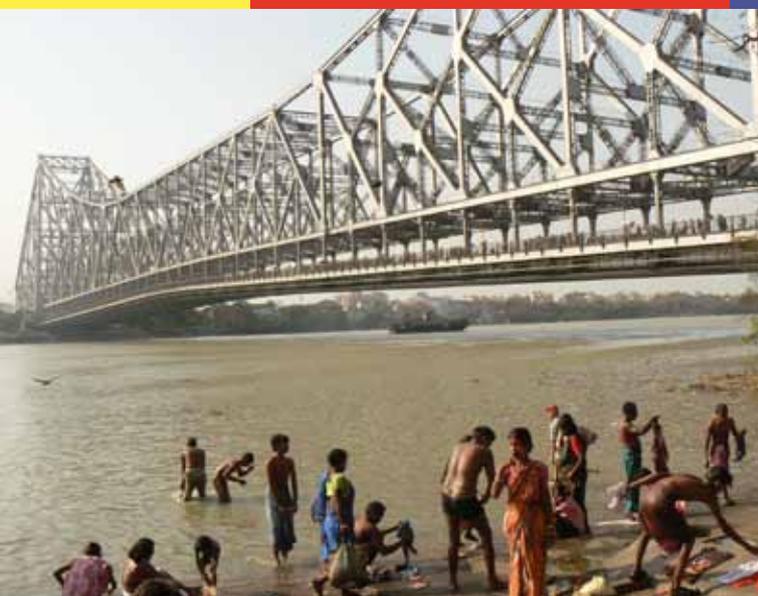
Eine Versicherung für die Armen

2004 hat die Regierung alle Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, eine allgemei-

ne Versicherungsoption, die sogenannte Universal Health Insurance (UHI), einzuführen. Ziel ist es, diejenigen Menschen zu erreichen, die unterhalb der Armutsgrenze leben. Diese sogenannte „Rupee-a-Day“-Versicherung (der Jahresbeitrag beträgt 365 Rupien pro Person) findet jedoch wenig Anklang. Erstens weil sie einen finanziellen Verlust für die Versicherungsunternehmen bedeutet und daher kaum beworben wird. Zweitens ist der Jahresbeitrag auf einen Schlag zu entrichten, was sich Familien – erst recht die mit mehreren Kindern – in der Regel nicht leisten können.¹⁴

Das staatliche Gesundheitswesen

Das „Ministry of Health and Family Welfare“ ist auf nationaler Ebene die höchste Instanz des Gesundheitswesens. Es ist in zwei Abteilungen untergliedert: Das „Department of Health and Family Welfare“ und das „Department of Ayurvedic, Unani, Siddha and Homeopathic Medicines (AYUSH)“. Letzteres verdeutlicht den besonderen Stellenwert traditioneller medizinischer Methoden im indischen Gesundheitswesen und reguliert beispielsweise auch die Werbung für Talismane und andere magische Produkte. Die Regierungen der einzelnen Bundesstaaten sind für die öffentliche Gesundheit, das Abwasser- und Entsorgungswesen sowie für die öffentlichen Hospitäler zuständig. Medizinische Ausbildung liegt im Zuständigkeitsbereich der Zentral-Regierung in Dehli.¹⁵



Die Mehrheit der InderInnen ist arm. Eine private Versicherung kann sich kaum einer leisten. Wer schwer krank wird, muss sich nicht selten hoch verschulden, um sich einen längeren Verdienstausschlag, ambulante Arztbesuche und Medikamente leisten zu können. Foto: Andrea Czekanski



Untersuchung einer Schwangeren in Indien - im staatlichen Gesundheitssystem ist sie kostenlos. Foto WHO, P. Virot

Ziel des staatlichen Gesundheitswesens ist eine flächendeckende Primärversorgung. Verschiedene staatliche Einrichtungen sollen diese grundlegende medizinische Versorgung sicherstellen. Erste Anlaufstelle für PatientInnen sind in der Regel sogenannte Sub-Centres (SC). Diese Gesundheitsstationen sind von jeweils einem männlichen und einer weiblichen GesundheitsarbeiterIn besetzt. Sie bieten grundlegende medizinische Leistungen an und behandeln z.B. Bronchitis, Durchfall oder Verletzungen. Sie untersuchen auch Schwangere und Babys und beraten Familien in Ernährungsfragen. PatientInnen mit ernsten Erkrankungen schicken die GesundheitsarbeiterInnen ins nächste Primary Health Centre (PHC) oder direkt ins Krankenhaus. Eine Gesundheitsstation versorgt jeweils 5.000 EinwohnerInnen.

Auf rund 30.000 EinwohnerInnen kommt ein PHC. Diese Zentren sollen besonders die Versorgung in ländlichen Gebieten sicherstellen. Jedes PHC ist personell mit einer medizinischen Leitung (Arzt oder Ärztin), zwei GesundheitsassistentInnen, GesundheitsarbeiterInnen und zusätzlichem Personal ausgestattet. Die nächste

Ebene bilden Community Health Centres (CHC), die im Schnitt 80.000 bis 120.000 Einwohner versorgen. Sie bieten neben der Grundversorgung auch eine spezialisierte Versorgung in den Bereichen Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie an. Diese Zentren wurden in kleineren Krankenhäusern oder in Gesundheitszentren eingerichtet, teilweise aber auch komplett neu errichtet. Für weiter spezialisierte Untersuchungen und Behandlungen müssen PatientInnen das Kreis-Krankenhaus aufsuchen (Sekundärsektor). Diese Hospitäler versorgen eine Bevölkerung von 1-1,5 Millionen Menschen. Neben diesen Einrichtungen existieren sogenannte Dispensaries, staatlich subventionierte Apotheken und spezialisierte Kliniken (Tertiärsektor).¹⁶

Weite Wege und zu wenig Personal

Seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde das öffentliche Gesundheitswesen zwar kontinuierlich ausgebaut, doch nach wie vor mangelt es insbesondere im ländlichen Bereich an medizinischem Personal. Qualifizierte, junge

Ländliches Gesundheitswesen in Indien ¹⁷	
Kreis-Krankenhaus (District Hospital);	viele Betten, ÄrztInnen, Spezialisten
Ländliche Gesundheitszentren (Rural Community Health Centres) für ca. 100.000 Menschen;	jeweils 30 Betten, 4 FachärztInnen
Ländliche Gesundheitszentren zur Primärversorgung (Primary Health Centres) für ca. 30.000 Menschen;	1 ÄrztIn, je ein Assistent und eine Assistentin
Ländliche Gesundheitsposten (Sub-Centres)	für jeweils 5.000 Menschen je ein Gesundheitsarbeiter und eine -arbeiterin

InderInnen bleiben, auch wenn sie ursprünglich aus ländlichen Gebieten stammen, nach der Ausbildung zumeist in den für sie attraktiveren Städten oder arbeiten in privaten Einrichtungen, die viel höhere Löhne zahlen als staatliche Einrichtungen. Während MedizinerInnen in einer staatlichen Einrichtung ca. 20.000 Rupien im Monat verdienen, bezahlen private Kliniken bis zu 100.000 Rupien. Außerdem besteht ein eklatanter Mangel an Krankenhausbetten. Aufgrund weiter Entfernungen und schlechter Verkehrsanbindung haben z.B. in den Bundesstaaten Madhya Pradesh und Orisa bis zu 25 Prozent der Bevölkerung keinen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen.¹⁸



Ein staatliches Lepra-Hospital in Mumbai/Indien. Foto: WHO, P. Viroit

Luxuskliniken und selbst ernannte Doktoren

Die staatlichen medizinischen Einrichtungen sind für Bedürftige kostenlos bis auf ein geringes Verwaltungsgeld von 5 Rupien, das in einigen Bundesstaaten erhoben wird. Daneben existieren private Arztpraxen und Krankenhäuser bis hin zu privaten Luxuskliniken, aber auch zahlreiche Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser von Nichtregierungs-Organisationen (NGOs) sowie karitativen und kirchlichen Organisationen. NGOs spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsfürsorge der Armen: Mehr als 7.000 NGOs betreiben Gesundheitseinrichtungen und -programme in Indien, viele haben karitativen Charakter.¹⁹ Christliche Einrichtungen haben ihre Wurzeln oft in der kolonialen Vergangenheit Indiens und waren Teil missionarischer Tätigkeit. Heute genießen viele der christlichen Krankenhäuser einen ausgezeichneten medizi-

nischen Ruf und bedienen vorrangig eine wohlhabende Mittelschicht. Im Gegensatz zu rein privaten Einrichtungen behandeln sie allerdings meist auch eine bestimmte Anzahl armer PatientInnen kostenlos oder zu geringerem Entgelt. Vor allem in den Städten bieten sehr viele nicht registrierte MedizinerInnen und HeilerInnen (unregistered practitioners) ihre Dienste an. Sie praktizieren die unterschiedlichsten Behandlungsmethoden von Ayurveda über Homöopathie, Unani bis hin zur Schulmedizin, haben aber zum Teil keine medizinische Ausbildung. Für arme PatientInnen sind diese nicht registrierten Arztpraxen meist die erste Anlaufstelle. Sie sind wohnortnah und günstig.

Jeder Arztbesuch kostet

Jeden Praxisbesuch müssen PatientInnen selbst bezahlen. Denn die staatliche Primärversorgung umfasst keine ambulanten Behandlungen bei niedergelassenen MedizinerInnen. Die Zahl gut ausgerüsteter registrierter Praxen ist daher gering, nimmt aber stetig zu aufgrund einer wachsenden Mittelschicht und privater Kassen, die diese Leistungen übernehmen.

Schlechte Erreichbarkeit, vor allem aber die schlechte Qualität der Versorgung ist für viele PatientInnen ein wesentlicher Grund, das öffentliche Gesundheitswesen zu meiden. Die Mehrheit der ländlichen und städtischen Bevölkerung zieht trotz höherer Preise den privaten Sektor vor.²⁰ Der National Family Health Survey (NFHS) von 2007 nennt konkrete Zahlen: Nahezu zwei Drittel aller Haushalte nehmen private Gesundheitsdienstleister in Anspruch, lediglich ein Drittel greifen auf staatliche Angebote zurück. 46 Prozent der städtischen Haushalte und 36 Prozent der ländlichen gaben an, eine private Praxis oder eine private Klinik aufzusuchen, wenn sie ernstlich krank sind.²²

Um die hohen Kosten zu bezahlen, müssen ca. 40 Prozent aller stationär aufgenommenen InderInnen Eigentum verkaufen oder sich stark verschulden.²³ Aditi Iyer vom Indian Institute of Management Bangalore, fasst das Ergebnis einer im Jahr 2005 durchgeführten Studie knapp zusammen: „Gesundheitsausgaben waren der Hauptgrund für wirtschaftlichen Niedergang.“²⁴



Ein privates Krankenhaus in Bangalore/Indien.

Foto: Manipal at night. Wikimedia

Private Anbieter dominieren

Private Anbieter dominieren die Gesundheitsinfrastruktur in Indien. Über 80 Prozent der ambulanten Krankenversorgung (nicht registrierte Praxen nicht eingerechnet) und ein etwas geringerer Anteil stationärer Behandlungen werden in privaten Einrichtungen ausgeführt.²⁵ Das Niveau privat geführter Kliniken (Corporate Hospitals) gleicht häufig dem Standard in Industrieländern. Deren Angebot konzentriert sich allerdings in der Regel auf wohlhabende StädterInnen und nicht zuletzt auf medizinische TouristInnen, die zum Beispiel gerne ayurvedische Luxuskliniken wie die in Kerala aufsuchen. Zum privaten Sektor zählen ebenfalls die Gesundheitseinrichtungen zahlreicher Unternehmen, die den eigenen MitarbeiterInnen vorbehalten sind. Daneben gibt es Sondereinrichtungen für einige Berufsgruppen des öffentlichen Sektors: So verfügt z.B. die staatliche Eisenbahn über ein eigenes Netzwerk an Kliniken und Apotheken, oder MitarbeiterInnen der Zentralregierung werden durch das „Central Government Health Service Scheme“ versorgt. So steckt Indiens Gesundheitsversorgung heute in einem Dilemma: Es existiert einerseits eine Spitzenversorgung durch hochqualifizierte ÄrztInnen, die zum Teil zur Weltspitze zählen. Doch sehr vielen PatientInnen nützt das herzlich wenig, denn sie können sie nicht bezahlen.

ASHWINI - die etwas andere Versicherung

Positives Beispiel für eine umfassende und sozial gerechte Gesundheitsversorgung ist die Association for Health Welfare in the Nilgiris (ASHWINI). Die Geschichte von ASHWINI begann 1986 mit der Gründung von ACCORD, einer NGO, die sich für die Rechte der Adivasi, der indigenen Bevölkerung Indiens, einsetzt. Die Adivasi sind vor allem durch Landenteignungen in die Armut gedrängt worden. ACCORD startete 1987 ein Dorfgesundheitsprogramm und gründete ASHWINI. Mittlerweile umfasst das Projekt das selbstverwaltete Gudalur Adivasi Krankenhaus mit 80 Betten und acht Krankenstationen (Sub-Centres), in denen jeweils eine BarfußärztIn arbeitet. In den Dörfern arbeiten zusätzlich GesundheitsarbeiterInnen, die Gesundheitsaufklärung betreiben, Schwangere und Kinder untersuchen, leichte Krankheiten behandeln und schwer kranke PatientInnen in die nächste Krankenstation oder ins Krankenhaus überweisen. Die Gesundheitseinrichtungen von ASHWINI genießen aufgrund hoher Qualitätsstandards einen guten Ruf und werden daher auch von Nicht-Adivasi aufgesucht. Die Behandlung in den Gesundheitseinrichtungen ist günstiger als in den meisten privaten Kliniken. Sie ist nicht grundsätzlich kostenlos, aber auch nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet. Damit sich das Projekt trägt und alle Adivasi Zugang zu diesem Angebot haben, vereinbarte ASHWINI mit der New India Assurance eine Gruppenversicherung. ASHWINI überweist den Versicherungsbeitrag. Die Adivasi zahlen einen geringen jährlichen Familienbeitrag und können sämtliche Gesundheitsdienstleistungen kostenlos in Anspruch nehmen. Familien, die den Versicherungsbeitrag nicht bezahlen, werden ebenfalls kostenfrei behandelt, müssen aber die Medikamentenkosten selbst tragen. Da ASHWINI alle Medikamente von der Non-Profit Firma LOCOST bezieht und nur unentbehrliche Arzneimittel verwendet, sind die Preise gering.

Die solidarisch finanzierte Versicherung ermöglicht den Adivasi eine unkomplizierte und effektive Hilfe im Krankheitsfall und finanziert die in Eigenregie geleiteten Gesundheitseinrichtungen. Sie ist zudem speziell auf die besonderen Bedürfnisse der Adivasi ausgerichtet: Anämie, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Unterernährung, Geburtshilfe und die medizinische Behandlung von Kindern. Das ASHWINI-Konzept garantiert eine herausragende Basis-Gesundheitsversorgung für arme Menschen. Sie ist nicht vergleichbar mit den umfassenden Leistungen, die unsere Krankenkassen in Deutschland finanzieren, aber ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besserer Gesundheit.²⁶

Der Arzneimittelmarkt in Indien

Zwei Ministerien regulieren den Arzneimittelmarkt in Indien: Das Ministerium für Chemikalien und Düngemittel (Ministry of Chemicals and Fertilizers/MCF) ist zuständig für Arzneimittelpolitik, Regulierung der Industrie und Preiskontrolle. Qualitätsstandards, -kontrollen sowie die Einführung neuer Medikamente liegen im Aufgabenbereich des Ministeriums für Gesundheit und Familienfürsorge (Ministry of Health and Family Welfare/MoHFW).

Zuständige Behörde für die Regulierung des Arzneimittelmarktes ist die Central Drugs Standard Control Organization (CDSCO) in New Delhi, die dem Gesundheitsministerium untersteht. Unter ihrem Dach arbeitet der Drug Controller General of India (DCGI). Die Behörde überwacht den Arzneimittelmarkt und klinische Studien. Sie formuliert Qualitätsstandards und Richtlinien und ist auch für die Arzneimittelzulassung zuständig.



Generika-Produktion bei dem indischen Hersteller Cipla.
Foto: Christiane Fischer

Weltweit gefragt: indische Generika

Bis in die 1970er Jahre war Indien quasi abhängig vom Import von Fertigarzneimitteln transnationaler Konzerne. Das änderte sich rasch, als die Regierung 1974 ein Prozesspatentrecht einführte. Indische Hersteller durften von da

an auch solche Arzneimittel produzieren, die anderswo durch ein Produktpatent geschützt waren. Die Firmen mussten lediglich ein anderes Herstellungsverfahren anwenden. Der Herstellungsprozess konnte dann mit einem Patent belegt werden. Die günstige Rechtslage, aber auch steuerliche Anreize und staatliche Subventionen führten zu einem beispiellosen Wachstum der Pharmaindustrie. In Indien existieren heute rund 17.000 Arzneimittelfirmen, die über 40.000 Medikamente herstellen.

Wichtigste Produktionssparte ist die Herstellung von Generika, also die legale Nachahmung von Markenprodukten. Indien hält einen Anteil von rund 20 Prozent an der weltweiten Generika-Produktion. Insbesondere gegen HIV/Aids, Tuberkulose oder Malaria bieten indische Hersteller Therapien zu revolutionär günstigen Preisen an. Das machte Indien zum wichtigsten Lieferanten für sogenannte Entwicklungsländer. Große Hilfsorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen (MSF) sind inzwischen auf indische Generika angewiesen. So stammen 80 Prozent der Aids-Arzneimittel, die MSF weltweit einsetzt, aus indischer Produktion.²⁷

Nur wirkliche Innovationen werden patentiert

2005 änderte sich die Rechtslage. 1994 hatte Indien mit dem Eintritt in die WTO das TRIPS-Abkommen anerkennen müssen. Es verlangt in allen Mitgliedsstaaten einen Produktpatentschutz von mindestens zwanzig Jahren. Dem Land wurde eine Übergangsfrist bis 2005 gewährt, um sein Patentrecht anzupassen. Seither sind Produktpatente gesetzlich verankert. Allerdings ist nicht jedes neue Medikament in Indien patentierbar. Kleine Veränderungen bereits bestehender Produkte, sogenannte marginale Innovationen, sind in Section 3d des indischen Patentrechts von der Patentierbarkeit ausgeschlossen, sofern sie keinen therapeutischen Fortschritt beinhalten.²⁸ Damit sind viele wichtige Aids-Medikamente wie z.B. TDF oder Lopinavir in Indien patentfrei.



Interessantes Forschungsfeld: Indien bietet ein schier unerschöpfliches Reservoir an Testpersonen. Viele akute und chronische Erkrankungen sind weit verbreitet und viele der PatientInnen sind nie mit Medikamenten behandelt worden.
Foto: Andrea Czekanski

Zulassung nicht an Patentschutz gekoppelt

Cipla ist eines der größten Pharmaunternehmen Indiens und der wichtigste Produzent von günstigen Aids-Medikamenten. Durch die deutsche Presse ging der Name Cipla im Zusammenhang mit einer Klage des Bayer-Konzerns. Das deutsche Unternehmen wollte die Zulassung eines Nachahmerprodukts seines Krebsmittels Nexavar® (Sorafenib) verhindern. Die indische Behörde (DCGI) hatte elf Jahre vor Ablauf des Patentschutzes einen Zulassungsantrag von Cipla bearbeitet. Denn anders als in Europa und den USA besteht in Indien bislang kein Datenschutz für die Zulassungsunterlagen patentgeschützter Präparate. Außerdem ist die Zulassung eines Arzneimittels nicht an den Patentschutz gekoppelt (Patent Linkage). Somit dürfen indische Generikafirmen patentgeschützte Produkte nachproduzieren und in Länder exportieren, wo sie nicht unter Patentschutz stehen. Sie dürfen solche Generika aber nicht in Indien vertreiben. Die Bayer-Klage gegen die Zulassung von Ciplas Sorafenib wurde in mehreren Instanzen abgewiesen. Der indische Supreme Court bestätigte, dass in Indien keine Patent Linkage existiere.

Forschung boomt

Auch die Arzneimittelforschung in Indien boomt: Im Oktober 2008 waren in Indien 582 klinische Studien beim DCGI registriert, 72 Prozent davon wurden von Pharmaunternehmen durchgeführt. Die Zahl der Vertragsfirmen (Contract Research Organizations /CRO), die klinische Forschungen organisatorisch abwickeln, hat sich in wenigen Jahren auf 150 Firmen verdoppelt.²⁹ Für internationale Pharmafirmen ist Indien ein günstiges Testfeld. Die Durchführung klinischer Studien ist rund 50 Prozent billiger als in westlichen Industrieländern. Zudem bietet das Land gut ausgestattete Kliniken, hochqualifiziertes Personal und eine große Bevölkerung, in der viele akute, aber auch chronische Erkrankungen weit verbreitet sind.³⁰

Die indische Regierung fördert den Wachstumstrend im Forschungsmarkt massiv: 2005 wurde die Arzneimittel- und Kosmetik-Richtlinie ergänzt, um klinische Studien ausländischer Sponsoren zu ermöglichen. Seither können in Indien Wirkstoffe getestet werden, die im Ausland entwickelt wurden (Phase-2-Studien). Studien zur Sicherheit und Verträglichkeit des Wirkstoffs (Phase 1) müssen aber bereits vorliegen. Der Sponsor muss neben vorhandenen Forschungsergebnissen auch Dokumente zum informierten Einverständnis der Testpersonen vorlegen.

Die Gesetzgebung hinkt hinterher

Darüber hinaus erhalten Pharmafirmen Steuervorteile und können in Zukunft auf ein zügigeres Genehmigungsverfahren durch nationale Ethikkomitees (für Europa, Japan und die USA in 6-8 Wochen) hoffen. Die Prüfung der Studienkonzeption durch ein Ethik-Komitee wurde 2005 vorgeschrieben. Allerdings arbeiten diese Komitees bisher nicht zufriedenstellend.³¹ Sie werden nicht registriert, arbeiten nicht nach einheitlichen Standards und die MitarbeiterInnen sind nicht ausreichend geschult. Ein neues Gesetz, das die Registrierung der Ethik-Komitees und deren Prüfung durch die Arzneimittelbehörde DCGI vorschreibt, soll demnächst verabschiedet werden. Damit würden auch Verstöße gegen ethische Grundsätze unter Strafe gestellt. Im

November 2010 hat die Kontrollbehörde DCS-CO zudem ein Kontrollprogramm für klinische Studien aufgelegt und neue Prüfstandards formuliert. Inspektoren der Behörde wurden von der US-amerikanischen Kontrollbehörde FDA geschult.³²

Klinische Studien sind im Kontext von Armut und mangelnder Gesundheitsversorgung kritisch zu betrachten. Denn die Teilnahme an klinischen Studien bietet für viele Arme die Chance auf eine Therapie, die sie sich sonst nicht leisten könnten, ohne ihren Besitz zu verkaufen oder einen Kredit aufzunehmen. Sandhya Srinivasan, leitende Redakteurin des Indian Journal of Medical Ethics, beklagt: „In einem Land, in dem 26 Prozent der Testpersonen an klinischen Studien teilnehmen, weil sie dann eine kostenlose oder gute Behandlung bekommen, ist es gefährlich, Vertragsfirmen leichten Zugang zu PatientInnen-Datenbanken zu gewähren und ÄrztInnen Geld für die Anwerbung von Testpersonen anzubieten.“³³

Ethische Normen auf dem Prüfstand

Eine indische Untersuchung zum informierten Einverständnis von Testpersonen gibt Aufschluss über die Problematik: 76 Prozent der für klinische Studien angeworbenen Testpersonen gaben an, dass ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin die Studie durchführe und 97 Prozent der PatientInnen hatten auf deren Rat an der Studie teilgenommen. Ist der oder die behandelnde ÄrztIn zugleich UntersuchungsleiterIn, besteht ein Interessenkonflikt.³⁴ Vertragsunternehmen (contract research organizations), die auf die Anwerbung von Testpersonen spezialisiert sind, bauen darüber hinaus Datenbanken potentieller TeilnehmerInnen auf und nutzen dafür öffentliche oder private Datenbanken, oder schalten Anzeigen in den Medien.

Die Anzahl der Todesopfer in klinischen Studien indes ist in den vergangenen Jahren beständig gewachsen. 462 Menschen starben laut Angaben des Gesundheitsministerium allein im ersten Halbjahr 2010. 132 Tote gab es 2007, 288 waren es 2008 und 2009 starben 637 Menschen.³⁵ Die niederländischen Organisationen WEMOS und SOMO veröffentlichten bereits 2006 eine

Zusammenstellung von 22 klinischen Studien, die in armen Ländern ethische Richtlinien missachteten. Acht davon hatten in Indien stattgefunden, darunter auch Studien internationaler Konzerne wie Johnson & Johnson und Pfizer oder auch der US-amerikanischen John Hopkins University.³⁶

Gute Medikamente zum kleinen Preis

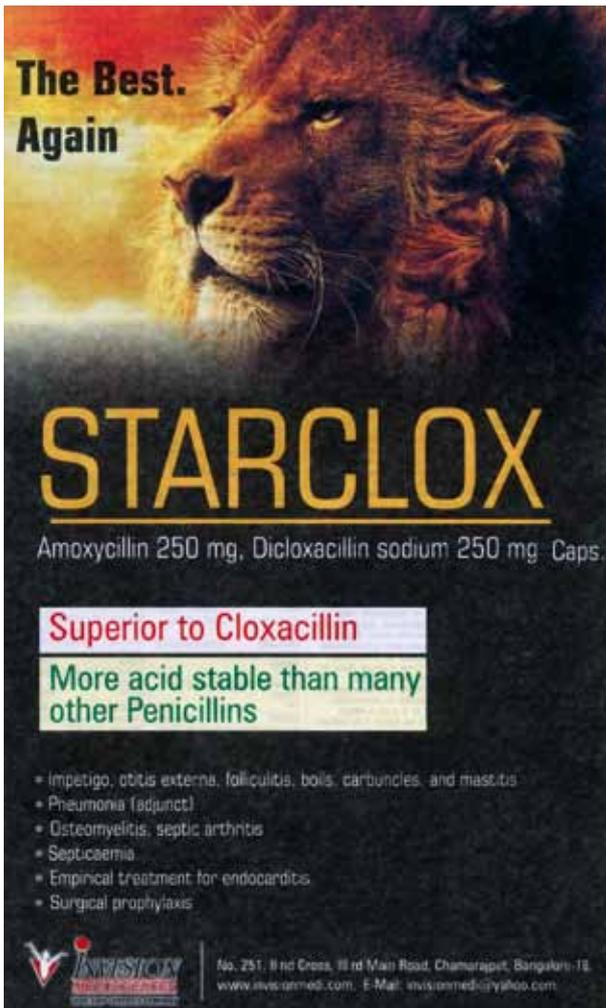
Low Cost Standard Therapeutics (LOCOST) ist ein positives Beispiel dafür, dass Medikamente auch ohne Profite hergestellt werden können.³⁷

Das kleine Unternehmen stellt über 60 unentbehrliche Medikamente her, arbeitet aber nicht gewinnorientiert. LOCOST-Präparate kosten nur ein Fünftel des indischen Preises, manche noch weniger. Abnehmer sind vor allem NGOs. Zum Arbeitsfeld von LOCOST gehören außerdem Bildungsprogramme für VerbraucherInnen zu Gesundheit, Krankheit und Medikamenteneinnahme, aber auch Fortbildungen für ÄrztInnen zur rationalen Arzneimittel-Therapie.

Auch das weiter oben beschriebene ASHWINI-Hospital bezieht seine Medikamente von LOCOST.

Werbung für Arzneimittel

Arzneimittelwerbung bei Laien ist in Indien streng reguliert und mit wenigen Ausnahmen verboten. Das indische Gesetz (Drugs and Cosmetics Act von 1940³⁸) teilt Medikamente in verschiedene Gruppen ein. Dabei dürfen nur solche, die in den sogenannten „Schedule K“ fallen, öffentlich beworben werden. Dazu gehören Mittel der Hausapotheke wie z.B. Paracetamol oder ASS. Auch Ayurvedische, Unani- und Siddha-Arzneien und homöopathische Produkte dürfen in der Regel beworben werden. Das Drugs and Magic Remedies Advertisement Act von 1954³⁹ nennt allerdings Krankheiten und Ereignisse (z.B. Appendizitis, Epilepsie, Fieber, hoher Blutdruck, Aids, Fehlgeburten), zu denen



Zweifelhafter Informationsgehalt: Eine indische Firma wirbt bei ÄrztInnen für das Antibiotikum Amoxicillin im indischen Arzneimittelkompendium CIMS.

Arzneimittelwerbung grundsätzlich nicht zulässig ist. Kampagnen zur Gesundheitsaufklärung, etwa im Bereich Familienplanung, Hygiene oder Schmerzen sind dagegen erlaubt, sofern der Name des Arzneimittels nicht genannt wird.⁴⁰

Bestechliche ÄrztInnen

Weil öffentliche Arzneimittelwerbung in Indien größtenteils verboten ist, sind die Unternehmen in besonderem Maß von den Verschreibungspraktiken der ÄrztInnen abhängig. Die Firmen beschäftigen eine Vielzahl von PharmavertreterInnen, welche Praxen und Kliniken aufsuchen. Die Arbeit als PharmavertreterIn gilt in Indien als begehrter Posten, so Dr. Roopa Devadasan vom Institute of Public Health (IPH) in Bangalore: „PharmavertreterInnen verkehren mit wichtigen Leuten, sie sind gut gekleidet und tragen

schwarze Aktenkoffer – all das zählt in Indien als Statussymbol.“⁴¹ Die Gunst der MedizinerInnen wird nicht selten mit Geschenken, Einladungen oder Hotelaufenthalten erkaufte.⁴²

Ein Kodex als Feigenblatt

Chandra M. Gulhati vom Monthly Index of Medical Speciality India (MIMS) spricht offen über solche Formen der Korruption: „Die kommerziellen Bedürfnisse unzähliger, heftig konkurrierender Pharmaunternehmen haben dazu geführt, dass sie auf die bekannten und bewährten drei Cs setzen: überzeuge (convince), wenn möglich, verwirre (confuse), falls nötig, und korrumpiere (corrupt), wenn nichts anderes funktioniert.“⁴³ In Indien existiert keine verbindliche rechtliche Regelung, um die Werbung bei MedizinerInnen zu kontrollieren. Der Medical Council of India (MCI), die Berufsvertretung der Ärzteschaft, hatte zwar einen Ethik-Kodex aufgestellt. Dieser galt aber als weitgehend wirkungslos. Führende Mitglieder des MCI wurden im März 2010 wegen Korruptionsvorwürfen inhaftiert, im Mai wurde die Organisation von der Regierung aufgelöst. Der strenge Kodex diente wohl eher als ethisches Feigenblatt, um eine Auflösung des MCI abzuwenden, mutmaßte das Indian Journal of Medical Ethics in einem Editorial.⁴⁴



Videos der National Rural Health Mission propagieren vehement die Pille zur Familienplanung.

The Superior nourisher for pregnant women with...

- Adequate Quantity of Protein to fill gaps in diet during pregnancy
- Ideal Quality of Protein with > 100% amino acid score

A scientific combination of 26 vital nutrients including DHA to favour all round development of the child.

Die Firma GlaxoSmith Kline bewirbt bei ÄrztInnen ein überflüssiges Nahrungsergänzungsmittel für Schwangere. Anzeige im indischen Arzneimittelkompendium CIMS.

Moderate Geschenke

Die Interessenvertretung der Pharmaindustrie (Organisation of Pharmaceutical Producers of India/OPPI) hat sich ebenfalls eine unverbindliche Selbstverpflichtung auferlegt. Sie verspricht darin, keine ausgedehnten Reisen nebst Familie, Einkaufsausflüge oder ähnliche Vergnügungen zu bezahlen, sondern beim Wert der Werbegeschenke „moderat“ zu bleiben („modest in value“). Eine vage Formulierung, die viel Spielraum zulässt.⁴⁵

Ähnlich wie in der europäischen Union arbeitet auch die Lobby der indischen Pharmaindustrie massiv auf eine Lockerung des Werbeverbots für Arzneimittel hin.⁴⁶ Man will zukünftig nicht

nur bei ÄrztInnen, sondern auch bei Laien für verschreibungspflichtige Medikamente werben. Vorbild sind die liberalen Arzneimittelmärkte Neuseelands und der USA. Laienwerbung, so argumentiert die Industrie, diene der Patienteninformation. „Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel wird eine neue Generation informierter PatientInnen erzeugen. So wird direkte Konsumentenwerbung (...) ein gesünderes Indien schaffen.“⁴⁷

Dass Arzneimittelwerbung der Gesundheit in Indien nützt, darf man allerdings bezweifeln. Gute Gesundheitsinformation und Werbung sind wohl eher zwei Paar Schuhe.

Die untersuchten Firmen

Bayer HealthCare

Die Bayer AG zählt mit ihrer Unternehmensgruppe Bayer HealthCare zu den Großen im Pharmageschäft. Das Unternehmen vermarktet seine Pharmaprodukte in mehr als 100 Ländern und erzielte 2009 einen Umsatz von rund 10,5 Milliarden Euro.⁴⁸

Rund 15-17 Prozent davon werden in Forschung und Entwicklung investiert.⁴⁹ Science for a better life – Wissenschaft für ein besseres Leben lautet der Leitspruch des Unternehmens.

In Indien operiert Bayer HealthCare in den Sparten Bayer Schering Pharma, Diabetes HealthCare und Animal Health. Das letztere Geschäftsfeld war nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Bayer will seine Geschäfte auf dem Wachstumsmarkt Indien deutlich ausbauen. Bis 2015 erwartet der Konzern dort einen Umsatz von rund einer Milliarde Euro, bislang sind es 400 Millionen. Nur fünf Prozent des Umsatzes in Indien stammen allerdings aus der Pharmasparte. Im Gesundheitssegment setzt Bayer daher zukünftig auf Zukäufe und Kooperationen mit anderen Unternehmen.⁵⁰

Auch die jüngste Gründung einer neuen Marketing- und Vertriebsgesellschaft als Joint Venture mit dem indischen Unternehmen Zydus Cadila soll die Präsenz von Bayer in Indien stärken.⁵¹

Bayers Verhütungspillen Yaz[®], Yasmin[®] und Yasminelle[®] (Drospirenon und Ethinylestradiol) sind die Blockbuster der Firma mit einem weltweiten Umsatz von 1,2 Milliarden Euro (2008). Yasmin[®] wird auch in Indien vermarktet. Auf Platz drei der Verkaufsschlagere befindet sich das Herzmittel Adalat[®] (Nifedipin, 626 Millionen Euro) und auf Platz zehn der Blutzuckersenkere Glucobay[®] (Acarbose, 304 Millionen Euro), die ebenfalls beide in Indien vertrieben werden.⁵²

Boehringer Ingelheim

Das deutsche Familienunternehmen Boehringer Ingelheim erforscht und produziert Human- und Tier-Arzneimittel. Das Unternehmen erzielte 2009 einen weltweiten Umsatz von 12,721 Milliarden Euro. Davon wurden 17,4 Prozent in Forschung und Entwicklung reinvestiert. Besonderes Augenmerk will die Firma dabei auf die Entwicklung fortschrittlicher Arzneimittel legen, die eine bessere Versorgung für PatientInnen ermöglichen. „Werte schaffen durch Innovation“ lautet ihr Wahlspruch.⁵³

Den weitaus größten Teil seines Umsatzes macht Boehringer Ingelheim in der Sparte verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Dazu zählen verschiedene Medikamente gegen Herz-Kreislaufkrankungen wie etwa Micardis[®] (Telmisartan), das die Firma u.a. in Indien vertreibt, aber auch Medikamente gegen Bluthochdruck oder HIV/Aids. Das Mittel Micardis[®] zur Behandlung des essenziellen Bluthochdrucks brachte 2007 Erlöse von 1.123 Millionen Euro und Zuwächse von rund 23 Prozent in lokaler Währung. Aggrenox[®] (Dipyridamol/ASS), ein Medikament zur Sekundärprävention von Schlaganfällen, das ebenfalls in Indien vertrieben wird, fuhr Erlöse von 278 Millionen Euro ein.⁵⁴

Auch Boehringer Ingelheim plant, seine Aktivitäten in Indien auszubauen. So unterstützt die Firma derzeit den indischen Vertragsproduzenten Kemwell beim Aufbau einer biopharmazeutischen Produktionsfabrik in Bangalore, Indien, mit biotechnologischem Know-how.⁵⁵

Boehringer Ingelheim hat in Indien nur rund 20 MitarbeiterInnen. Verglichen mit US-Konzernen wie Pfizer oder GlaxoSmithKline, die 2.000 bzw. 3.500 indische Beschäftigte haben, ist das herzlich wenig. „Wir waren in Indien zu spät am Start“, resümierten denn auch FirmenvertreterInnen gegenüber der Pharmakampagne.⁵⁶ Erst 2005 gründete Boehringer Ingelheim eine indische Niederlassung in Mumbai. „Wir haben eine kleine, aber angemessene Marketing- und Vertriebskette etabliert“, so Jürgen Beck, Boehringer Ingelheims Geschäftsführer in Indien. Weiterhin soll die Partnerschaft mit dem lokalen Anbieter Zydus Cadila im Bereich Marketing und Vertrieb dafür sorgen, dass künftig das gesamte Produktportfolio der deutschen Firma in Indien angeboten wird.⁵⁷

Baxter

Baxter International Inc. entwickelt, produziert und vermarktet biotechnologisch hergestellte und aus Blutplasma gewonnene Arzneimittel und Impfstoffe. Im Sortiment der Firma finden sich insbesondere Medikamente zur Behandlung von Hämophilie, Immun-erkrankungen, Infektionskrankheiten, Krebs und Nierenschädigung. Baxter ist zudem der weltweit größte Hersteller von Infusionslösungen und Systemen zur intravenösen Verabreichung. Baxter-Produkte zur künstlichen Ernährung und Infusionssysteme wurden in dieser Studie jedoch nicht berücksichtigt.

Das Unternehmen bietet seine Produkte in über 100 Ländern an. Baxter produziert in 27 Ländern und unterhält in Indien drei Produktionsfabriken: eine in Manesar, Haryana, eine in Waluj, Maharashtra und eine weitere in Alathur, Tamil Nadu mit insgesamt rund 700 MitarbeiterInnen. Die Fabriken produzieren sowohl für den indischen Markt als auch für den Export.⁵⁸

Der globale Umsatz von Baxter betrug 2009 rund 12,6 Milliarden US-Dollar. In Forschung und Entwicklung investierte die Firma 2009 nach eigenen Angaben 917 Millionen US-Dollar, das waren 7,3 Prozent des Nettoumsatzes.⁵⁹

Umsatzstärkstes Produkt ist Advate[®], ein rekombinant hergestellter Blutersatzstoff zur Behandlung der Bluterkrankheit, mit weltweit mehr als 1,7 Milliarden US-Dollar Verkaufserlös 2009. Das Mittel wird unter dem Namen Recombinate[®] auch in Indien vertrieben.⁶⁰ Baxter übernimmt nach eigener Aussage gesellschaftliche Verantwortung durch die Baxter International Foundation und eine nachhaltige Geschäftsethik, nach der die MitarbeiterInnen weltweit agieren.⁶¹

Endnoten

- 1 WHO (2008) World Health Statistics. <http://www.who.int/countries/ind/en/> (Zugriff 13.2011)
- 2 WHO (2010) National Health Accounts (NHA). India: National Expenditure on Health. <http://www.who.int/nha/country/ind/en/> (Zugriff 15.9.2010)
- 3 WHO (2006) Country Cooperation Strategy at a glance. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ind_en.pdf (Zugriff 13.2011)
- 4 Gandhi MK (2008) *The Essential Writings*. Oxford: University Press
- 5 Ram Murthy S, HA, June 2006, 8 Health Care Today, p 61
- 6 UNDP (2010) Human Development Report; <http://hdr.undp.org/en/> (Zugriff am 4.3.11)
- 7 Lacking healthcare, a million Indians die every year. http://economictimes.indiatimes.com/Healthcare/Lacking_healthcare_a_million_Indians_die_every_year_Oxford_University/articleshow/4066183.cms (Zugriff 4.10.2010)
- 8 WHO (2010) National Health Accounts (NHA). India: National Expenditure on Health. <http://www.who.int/nha/country/ind/en/> (Zugriff 15.9.2010)
- 9 National Family Health Survey (2006). <http://www.nfhsindia.org/nfhs3.html> (Zugriff 24.9.2010)
- 10 WHO (2010) World Health Statistics. <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html> (Zugriff 24.9.2010)
- 11 Grosse-Tebbe, Deshpande (2002) Indien. Private Dienstleister als Stütze des Gesundheitssystems. In: Andersen, DEG, F.A.Z.-Institut, GTZ, manager magazin (Hrsg) *Gesundheitswesen – Perspektiven für private Unternehmen*. Frankfurt
- 12 WHO (2010) National Health Accounts (NHA). India: National Expenditure on Health. <http://www.who.int/nha/country/ind/en/> (Zugriff 15.9.2010)
- 13 Boston Analytics (2009) Health Care in India. Report Highlights, Boston Massachusetts/USA
- 14 Duggal R (2005) *The out-of-pocket burden of healthcare*. Agenda: access to public health. Pune, India: Centre for Communication and Development Studies, p 20-25
- 15 Grosse-Tebbe, Deshpande (2002) Indien. Private Dienstleister als Stütze des Gesundheitssystems. In: Andersen, DEG, F.A.Z.-Institut, GTZ, manager magazin (Hrsg) *Gesundheitswesen – Perspektiven für private Unternehmen*. Frankfurt
- 16 Boston Analytics (2009) Health Care in India. Report Highlights. Boston Massachusetts/USA
- 17 Bearing Point, Inc. (2008) *Private Health Insurance in India. Promise and Reality*. Hrsg. im Auftrag der United States Agency for International Development
- 18 WHO/SEARO (2007) Country Health System Profile India. <http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1519.htm> (Zugriff 6.3.11)
- 19 Grosse-Tebbe, Deshpande (2002) Indien. Private Dienstleister als Stütze des Gesundheitssystems. In: Andersen, DEG, F.A.Z.-Institut, GTZ, manager magazin (Hrsg) *Gesundheitswesen – Perspektiven für private Unternehmen*. Frankfurt
- 20 WHO/SEARO (2007) Country Health System Profile India <http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1519.htm> (Zugriff 6.3.11)
- 21 WHO/SEARO (2007) Country Health System Profile India <http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1519.htm> (Zugriff 6.3.11)
- 22 Boston Analytics (2009) Health Care in India. Report Highlights, Boston Massachusetts/USA
- 23 Bearing Point, Inc. (2008) *Private Health Insurance in India. Promise and Reality*. Hrsg. im Auftrag der United States Agency for International Development; WHO/SEARO (2007) Country Health System Profile India <http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1519.htm> (Zugriff 6.3.11)
- 24 Der National Family Health Survey (NFHS) wird vom Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW) herausgegeben. Die Studie liefert auf staatlicher Ebene Schätzungen der Bevölkerungs- und Gesundheits-Indikatoren in Stadt und Land. Sie enthält unter anderem Informationen zu Fruchtbarkeit, Sterblichkeit, Mutter-Kind-Gesundheit, Familienfürsorge, Risikoverhalten und HIV-Prävalenz.
- 25 International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International (2007) National Family Health Survey (NFHS-3). India: Volume I. Mumbai: IIPS
- 26 WHO/SEARO (2007) Country Health System Profile India <http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1519.htm> (Zugriff 6.3.11)
- 27 Iyer A (2005) Ill and impoverished. The medical poverty trap. <http://infochangeindia.org/20050614404/Agenda/Access-Denied/Ill-and-impoverished-The-medical-poverty-trap.html> (Zugriff 20.9.2010)
- 28 Srinivasan S (o.J.) Health: Background and Perspective. <http://infochangeindia.org/200210045930/Health/Backgrounder/Health-Background-Perspective.html> (Zugriff 21.9.2010)
- 29 <http://www.ashwini.org/> (Zugriff 13.2011)
- 30 <http://www.aktivasi.net/> (Zugriff 13.2011)
- 31 MSF Letter to EC Trade Commissioner on EU-India FTA, 6.4.10
- 32 The Patents (Amendment) Act. http://www.ipindia.nic.in/ipr/patent/patent_2005.pdf (Zugriff 13.2011)
- 33 Srinivasan S (2009) Trial by fire. <http://infochangeindia.org/200909177947/Health/Analysis/Trial-by-fire.html> (Zugriff 13.2011)
- 34 SOMO (Hrsg) (2011) Putting Contract Research Organisations on the Radar. An exploratory study on outsourcing of clinical trials by pharmaceutical companies to contract research organizations, p 49 http://somo.nl/publications-en/Publication_3615/view (Zugriff 6.3.11)
- 35 Sengupta A (2009) Fatal Trials. clinical trials are killing people. *Indian J Med Ethics*; Vol. 6, No. 3
- 36 SOMO (Hrsg) (2011) Putting Contract Research Organisations on the Radar. An exploratory study on outsourcing of clinical trials by pharmaceutical companies to contract research organizations, p 53 http://somo.nl/publications-en/Publication_3615/view (Zugriff 3.6.11)
- 37 Srinivasan S (2009) Trial by fire. <http://infochangeindia.org/200909177947/Health/Analysis/Trial-by-fire.html> (Zugriff 13.2011)
- 38 Srinivasan S (2009) Ethical concerns in clinical trials in India. An investigation. Mumbai: Centre for Studies in Ethics and Rights
- 39 SOMO (Hrsg) (2011) Putting Contract Research Organisations on the Radar. An exploratory study on outsourcing of clinical trials by pharmaceutical companies to contract research organizations, p 50 http://somo.nl/publications-en/Publication_3615/view (Zugriff 6.3.11)
- 40 Srinivasan S (2009) Trial by fire. <http://infochangeindia.org/200909177947/Health/Analysis/Trial-by-fire.html> (Zugriff 13.2011)
- 41 462 deaths related to testing of experimental drugs on patients in India till mid-2010 alone show health ministry figures. <http://www.dancewithshadows.com/pillscribe/462-deaths-related-to-testing-of-experimental-drugs-on-patients-in-india-till-mid-2010-alone-show-health-ministry-figures/> (Zugriff 13.2011)
- 42 SOMO (2006) Briefing paper on ethics in clinical trials. Examples of unethical trials. http://www.wemos.nl/Eng/publications_2006_examples_of_unethical_trials_2006.htm (Zugriff 13.2011)
- 43 <http://www.locostindia.com/> (Zugriff 13.2011)
- 44 Drugs and Cosmetics Act. http://www.medindia.net/indian_health_act/drugs_and_cosmetics_act_1940/list-of-acts.htm (Zugriff 13.2011)
- 45 The Drugs and Magic Remedies (Objectionable Advertisements) Act. http://www.medindia.net/indian_health_act/the-drugs-and-magic-remedies-act-1955.htm (Zugriff 13.2011)
- 46 Mack J: High time to permit Pharma DTC in India? 18.4.2007 In: Pharma Marketing Network Forums <http://www.forums.pharma-mkting.com/showthread.php?t=380>
- 47 Gespräch im Dezember 2010
- 48 Mahajan V (2010) White coated corruption. *Indian J Med Ethics*; Vol. 7, No. 1
- 49 Gulhati C (2004) Marketing of medicines in India. *BMJ*; 328 (7443), p778-9
- 50 Thomas G (2010) Gifts to doctors, scientific information and the credibility gap in the medical council of India. *Indian J Med Ethics*; Vol. 7, No. 2
- 51 Chiplunkar S (2009) DTC advertising prescription drugs. <http://www.pharmabiz.com/article/detnews.asp?articleid=48300§ionid=46> (Zugriff 13.2011)
- 52 EU-Kommission will Werbeverbot für rezeptpflichtige Medikamente lockern. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/525903/eu-kommission-will-werbeverbot-rezeptpflichtige-medikamente-lockern.html (Zugriff 13.2011)
- 53 Direct to Consumer (DTC) Advertising in Pharmaceuticals – Current and Future Market Outlook. <http://www.indiaprline.com/2009/12/05/direct-to-consumer-dtc-advertising-in-pharmaceuticals-current-and-future-market-outlook/> (Zugriff 13.2011)
- 54 Chiplunkar S (2009) DTC advertising prescription drugs. <http://www.pharmabiz.com/article/detnews.asp?articleid=48300§ionid=46> (Zugriff 13.2011)
- 55 http://www.bayerscheringpharma.de/de/unternehmen/ueber_uns/unternehmensprofil/index.php (Zugriff 13.2011)
- 56 Wild H (2008) Bayer Schering Pharma's Approach to R&D. Internal and external sourcing of innovation. Bayer Schering Pharma. Vortrag beim India Pharma Summit 2009, Mumbai
- 57 Bayer peilt Milliardenumsatz in Indien an. In: CHEManager-online.com, 24.1.2011 <http://www.chemanager-online.com/> (Zugriff 24.1.2011)
- 58 Knop C, Koch B: In Schwellenländern gibt es Verbesserungsbedarf. Im Gespräch: Bayer Chef Marijn Dekkers. In: *Faz.net*, 26.1.2011 <http://www.faz.net/s/homepage.html> (Zugriff 26.1.2011)
- 59 Bayer stärkt Pharmageschäft in Indien durch Joint Venture mit Zydus Cadila. <http://www.investor.bayer.de/news/investor-news/investor-news/showNewsItem/1250/1296576540/3df703b226/> (28.1.2011)
- 60 Wild H (2008) Bayer Schering Pharma's Approach to R&D. Internal and external sourcing of innovation. Bayer Schering Pharma, Vortrag beim India Pharma Summit 2009, Mumbai
- 61 <http://www.boehringer-igelheim.de/unternehmensprofil.html> (Zugriff 13.2011)
- 62 Boehringer Ingelheim wächst 2007 wieder schneller als der Markt. Spiriva®, Micaridis® und Flomax® die größten Produkte. <http://derstandard.at/3293993> (Zugriff 13.2011)
- 63 <http://www.kemwellpharma.com/> (Zugriff 13.2011)
- 64 Gespräch in Ingelheim im Dezember 2010
- 65 Boehringer Ingelheim Finally Increases Presence. <http://www.pharmaceuticals-insight.com/file/68790/boehringer-igelheim-finally-increases-presence.html> (Zugriff 13.2011)
- 66 <http://www.baxter.in> (Zugriff 13.2011)
- 67 Geschäftsbericht der Baxter International Inc. http://www.baxter.com/investors/reports_and_financials/annual_report.html (Zugriff 13.2011)
- 68 Vectura: Annual Reports and Accounts 2009/10. http://ar10.vectura.com/business_review/products/ (Zugriff 13.2011)
- 69 Baxter Achieves Record Sales, Earnings and Cash Flow for Full-year 2009. Presseerklärung 28.1.2010 http://www.baxter.com/press_room/press_releases/2010/01_28_10-yearendearnings.html (Zugriff 28.2.2011)
- 70 http://www.baxter.de/ueber_baxter/unternehmen/gesell_verantwortung/index.html (Zugriff 28.2.2011)

Der Einfluss des Geschäftsverhaltens von Bayer HealthCare, Baxter und Boehringer Ingelheim auf den Zugang und die Verfügbarkeit unentbehrlicher Arzneimittel

II. Die Studien-Methodik

Vorliegende Studie evaluiert das Geschäftsverhalten der Pharmafirmen Boehringer Ingelheim, Bayer HealthCare und Baxter in Indien. Alle drei Unternehmen verfügen nicht nur über große Marktanteile in Deutschland, sie zeigen auch beachtliche Geschäftsaktivitäten in Indien. Mit Bayer und Boehringer Ingelheim wurden außerdem zwei deutsche Unternehmen ausgewählt. Die Bewertung der Geschäftspraktiken erfolgte auf der Grundlage der Menschenrechtserklärungen der Vereinten Nationen, der Helsinki-Erklärung des Weltärztebundes sowie firmeneigenen Corporate Social Responsibility Codices. Sämtliche Daten wurden 2010 vom Institute of Public Health (IPH) in Bangalore erhoben. Das Institut ist gleichberechtigter Projekt-Partner und war in die Entwicklung des Studiendesigns ebenso miteinbezogen wie in die Aufbereitung und Verbreitung der Ergebnisse.

Warum Indien?

Indien ist Hauptexporteur günstiger Generika in arme Länder. Dem Land kommt daher eine besondere Bedeutung in der globalen Arzneimittelversorgung zu. Aufstrebende indische Unternehmen produzieren zunehmend für einen globalen Markt, während internationale Pharmakonzerne ihre Forschungsaktivitäten und Produktionsstätten häufig nach Indien verlagern. Ob indische PatientInnen von diesem Globalisierungsprozess profitieren, ist eine offene Frage, auf die die Studie eine erste Antwort gibt. Sie prüft, welche Auswirkungen das Geschäftsverhalten internationaler Pharmafirmen für indische PatientInnen hat. Wie wirken sich die Geschäftspraktiken und auch Forschungsanstrengungen von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim auf den Zugang zu und die Verfügbarkeit von unentbehrlichen Medikamenten aus?



*Rund 80 Prozent der in Afrika zur Aids-Behandlung verwendeten Arzneimittel sind indische Generika.
Foto: WHO, Eric Miller*

Methoden

Vorliegende Studie präsentiert Ergebnisse aus quantitativen und qualitativen Methoden und erhöht damit deren Validität und Reliabilität. Die quantitativen Erhebungen (direkte Datenerhebung und Literaturrecherche) liefern Zahlen und Fakten zur Menge der verfügbaren Markenmedikamente, zum Anteil rationaler und irrationaler Produkte im Firmensortiment, zum Preis der angebotenen Arzneimittel sowie zu klinischen Studien der relevanten Hersteller. Semistrukturierte Interviews wurden als qualitative Methode genutzt, um die Konsequenzen des Geschäftsverhaltens für ÄrztInnen, PharmazeutInnen und PatientInnen zu ermitteln.

Die Daten wurden vorrangig in Indien erhoben und mit eigenen Angaben der Firmen abgeglichen. Ergänzend wurden Internet-Datenbanken wie MIMS India¹ oder auch das offizielle US-Register zu klinischen Studien² genutzt. Alle drei Firmen wurden im Vorfeld über die Studie informiert und um Stellungnahmen sowie relevante Dokumente gebeten.

Ziele und Hintergrund der semistrukturierten Interviews

Um ein tieferes Verständnis der Materie jenseits von Zahlen und Fakten zu erlangen, wurden in den Bundesstaaten Karnataka und Tamil Nadu semistrukturierte Interviews geführt. Ein offener Fragebogen diente dabei als Konversationsleitfaden.

6 ÄrztInnen, 6 PharmazeutInnen und 6 PatientInnen (3 arme und 3 wohlhabende) aus dem staatlichen, privaten und NGO-Sektor wurden befragt, außerdem ein Vertreter einer Firma. Strikte Vertraulichkeit wurde zugesichert und die Interviews wurden per Gedächtnisprotokoll direkt danach aufgezeichnet. Diese Methode macht es möglich, relevante Informationen in kondensierter Form festzuhalten. Zugleich war der Verzicht auf Tonträger eine wichtige Voraussetzung, um das Vertrauen der Interviewten zu gewinnen und deren Anonymität zu gewährleisten. Die Interviewerin sprach neben Englisch auch Kannada und Tamil, so dass keine Informationen durch die Übersetzung verloren gingen. Die PatientInnen wurden bei sich zu Hause interviewt, weil die Wohnverhältnisse auch wichtige Hintergrundinformationen zur wirtschaftlichen Situation der Betroffenen lieferten.

Die kondensierten Interview-Aussagen wurden mithilfe einer thematischen Textanalyse interpretiert. Wichtige Themen wurden herausgearbeitet und flossen in die Diskussion der quantitativen Studienergebnisse ein. Hier dienen sie als ergänzende Information, beanspruchen aber keine Allgemeingültigkeit.

Limitationen

Die Datenerhebung bezieht sich nur auf Medikamente, die in Indien verfügbar sind, und auf Arzneimittelstudien, die Bayer HealthCare, Baxter oder Boehringer Ingelheim in Indien durchführen bzw. zum Zeitpunkt der Datenerhebung durchgeführt haben und die in frei zugängliche Datenbanken und/oder in Firmenangaben aufgeführt sind. Die Datenerhebung fand von Januar bis November 2010 statt, einige Interviews wurden noch im Januar 2011 durchgeführt.

Die Datenerhebung

Sämtliches Datenmaterial zur Studie sowie Fragebögen und Interview-Leitfaden können bei der BUKO Pharma-Kampagne eingesehen werden.

1. Welche firmeneigenen Medikamente waren im Januar 2010 auf dem Markt?

In Indien existieren zwei wichtige Arzneimittelkompendien: Monthly Index of Medical Specialities India (MIMS) ist nur in Buchform verfügbar, während Current Index of Medical Specialities (CIMS) als Print- und Online-Version³ zur Verfügung steht.

Beide sind aber nicht deckungsgleich, auch nicht die CIMS Print- und die Online-Version. Zusätzlich sind viele Medikamente auf dem Markt, die in keinem dieser Nachschlagewerke aufgelistet sind. Darum führten wir Recherchen in indischen Apotheken durch (Krankenhausapotheken und freie Apotheken), um unsere Daten zu ergänzen bzw. zu bestätigen. Um ein möglichst vollständiges Bild zu erhalten, wurden alle Firmen gebeten, die von uns erstellte Produktliste zu überprüfen. Nur Baxter verweigerte Angaben und Kommentare.

Folgende Informationen wurden in einer Access-Datenbank erfasst:

- Name des Herstellers
- Dosis, Applikationstypen, Packungsgröße, generischer Name, Markenname
- Ist das Arzneimittel unentbehrlich (Abgleich mit WHO-Liste)? Die nationale indische Liste verwarfen wir, weil sie zu alt ist und unter ExpertInnen als qualitativ minderwertig gilt.
- Ist das Arzneimittel rational oder irrational?
- Preis in Rupien
- Verfügbarkeit über das staatliche Gesundheitssystem in Tamil Nadu und Karnataka
- Patentstatus des Medikaments in Indien
- Handelt es sich um eine Innovation? (nach 1995 auf dem indischen Markt)
- Wird das Medikament als unentbehrliche Innovation deklariert?



Haben arme Menschen in Indien Zugang zu den Präparaten von Boehringer Ingelheim, Bayer HealthCare und Baxter?

Foto: Andrea Czekanski

2. Welche Mittel sind unentbehrlich?

Zur Untersuchung dieser Frage wurde die Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel der WHO von 2010 herangezogen.⁴ Diese Liste enthält circa 350 Wirkstoffe, die für die Gesundheitsversorgung essenziell sind. Die Medikamente sind unter ihren internationalen Freihandelsnamen (international non-proprietary name, INN) aufgeführt. Wir haben alle Medikamente als unentbehrlich (u) gekennzeichnet, die auf der WHO-Liste zu finden sind.

3. Wie gut ist das Sortiment der Firmen?

Auch Medikamente, die nicht unentbehrlich sind, können durchaus sicher, unbedenklich und von medizinischem Nutzen sein. Um das jeweilige Firmensortiment in seiner Qualität, das heißt hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit sowie des medizinischen Nutzens beurteilen zu können, wurde jedes Arzneimittel von Pharmakologinnen bewertet. Alle Medikamente wurden dabei einem einheitlichen Bewertungsverfahren unterzogen und anhand klinisch-pharmakologischer Kriterien überprüft. Arzneimittel, die nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand wirksam und unbedenklich sind, wurden als *rational* (r), alle anderen als *irrational* (i) eingestuft.

Unsere Bewertung wendete die wissenschaftlichen Kriterien für rationale Arzneimitteltherapie an, die auf klinischer Evidenz beruhen. Die

Pharmaindustrie nimmt für sich in Anspruch, dass ihre Produkte eben diesen Kriterien genügen. Im Bewertungsprozess wurden die Medikamente in zwei Haupt- und mehrere Untergruppen eingeteilt. Die beiden Hauptgruppen scheiden *positive* (r) von *negativen* (i) Arzneimitteln. Die jeweiligen Untergruppen geben den wichtigsten Grund für die Einordnung an (siehe Abbildung s. 18).

Wir haben versucht, jede Entscheidung auf Basis der anerkannten internationalen Fachliteratur zu treffen, die verlässliche Informationen über den aktuellen Stand der internationalen wissenschaftlichen Diskussion wiedergibt. Wir sind uns aber bewusst, dass sowohl objektive Fakten als auch subjektive Werte in die Beurteilung eingehen. Dennoch kann mit den klar definierten Auswertungskriterien der Studie ein guter Einblick in die Qualität der untersuchten Medikamente gewonnen werden.

Den Beurteilungsprozess, der letztlich zur Einteilung in positive und negative Arzneimittel führt, dokumentiert das Entscheidungsdiagramm auf Seite 18. Die einzelnen Bewertungsfragen, die an jedes Arzneimittel zu stellen sind, wurden jeweils der Reihe nach überprüft. Sobald die Überprüfung eines Kriteriums zu einer negativen Bewertung führte, wurde das Medikament der entsprechenden Bewertungsgruppe zugeordnet und nicht mehr auf weitere Kriterien hin untersucht.

Die Einteilung der Arzneimittel nach Bewertungsgründen

Positiv	→ Mittel der ersten Wahl	→ Arzneimittel mit nachgewiesener Wirksamkeit und einem angemessenen Nutzen-Risiko-Verhältnis, die die beste Behandlung für die meisten PatientInnen in einem bestimmten Anwendungsgebiet darstellen.
	→ Mittel der ferneren Wahl	→ Produkte für eine geringere Anzahl PatientInnen, die nicht von einem Medikament erster Wahl profitieren. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis ist häufig ungünstiger als beim Mittel der ersten Wahl.
	→ Medikamente für SpezialistInnen	→ Mittel, für deren Anwendung es besonderer Voraussetzungen bedarf, z.B. einer speziellen Diagnostik, spezieller Geräte oder besonderer therapeutischer Erfahrung. Werden sie unkontrolliert angewendet, bergen sie ein hohes potenzielles Risiko (z.B. Krebsmittel).
Negativ	→ irrationale Kombination	→ Kombinationen verschiedener Wirkstoffe sind prinzipiell problematisch, da sowohl die Wechselwirkung der einzelnen Stoffe miteinander als auch erwünschte und unerwünschte Wirkungen nicht kalkulierbar sind. Unterschiedliche Substanzen haben zudem ein unterschiedliches Profil bezüglich Bioverfügbarkeit und Pharmakokinetik: Häufig wird eine Substanz schneller resorbiert oder abgebaut als eine andere. Zudem kann die Dosis eines einzelnen Inhaltsstoffes nicht individuell angepasst werden, ohne die Dosis aller anderen Substanzen ebenfalls zu verändern. Nicht nur die erwünschten Wirkungen der Arzneistoffe werden kombiniert, sondern auch ihre Nebenwirkungen und Risiken. Kombinationspräparate werden als irrational gewertet, wenn sie mehr als drei Wirkstoffe enthalten, wenn sie einen unwirksamen oder falsch dosierten Wirkstoff enthalten oder wenn Wirkstoffe ein sich gegenseitig ausschließendes Wirkungsprofil haben.
	→ unwirksame Mittel	→ In diese Kategorie fallen Arzneimittel, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden konnte, obwohl mehrere Studien durchgeführt wurden.
	→ umstrittene Wirksamkeit	→ Dies sind Arzneimittel, zu deren Wirksamkeit widersprüchliche Angaben gemacht werden. Solange es keine eindeutigen Daten gibt, sollten diese Mittel nicht verwendet, sondern durch ein bewährtes Medikament ersetzt werden.
	→ ungenügende Erprobung	→ Diese Arzneimittel sind unzureichend erprobt und sollten durch besser getestete Mittel ersetzt werden.
	→ risikoärmere Alternative erhältlich	→ Diese Medikamente sind zwar wirksam, haben jedoch ein höheres Risiko als andere und damit ein schlechteres Nutzen-Risiko-Verhältnis als Alternativprodukte.
	→ wirksamere Alternative erhältlich	→ Es ist ungerechtfertigt, Mittel einzusetzen, die weniger wirksam sind als Alternativprodukte. PatientInnen haben das Recht, die wirksamste Medizin zu erhalten.
	→ falsche Wirkstoffmenge	→ Diese Medikamente enthalten wirksame Substanzen in zu großer oder zu kleiner Menge. Sie sollten daher nicht verwendet werden.
	→ falsche Darreichungsform	→ Arzneistoffe müssen in geeigneter Darreichungsform angewandt werden, um wirksam und ungefährlich zu sein. Es gibt Substanzen, die als Injektion gefährlicher sind als in Tablettenform. Muss ein Mittel z.B. unregelmäßig über den Tag verteilt eingenommen werden, dann ist eine Retardkapsel eine ungeeignete Darreichungsform.

4. Preis und Verfügbarkeit

Zur Ermittlung von Preisen und Verfügbarkeit wurde die bewährte WHO/HAI-Methodologie⁵ genutzt. Eine Auswahl von 63 Medikamenten wurde in jeweils 5 Einrichtungen des öffentlichen, privaten und NGO-Sektors beider Bundesstaaten untersucht (zusammen 30 Einrichtungen). Die Preise wurden in Rupien

erfasst, können aber in internationale Dollar (Purchasing Power Parity, PPP) umgerechnet werden, um Ländervergleiche anzustellen. Außerdem wurde überprüft, ob unentbehrliche Arzneimittel in den Medikamenten-Listen der Bundesstaaten Karnataka and Tamil Nadu gelistet sind und ob ihr Preis für arme Menschen erschwinglich ist.

5. Welche firmeneigenen Innovationen sind auf dem Markt?

Welche innovativen Medikamente von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim sind seit 1995 auf dem indischen Markt? (Medikamente, die bereits vor 1995 auf den indischen Markt kamen, sind nicht patentierbar.) Angaben hierzu lieferten Firmen-Websites, Korrespondenzen mit den Firmen und mit dem Lawyers Collective in Bangalore. Als lebenswichtige Innovationen wurden alle Arzneimittel eingestuft, die auf der WHO-Modellliste aufgeführt sind, da sich die indische Liste unentbehrlicher Medikamente als veraltet herausstellte. Angaben zum Patentstatus wurden aus folgenden Quellen bezogen:

<http://india.bigpatents.org>
[https://www.ipindiaonline.gov.in/patentpublishedSearch/\(S\(v43jii55g0itiz55r01541eh\)\)/patentwebSearch.aspx](https://www.ipindiaonline.gov.in/patentpublishedSearch/(S(v43jii55g0itiz55r01541eh))/patentwebSearch.aspx) (Datenbank zu Patentanträgen)
<http://ipindia.nic.in/patsea.htm> (Datenbank zu gewährten Patenten)

6. Wie gut ist die Versorgung der Armen?

Interviews mit ÄrztInnen (öffentlicher, privater, NGO-Sektor) und armen PatientInnen sollen Aufschluss darüber geben, ob mittellose Kranke Zugang zu notwendigen Therapien haben. Sind die ärztlichen Verschreibungsmuster bei armen und reichen PatientInnen unterschiedlich? Als arm gilt, wer sich selbst als arm sieht und von der Interviewerin als arm angesehen wird. Sogenannte Proxy-Indikatoren (Gas statt Kerosin, Fernseher) wurden zusätzlich herangezogen.

7. Welche Forschungsprojekte betreiben die Firmen in Indien?

Die Forschungsaktivitäten der Firmen haben wir mit Hilfe öffentlich zugänglicher Datenbanken⁶ sowie durch Firmenkorrespondenz, Firmenwebsites und Korrespondenz mit dem indischen Forschungsministerium ermittelt. Unser besonderes Interesse galt dabei der Frage, ob vernachlässigte Krankheiten wie TB, Malaria, Chikungunya oder Dengue-Fieber oder auch andere in Indien häufige Erkrankungen wie Pneumonie, Bronchitis, Diarrhöe und HIV Teil des Forschungsportfolios der Firmen sind. Und wenn ja, wie groß ist ihr Anteil im gesamten Forschungsspektrum?

Um jeden Preis?

8. Generelles Geschäftsverhalten der drei Firmen

Das Marketingverhalten von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim wurde in drei Teilbereichen erfasst:

Werbung

Werbepraktiken wurden durch konkrete Beispiele von Produktwerbung ermittelt. Informationsquellen waren dabei Bildungs-, Informations- und Werbematerialien der Firmen für ÄrztInnen und StudentInnen, außerdem Presseartikel sowie Korrespondenzen und Interviews mit Firmen, ÄrztInnen und Ministerien.

Partnerschaften

Weiterhin wurden sogenannte Partnerschaftsprojekte der Firmen (z.B. mit der indischen Regierung oder indischen PatientInnen-Gruppen) sowie Spenden- und Gesundheitsprogramme untersucht. Als Datenquellen dienten hierfür Korrespondenzen und Interviews mit Firmen, ÄrztInnen und staatlichen Stellen, die für eventuelle Programme zuständig sind, außerdem Firmenwebsites und Literaturrecherchen.

Disease Awareness

Aber auch andere wichtige Marketing-Strategien wurden untersucht, etwa Disease Awareness Campaigns oder das Sponsoring von öffentlichen Veranstaltungen und von PatientInnengruppen. Als Datenquellen standen uns semistrukturierte Interviews mit ÄrztInnen (staatlicher, privater und NGO-Sektor), Firmen und Gesundheitsministerien zur Verfügung sowie die Firmen-Websites und -Korrespondenz.

Endnoten

- 1 *Clinical Trials Registry India - National Institute of Medical Statistics.* <http://www.ctri.in/Clinicaltrials/index.jsp> (Zugriff 1.3.2011)
- 2 *Clinical Trials - U.S. National Institutes of Health.* <http://clinicaltrials.gov/> (Zugriff 1.3.2011)
- 3 *Current Index of Medical Specialities.* <http://www.cimsasia.com/> (Zugriff 1.3.2011)
- 4 *WHO: Essential medicines.* http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/index.html (Zugriff am 1.3.2011)
- 5 *HAI: Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components.* <http://www.haiweb.org/medicineprices/manual/documents.html> (Zugriff am 1.3.2011)
- 6 *Indisches Verzeichnis* <http://www.ctri.in/Clinicaltrials/index.jsp>, *US-Verzeichnis* <http://clinicaltrials.gov/>

III. Die Studien-Ergebnisse

1. Das Arzneimittelsortiment der Firmen

Bayer Schering Pharma, Baxter und Boehringer Ingelheim verkaufen in Indien insgesamt 90 Wirkstoffe in 184 verschiedenen Darreichungsformen. Aus historischen Gründen vermarkten die Firmen einen Teil ihrer Produkte durch die Firma Zydus Cadila/German Remedies. Vor 1995 durften ausländische Hersteller nur eingeschränkt Medikamente in Indien anbieten. Daher gründeten einige Firmen German Remedies als indisches Subunternehmen, das ihre Produkte zum Teil bis heute vermarktet.

Boehringer Ingelheim

Das Sortiment:

13 verschiedene Präparate in 27 verschiedenen Dosierungs- und Formulierungsformen. Keines dieser Mittel ist unentbehrlich, 8 (30%) sind rational und 19 (70%) irrational.

Rationale und irrationale Mittel:

Drei der **rational** bewerteten Produkte sind günstige, altbewährte Präparate: Bisacodyl (Dulcolax®) ist ein Medikament gegen Verstopfung, Clonidin (Catapres®) wird gegen ansonsten unkontrollierbaren Bluthochdruck eingesetzt. Butoscolamin (Buscopan®) wirkt gegen Bauchkrämpfe, auch bei Koliken, ist aber nur als Ampulle nachweislich wirksam.

Ebenfalls rational, aber hochpreisig ist Alteplase (Actilyse®), das bei akutem Herzinfarkt nachweislich wirkt. 1 Ampulle mit 50 mg kostet allerdings 37.500 Rs und sprengt damit sogar das Budget der Mittelklasse. Der Preis übersteigt das durchschnittliche Monatseinkommen der meisten InderInnen. Zum Vergleich: Eine Lehrerin oder ein Lehrer verdient zwischen 10.000 und 20.000 Rs im Monat, eine Hausangestellte etwa 3.000-10.000 Rs.

Als irrational wurden zum Teil irrationale Formulierungen rationaler Produkte bewertet, wie **Butylscopolamin** (Buscopan®) in Tablettenform

oder **Butylscopolamin** in Kombination mit Paracetamol (Buscopan plus®). Auch die Kombination von Clonidin und Chlorthalidon (Catapres DIU®) musste als irrational abgewertet werden. Ebenfalls irrational, aber günstig zu haben sind Persantin®, Alupent® und Metalyse®. Dipyridamol (Persantin®) ist in Deutschland nicht mehr als Monopräparat zugelassen, sondern nur noch in der Kombination mit dem Blutverdünner ASS (Aggrenox®) zur Behandlung von Schlaganfällen. Aggrenox® ist in Indien jedoch teuer.

Orciprenalin sulphat (Alupent®) ist ein Asthmamittel, das als überholt gilt.

Das Herzmittel Mexiletin Hydrochlorid (Mexitil®) ist in Deutschland nicht mehr auf dem Markt. Auch in Indien will Boehringer Ingelheim das Mittel nach eigener Aussage nicht mehr anbieten.¹ Derzeit werden allerdings noch Lagerbestände in indischen Apotheken abverkauft.

Auch der Kassenschlager Telmisartan (Micardis®) wurde abgewertet. Laut der Fachzeitschrift *arznei-telegramm* verhindert das Arzneimittel trotz deutlicher Blutdrucksenkung kardiovaskuläre Ereignisse nicht besser als Plazebo.² Das Mittel kostet außerdem erheblich mehr als vergleichbare Therapien.

Tenecteplase (Metalyse®) wird beim Herzinfarkt wie Alteplase (Actilyse®) eingesetzt. Es kostet mit 28.000 Rs pro Ampulle jedoch das Doppelte, ohne einen therapeutischen Vorteil zu bieten.

Boehringer Ingelheim hat nur 27 verschiedenen Dosierungs- und Formulierungsformen auf dem indischen Markt, also etwa ein Viertel der Sortimentsgröße in Deutschland (D:110). Die älteren Medikamente werden über Zydus Cadila/German Remedies vermarktet. Boehringer Ingelheim strebt jedoch den Ausbau seiner Vertriebskette in Indien an. Dipyridamol und ASS (Aggrenox®), Telmisartan Micardis® (plus®) und Alteplase (Actilyse®) werden schon jetzt direkt von Boehringer Ingelheim vermarktet. Neben einem weitgehend irrationalen Sortiment sind fünf der 13 verkauften Medikamente (38%) hochpreisig. Die Firma bietet in Indien kein Me-



In Sachen Verhütung schlecht bedient: Die Bayer-Pillen Diane 35® und Yasmin® bergen ein erhöhtes Risikopotential und sind zudem teuer.

Bild: © Anna C., Fotolia.com

dikament gegen vernachlässigte Krankheiten an.

Fazit: Unter den von uns untersuchten Firmen hat Boehringer Ingelheim das schlechteste Arzneimittelsortiment auf dem indischen Markt. Viele der irrationalen Produkte sind zudem sehr teuer und offensichtlich für die zahlungskräftige Mittelklasse bestimmt.

Bayer Schering Pharma

Das Sortiment: 39 verschiedene Präparate in insgesamt 77 Dosierungs- und Formulierungsformen wurden bewertet.

9 Arzneimittel (12%) sind unentbehrlich, 40 (52%) rational und 28 (36%) irrational.

Unentbehrliches: Bei den unentbehrlichen Medikamenten handelt es sich weitgehend um alte Präparate wie Nifedipin (Adalat®) oder Chloroquin (Resochin®), die in der Behandlung des Bluthochdrucks bzw. der Malaria nur noch bedingt sinnvoll sind. Bayer Schering Pharma hat keine unentbehrlichen Innovationen im Sortiment. Das einzige Malariamittel ist Chloroquin (Resochin®), das wegen häufig auftretender Re-

sistenzen nur noch bedingt eingesetzt werden kann. In Ermangelung von Alternativen wird es dennoch in Indien gerade bei Armen noch häufig verwendet.

Rationale und irrationale Mittel: Rationale Präparate sind altbewährte Medikamente wie Phenobarbital (Luminal®, Luminalettes®) oder Clotrimoxazol (Canesten®), aber auch neue Produkte wie das Röntgenkontrastmittel Iopromid (Ultravist®) und Gadopentetat Dimeglumin (Magnevist®) oder das Krebsmittel Sorafenib (Nexavar®).

Mehrere der rationalen Bayer-Arzneimittel haben einen stolzen Preis, der das Budget der Bevölkerungsmehrheit Indiens sprengen dürfte: Das Röntgenkontrastmittel Ultravist® kostet 2.667 Rs für 20 ml und das Multiple-Sklerose-Mittel Interferon beta 116.300 Rs für 15 Fertigspritzen. Unerschwinglich sind auch Bayers Krebsmittel: Sorafenib Tosylate (Nexavar®) mit 280.430 Rs für 120 Tabletten à 200 mg und das Leukämiemittel Fludarabin Phosphat (Fludara®) mit 33.315 Rs für 20 Tabletten. Das Präparat in Tablettenform ist zudem irrational. Insgesamt wurden 10 Produkte (13%) als hochpreisig klassifiziert.

Riskante Verhütungspillen

Kritikwürdig ist insbesondere die Vermarktung der umstrittenen und irrationalen Kontrazeptiva Diane 35[®] und Yasmin[®]. Interviews mit indischen ÄrztInnen haben bestätigt, dass PharmareferentInnen die Bayer Verhütungspillen besonders in privaten Krankenhäusern intensiv bewerben. Die Kombination von Cyproteronacetat und Ethinylestradiol (Diane 35[®]) ist in Deutschland nicht mehr als Verhütungspille zugelassen, nachdem 1994 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Verdacht auf Lebertumore entstand. Seit dieser Zeit ist die Indikation des Wirkstoffs stark eingeschränkt. Das Medikament ist ausschließlich als Reservemittel bei Androgenisierungsercheinungen der Frau sowie für die Behandlung schwerer Akne zugelassen³. Der Wirkstoff birgt zusätzlich ein erhöhtes Thromboserisiko.⁴ Das indische Arzneimittelkompendium CIMS India führt DIANE 35[®] dagegen eindeutig als Kontrazeptivum auf.⁵

Die Kombination Drospirenon und Ethinylestradiol (Yasmin[®]) ist zwar auch in Deutschland als Verhütungspille zugelassen und erfreut sich wachsender Beliebtheit, vor allem bei jungen Frauen und Mädchen. Die Fachzeitschrift *arzneitelegramm* rät jedoch vom Gebrauch des Mittels ab. Gegenüber anderen Kontrazeptiva ist das Thromboserisiko deutlich erhöht.⁶

Indische Frauen, die Bayers Yasmin[®] und Diane 35[®] schlucken, sind gleich doppelt betrogen. Denn die Verhütungspillen können nicht nur die Gesundheit schädigen, sie sind außerdem teuer. 231 bzw. 360 Rs pro Zyklus kosten die Präparate und ziehen den Frauen unnötigerweise Geld aus der Tasche. Die deutlich nebenwirkungsärmere Verhütungspille Levonorgestrel & Ethinylestradiol gibt es nämlich als Mala N[®] im staatlichen Gesundheitssystem kostenlos. Unter dem Namen Mala D[®] wird das Präparat über NGOs und andere Organisationen für 0,25 Rs pro Zyklus im Familienwohlfahrtsprogramm zur Verfügung gestellt. Beide Mittel werden von indischen Firmen produziert.⁷

Nutzlose Vitaminmischungen

Auch Vitaminmischungen wie Bayer's Tonic[®], Edinol[®] oder Supradyn[®] sind hochproblematisch. Diese Produkte sind zwar vergleichsweise günstig, haben aber keinerlei nachgewiesenen Nutzen für die PatientInnen. Vor allem arme Menschen, meist Frauen und Kinder, schlucken diese Tonics, wie unsere indischen PartnerInnen bestätigten. Dabei ist Bayer's Tonic[®] in Indien nicht für die Behandlung von Kindern zugelassen. Weil das Mittel jedoch jahrzehntelang vom deutschen Hersteller als Stärkungssaft und Appetitstimulanz für die Kleinen beworben wurde, wird es von indischen ApothekerInnen noch immer als Tonic für Kinder empfohlen. Bayer's

So viel Gesundes kann man in Indien für den Preis einer Flasche Bayer's Tonic[®] kaufen.

Foto: T. Jayashree





Das Arzneimittelsortiment von Bayer Schering Pharma, Baxter und Boehringer Ingelheim können sich die wenigsten InderInnen leisten.

Foto: WHO/P. Virost

Tonic® enthält neben Leberextrakt, Hefe und Zucker auch viel Alkohol (10%). Vor allem unterernährte Kinder laufen bei regelmäßiger Einnahme Gefahr, eine tödliche Leberzirrhose zu entwickeln. Von den 83,65 Rs, die eine Flasche des Stärkungsmittels 2010 kostete, kann eine größere Familie mindestens einen Tag lang mit gesunden Lebensmitteln ernährt werden.

Irrationale Diabetesmittel

Bedenklich sind außerdem irrationale Diabetes-Präparate wie Acarbose (Glucobay®) oder die irrationale Kombination Glimperid und Metformin (Gimibay®). Diabetes stellt ein wachsendes Problem in Indien dar, rund 40 Millionen Menschen sind betroffen. In städtischen Regionen liegt die Prävalenz inzwischen bei 9%. Die Verfügbarkeit bezahlbarer rationaler Medikamente ist essentiell.

Bayer versuchte mit der groß angelegten STOP-NIDDM-Studie den Nutzen von Acarbose (Glucobay®) zu belegen. Dies gelang jedoch nicht. Bayer-MitarbeiterInnen waren an der Studierendurchführung beteiligt, was zu Interessenkonflikten führte und widersprüchliche Angaben in den Fachzeitschriften Lancet und JAMA nach sich zog. Die Fachzeitschrift *arznei-telegramm* kommt zu dem Schluss: "Ein Nutzen von Acar-

bose (Glucobay®) zur Senkung des Risikos kardiovaskulärer Erkrankungen bei PatientInnen mit erhöhtem Blutzucker ist nicht belegt. Der jetzt publizierte angebliche Nutzen-Nachweis durch die STOP-NIDDM-Studie beruht auf Daten-Manipulation zu Gunsten von Acarbose."⁸

Fazit: Das Medikamentensortiment von Bayer Schering Pharma mit 52% rationalen und 12% unentbehrlichen Medikamenten ist besser als das Sortiment von Boehringer Ingelheim. Bayer hat jedoch weitaus problematischere Medikamente auf dem indischen Markt.

Baxter

Das Sortiment: Baxter verkauft in Indien 38 verschiedene Präparate in insgesamt 80 Dosierungs- und Formulierungsformen. 35 Mittel (43,75%) wurden als unentbehrlich und weitere 35 (43,75%) als rational eingestuft. 10 Arzneimittel (12,5%) sind irrational.

Unentbehrliches: Baxter vertreibt in Indien zahlreiche unentbehrliche Medikamente, darunter wichtige Antibiotika, Krebsmedikamente und Infusionslösungen wie z.B. Dextrose.

Rationale und irrationale Produkte: Baxter

konzentriert sich wie auch in anderen Ländern vorrangig auf Infusionslösungen. Einerseits werden Dextrose, Ringer und ähnliche Lösungen verkauft, andererseits Antibiotika und Krebsmittel. Die Krebsmedikamente werden über Zydus Cadila/German Remedies vermarktet, der Rest meist über Baxter selbst. Ein Großteil der Medikamente ist als **rational** und auch relevant einzustufen.

Irrationale Produkte sind entweder irrationale Kombinationen von Antibiotika oder das als irrational eingestufte Muskelrelaxans Atracurium Besylat (AcuBax®).

Mit Ausnahme von einigen Produkten wie Desfluran (Suprane®) Isoflurane (Aerane®) oder Human Albumin (Buminat®, Humanalbumin®), die als hochpreisig einzustufen sind, liegen alle Baxter-Arzneimittel im mittleren Preisbereich. Zu vielen Infusionslösungen im Bereich der Krebs- oder Antibiotika-Therapie existieren nur wenige günstigere Alternativen. Allerdings könnte gerade bei den Antibiotika oft auf Tabletten zurückgegriffen werden, die in der Regel generisch produziert und somit günstiger angeboten werden. Aber Infusionen gelten in Indien

gerade bei der armen Bevölkerungsmehrheit als die stärkere Medizin. Dieses kulturell bedingte Vorurteil bestätigten auch die Interviews mit indischen PatientInnen und ÄrztInnen. Einfache Infusionslösungen wie 5% Dextrose, die Baxter für 69Rs bis 82Rs je 500 ml verkauft, bieten indische Generika-Unternehmen für 17 Rs an. Ringer Lactat, das von Baxter für 68-77Rs je 500 ml angeboten wird, ist generisch bereits für 17,90 Rs zu haben.⁹

Baxter führt mit 77 verschiedenen Dosierungs- und Formulierungsformen ca. halb so viele Mittel im Sortiment wie in Deutschland (dort 186).

Fazit: Das Sortiment ist mit wenig Irrationalem und vielen unentbehrlichen Produkten gut. Die Preisgestaltung lässt den Schluss zu, dass Baxter (wie auch Bayer Schering Pharma und Boehringer Ingelheim) den privaten Sektor und somit die indische Mittelklasse fokussiert. Viele der untersuchten Produkte haben keine generische Alternative, z.B. eine der Antibiotika-Infusionslösungen, so dass die Preisgestaltung weitgehend dem Unternehmen überlassen bleibt. Das schließt die Armen vom Zugang zu wichtigen Medikamenten aus.



Patienten vor einer staatlichen Klinik in Delhi. Markenarzneimittel von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim sucht man hier vergeblich. Die Mittel sind zu teuer.

Foto: WHO, P. Virost

2. Zugang zu den Arzneimitteln

Preis und Verfügbarkeit

Nur eine Substanz der Firma Bayer Schering Pharma, nämlich Chloroquin (Resorchin®) ist preislich gebunden und entspricht der Preisbindung. Zusätzlich gibt es Preisbindungen für irrationale Multivitaminmischungen, deren Vergleichbarkeit mit den Bayer-Produkten aber nicht möglich und sinnvoll ist. Bei Ciprofloxacin gab es keine Preisbindung für die von Bayer Schering Pharma verkaufte Tablettenform Ciprobay®. Von den Baxter-Präparaten hatte nur Lactat Ringer eine Preisbindung. Sie lag bei 46,20 Rs für 500 ml Infusionslösung und wurde mit 68 Rs von Baxter überschritten. Für Metronidazol lag eine Preisbindung für die Tablettenform vor, jedoch nicht für die von Baxter vertriebene Infusionslösung. Keine Substanz von Boehringer Ingelheim unterlag der Preisbindung. Zwar hat Indien den Anspruch, Medikamentenpreise zu regulieren, bei neueren Substanzen erlaubt das indische Gesetz jedoch keine Preisbindung,¹⁰ was oft zu einer Verteuerung führt.

Staatlicher Sektor

In keinem staatlichen Krankenhaus wurde irgendein Medikament der drei Firmen verwendet, was die quantitative Erhebung wie auch die qualitativen Interviews bestätigten. Alle befragten ÄrztInnen hatten ein ähnliches Spektrum von Krankheitsfällen behandelt: Hohen Blutdruck, Malaria, Lungenentzündungen, Austrocknung nach Durchfall, Pilzinfektionen oder Amöbenruhr. Im staatlichen Sektor wurde jedoch nur mit günstigeren indischen generischen Produkten behandelt. Die befragten ÄrztInnen gaben an, immer nur das Generikum zu verordnen, das der/die ApothekerIn dann aus der Liste verfügbarer Medikamente herausgibt. Dieses Prinzip wurde auch von den interviewten PharmazeutInnen bestätigt. Weder ÄrztInnen noch ApothekerInnen sind mit Markenprodukten und Firmennamen vertraut. Die Liste verfügbarer Medikamente wird auf bundesstaatlicher Ebene in einem Tender festgelegt. Die verfügbaren Medikamente sind unentgeltlich, gelegentlich

müssen die PatientInnen aber eine geringe Behandlungsgebühr von 5 Rs bezahlen.

Im staatlichen Sektor sind neuere und verbesserte Medikamente der zweiten Therapielinie oft nicht verfügbar. Für die PatientInnen können daraus gravierende Probleme entstehen. Häufig passiert es z.B., dass Chloroquin bei Malaria nicht wirkt. Eine indische Ärztin, die in einem staatlichen Krankenhaus arbeitet, berichtete: „Vor zwei Wochen behandelte ich eine Malaria Patientin mit Chloroquin. Gott sei Dank hat es funktioniert, denn andere Medikamente sind kaum zu bekommen!“

PatientInnen mit schweren Erkrankungen, z.B. mit einem Cervix-Karzinom, werden zum nächsten Spezialkrankenhaus (Sekundär oder Tertiärsektor) überwiesen.

Baxter wird als einzige der drei untersuchten Firmen in einer neuen Arzneimittel-Ausschreibung (Tender) in Tamil Nadu erwähnt.¹¹ Die aufgenommenen Medikamente sind: Desfluran (Suprane®), das den öffentlichen Kliniken für 6100,- Rs pro 240 ml Flasche verkauft wird, statt der 7.950,- Rs im privaten Bereich. Human Albumin 20% ist im staatlichen Sektor für 2.740,- Rs anstatt für 5.600,- Rs (Preis im privaten Sektor) zu haben.¹² Damit zählen die Baxter Medikamente zu den teuersten, die staatliche Einrichtungen in Tamil Nadu bestellen können. In den von uns untersuchten staatlichen Kliniken waren diese Mittel allerdings nicht vorrätig.

NGO-Sektor

8 der von uns untersuchten NGO-Krankenhäuser verwendeten 39 Arzneimittel der drei Firmen in insgesamt 82 Dosierungs- und Formulierungsformen. 2 Häuser verwendeten 14 bzw. 16 Produkte, die anderen Kliniken 8-11. Zwei Kliniken boten mit Human Albumin ein hochpreisiges Produkt an. Eines der Häuser, ein Universitätsklinikum, verwendete auch Sorafenib (Nexavar®) sowie Alteplase (Actilyse®). Zwei NGO-Krankenhäuser verwendeten gar keine Originalpräparate, da sie in der Regel bei dem



Indischer Arzt in einer staatlichen Gesundheitsstation. Mittel gegen Krebs oder resistente Malaria hat er nicht zur Verfügung.

Foto: Andrea Czekanski

indischen Non-Profit-Unternehmen LOCOST¹³ einkaufen oder günstige rationale Generika erwerben. Auch die Interviews mit ÄrztInnen und ApothekerInnen bestätigten, dass ÄrztInnen bei ihren Verschreibungen meistens den generischen Namen verwenden. Die PatientInnen erhalten das entsprechende Medikament aus der Liste verfügbarer Arzneimittel vom Apotheker oder der Apothekerin. Die Liste der verfügbaren Medikamente wird von der jeweiligen Klinik festgelegt. ÄrztInnen im NGO-Sektor kennen häufig nicht den Markennamen und den Hersteller der Medikamente, zumal PharmareferentInnen meist nur die ApothekerInnen besuchen.

Privater Sektor

Alle Krankenhäuser verwendeten Medikamente der untersuchten Firmen. Wir fanden 37 Medikamente in 141 verschiedenen Dosierungs- und Formulierungsformen. Es war mit Human Albumin 5% ein hochpreisiges Mittel dabei und mit Vancomycin (Vancomate®) und Cetirizine (Incid®) auch zwei mittelpreisige Präparate. Eine Klinik verwendete 33 Produkte, eine 22, vier Häu-

ser hatten 14 bis 16 Produkte von Bayer Schering Pharma, Baxter und Boehringer Ingelheim im Sortiment. Vier weitere private Krankenhäuser verwendeten 5-9 Produkte der drei Firmen. Auch die Interviews bestätigten den regen Gebrauch der von uns untersuchten Originalpräparate. Die ÄrztInnen waren sich der Markennamen weitgehend bewusst, zum Teil empfangen die MedizinerInnen auch PharmareferentInnen. Je nach Klinik wird bei Verschreibungen der Name des Originalpräparats oder der generische Name verwendet. Die PatientInnen erhalten dann das entsprechende Medikament aus der Liste verfügbarer Medikamente aus der Klinik-Apotheke. Die Liste der verfügbaren Medikamente wird von der Klinik selbst festgelegt. In einem großen privaten Krankenhaus enthielt diese Liste z.B. zwei Originalpräparate sowie ein Generikum für jeden Anwendungsbereich. Da im privaten Sektor 80% der PatientInnen ihre Medikamente aus eigener Tasche bezahlen müssen, erhalten weniger gut betuchte PatientInnen das Generikum, die reicheren bekommen das Originalpräparat.

Teure Arzneimittel für die Mittelschicht

Die Medikamentenauswahl und die Vermarktungsstrategien der Firmen lassen den Schluss zu, dass die Firmen mit ihrer Geschäftsstrategie den privaten und den NGO Sektor im Blick haben. Die Medikamente der untersuchten Firmen finden im staatlichen Sektor keine Anwendung. Nur zwei Produkte von Baxter sind überhaupt im Tender für staatliche Kliniken aufgeführt. Erstaunlicherweise unterscheiden sich viele der NGO-Kliniken (sowohl kirchliche wie auch säkulare) in ihrer Medikamentenpolitik nur geringfügig vom privaten Sektor. Die Tendenz zu Originalpräparaten ist in beiden Sektoren vorhanden, im privaten jedoch noch ausgeprägter. Die hochpreisigen Arzneimittel werden von Kliniken angeboten, die eine kleine Intensivstation betreiben bzw. von einem Universitätskrankenhaus.

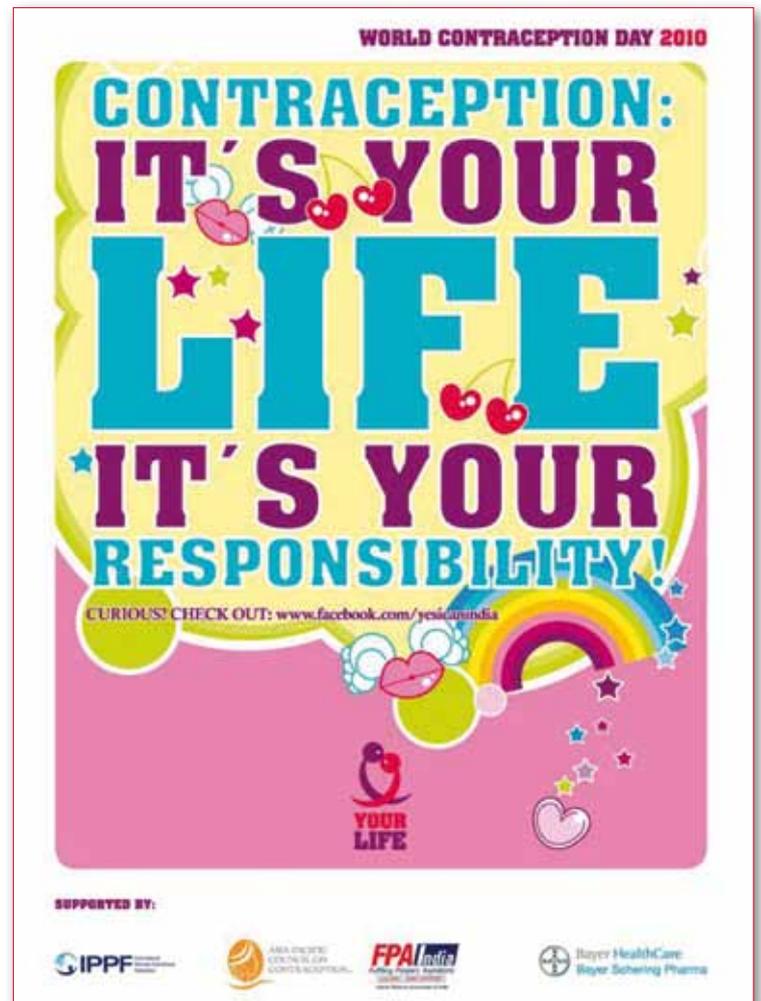
In dem privaten Krankenhaus, das 33 der untersuchten Produkte vorrätig hält, gibt es ein Diabetes-Zentrum. Dort fanden sich 14 Produkte der Firma Bayer, darunter auch das als irrational eingestufte Diabetes-Präparat Acarbose (Glucobay®). Für Studien und Fortbildungsveranstaltungen zu den Produkten werden vor allem private Kliniken von den Firmen fokussiert.

Im privaten wie auch im NGO-Sektor weichen einige Preise beachtlich von dem offiziell empfohlenen Preis ab - sowohl nach oben als auch nach unten. Insbesondere Infusionslösungen von Baxter wichen oft nach unten ab, ebenso Telmisartan (Micardis®)-Präparate von Boehringer Ingelheim. Dies deutet darauf hin, dass die Kliniken möglicherweise Preisnachlässe erhalten. Keine der Firmen hat dies jedoch auf unsere Nachfrage hin bestätigt. Über 80% der verkauften Produkte entsprechen dem erlaubten Höchstpreis.

Viel Irrationales im privaten Sektor

Die Medikamentenauswahl des privaten und NGO Sektors ist weitgehend identisch. Der

Schwerpunkt liegt auf mittelpreisigen Präparaten, darunter viele irrationale Produkte wie Bayer's Tonic® oder Butylscopolamin (Buscopan®) in Tablettenform. NGO-Kliniken vertreiben auch bedenkliche orale Kontrazeptiva der dritten Generation wie Diane 35®. Private Kliniken haben zusätzlich Yasmin® im Sortiment. Weil Bayer Sponsor diverser Aufklärungskampagnen für Familienplanung und Verhütung ist, ist ein Zusammenhang zu vermuten. Der World Contraception Day wurde am 26.9.2010 in Indien von Bayer Schering Pharma und der Family Planning Association of India (FPAI) ausgetra-



Plakat zum von Bayer gesponserten World Contraception Day in Indien.

gen. Eine umfangreiche Website zum Aktionstag, ebenfalls von Bayer gesponsert, bietet Informationen zur Pille und rund um das Thema Verhütung.¹⁴

PatientInnen tragen die Kosten

Im privaten und im NGO Bereich müssen die PatientInnen die Kosten für die ÄrztInnen, eventuellen Klinikaufenthalt, Verpflegung und Medikamente in der Regel aus eigener Tasche zahlen. Denn weniger als 20% der Bevölkerung sind krankenversichert. In staatlichen Einrichtungen sind zwar Medikamente und Behandlung kostenlos, es fallen jedoch häufig hohe Transportkosten für den Weg zum Krankenhaus an. Zusätzlich entfällt für die PatientInnen der Tageslohn. Müssen arme PatientInnen auf NGO-Krankenhäuser ausweichen, übersteigt die Rechnung schnell ihren Monatslohn, wie ein Malaria-Patient ausführte: „Ich brauche dringend medizinische und finanzielle Hilfe. Nachdem mir der staatliche Gesundheitsdienst nicht helfen konnte, kam ich hierher (Anm.: in ein NGO Krankenhaus)“. Im Lauf seiner Behandlung hatten sich rasch Schulden von 20.000 Rs angesammelt - bei einem Monatseinkommen von 6.000 Rs, von dem er und seine Frau mehr schlecht als recht leben können.

Großes Vertrauen zu MedizinerInnen

Trotz solcher Geldnöte gaben die PatientInnen an, mit der Behandlung mehr als zufrieden zu sein. Alle hatten eine sehr hohe Meinung von den ÄrztInnen und ein Patient bemerkte sogar: „Sie sind meine Retter!“ Bildungsferne und arme PatientInnen wünschten sich aber häufig eher Spritzen als Tabletten. Kulturell bedingt gilt diese Darreichungsform als die stärkere Medizin. Kamen ÄrztInnen diesem Wunsch nicht nach, führte das zu Unzufriedenheit.

Vor allem viele ärmere PatientInnen suchen im Krankheitsfall zunächst eine nicht registrierte Praxis auf. Nur ein Teil der nicht registrierten MedizinerInnen besitzt allerdings einen medizinischen Abschluss. Sie werden aber häufig von PharmareferentInnen besucht. Dr. Roopa Devadasan schilderte im Gespräch mit der BUKO Pharma-Kampagne, dass diese kleinen Arztpraxen die goldene Regel verfolgten, täg-



*Nicht registrierte ÄrztInnen sind meist erste Anlaufstelle für PatientInnen. Ihre Praxen werden gerne von Pharmareferenten aufgesucht.
Foto: Christiane Fischer*

lich die ersten drei Pharma-Reps zu empfangen. So warten meist schon bei Öffnung der Praxis mehrere VertreterInnen von Pharmafirmen vor dem Behandlungszimmer.¹⁵ Wie die Interviews bestätigten, nehmen arme PatientInnen staatliche, gelegentlich auch NGO-Einrichtungen erst dann in Anspruch, wenn ihnen in der Arztpraxis nicht geholfen werden konnte. Das Vertrauensverhältnis zu den behandelnden ÄrztInnen ist von großer Autorität geprägt. Verordnete Therapien werden kaum hinterfragt. Dieses Vertrauensverhältnis besteht in der Regel auch bei wohlhabenderen und gebildeteren PatientInnen, die jedoch im Krankheitsfall sofort private oder NGO-Kliniken aufsuchten.



Innovationen aus dem Hause Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim schließen nicht die Lücke vernachlässigter Krankheiten. Die neueren Präparate entsprechen kaum dem Bedarf der indischen Bevölkerung und die wenigsten bieten überhaupt einen therapeutischen Vorteil.

Foto: Andrea Czekanski

3. Zugang zu innovativen Medikamenten

10 Medikamente der untersuchten Firmen wurden als innovativ gewertet, das heißt, diese Mittel wurden nach 1995 in Indien eingeführt. Keines der Präparate kann aber als unentbehrliche Innovation gelten. 6 Mittel sind sogar irrational, 4 sind rational. 2 innovative Präparate (Lancibay®, Xirtam®) sind mittelpreisig, alle anderen hochpreisig (über 500 Rs je Packung).

- Bayer Schering Pharma irrational: Lansoprazol (Lancibay®), das gegen Magengeschwüre eingesetzt wird, ist wesentlich teurer als das rationale Omeprazol. Die Wirksamkeit des Bluthochdruckmittels Olmesartan Medoxomil (Xirtam®) ist umstritten und es bietet gegenüber älteren Bluthochdruckmitteln keinen therapeutischen Vorteil.
- Bayer Schering Pharma rational: Die beiden Röntgenkontrastmittel Gadopentetat-Dimeglumin (Magnevist®) und Iopromid (Utravist®) und das Krebsmittel Sorafenib Tosylate (Nexavar®)
- Boehringer Ingelheim irrational: ASS, Dipyridamol (Aggrenox®), Tenecteplase (Metalyse®), Telmisartan (Micardis®), Telmisartan, Hydrochlorthiazide (Micardis plus®)
- Boehringer Ingelheim rational: Alteplase (Actilyse®)

Nur ein privates und ein NGO-Krankenhaus haben eines der innovativen Präparate vorrätig,

nämlich Micardis plus®. Die Kliniken verkaufen das Mittel jedoch zu einem Viertel des Firmenpreises. Private und NGO-Krankenhäuser nutzen kaum hochpreisige Präparate.

Nichts Neues für die Armen

Neuere, innovative Medikamente sind in Indien für die Armen nicht verfügbar. Die innovativen Medikamente, die von den untersuchten Firmen produziert werden, entsprechen darüber hinaus nicht dem indischen Bedarf an Medikamenten gegen vernachlässigte Krankheiten. Im Fall von Malaria hat das gravierende Auswirkungen. Wenn bei einer Behandlung mit Chloroquin Resistenzen auftreten, stehen neuere, wirksame Präparate für die Armen nicht zur Verfügung. Auch Tuberkulose und andere Krankheiten der Armen liegen nicht im Forschungsinteresse der Firmen.

Kaum nützliche Innovationen

Zu den existierenden Innovationen wurden weder Zwangs- noch freiwillige Lizenzen erteilt. Keines der Mittel ist in die Liste der im staatlichen Sektor verfügbaren Medikamente eingeschlossen. 6 der 10 Medikamente sind allerdings als irrational zu werten. Rationale Produkte wie Gadopentetat-Dimeglumin (Magnevist®) und Iopromid (Utravist®) haben als Röntgen-



*Sie stehen nicht im Interesse der Forschung:
Arme Menschen in Indien.*

Foto: A. Czekanski

4. Klinische Studien in Indien

Boehringer Ingelheim: 38 klinische Studien befinden sich in verschiedenen Phasen.¹⁸ Keine der Studien hat einen Bezug zu vernachlässigten Krankheiten. 13 Studien werden aber zum in Indien häufigen Typ II Diabetes durchgeführt. Außerdem erforscht die Firma in Indien Therapien gegen chronische Lungenerkrankungen, Krebs, Parkinson und Mittel zur Blutverdünnung.

Bayer: 24 Arzneimittelstudien führt Bayer in verschiedenen Phasen durch.¹⁹ Darunter ist eine große doppelblinde multizentrische Studie zu Moxifloxacin, einem Antibiotikum, das für den Einsatz bei Kindern mit komplizierter intraabdomineller Infektion getestet wird. Das Medikament wird außerdem vom Tuberculosis Research Centre zusammen mit dem National Institutes of Health (NIH) in der Tuberkulose-Therapie getestet. Bayer finanziert diese Studie nicht, stellt aber in seinem Nachhaltigkeitsbericht 2008 heraus, an der Erforschung eines möglichen neuen TB-Medikaments beteiligt zu sein: „Gemeinsam mit der „Global Alliance for TB Drug Development“, kurz TB Alliance, arbeitet Bayer weltweit an der Entwicklung eines Tuberkulosemedikaments, das die Behand-

lungszeit stark verkürzen soll.“²⁰ Auch die Bayer-Studien beziehen sich vorrangig auf chronische Erkrankungen: 9 Studien zu Venenthrombosen, Embolien und Blutverdünnung, 4 zur Krebstherapie mit Sorafenib.

kontrastmittel nur einen kleinen Indikationsbereich, dasselbe gilt für Actilyse®. Die relevanteste Innovation ist das Krebsmedikament Sorafenib (Nexavar®). Bayer Schering Pharma ist Patentinhaber¹⁶, unterlag jedoch der Firma Cipla in einem Patentrechtsstreit, in dem die Bindung des Patents an die Produktion verhandelt wurde (Patent Linkage). Das höchste indische Gericht hat einen Zusammenhang abgelehnt. Cipla darf Sorafenib seither generisch produzieren, aber nicht in Indien vermarkten, da dort Patentschutz besteht.¹⁷ Cipla will Sorafenib zu einem Zehntel des Bayer Schering Preises produzieren. Der Markenpreis von 280.000 Rs/ 120 Tabletten behindert derzeit den Zugang massiv.

Baxter führt in Indien keine klinischen Studien durch.

Zusammenfassende Bewertung

Die Forschung der Firmen konzentriert sich stark auf lukrative Bereiche und neue Einsatzgebiete ihrer Kassenschlager. Bayer und Boehringer Ingelheim finanzieren keine Studien zu vernachlässigten Krankheiten. Obwohl die Firmen nur ein eingeschränktes Arzneimittelsortiment in Indien anbieten, nutzen sie den Markt für zahlreiche Forschungsprojekte zu ihren Blockbustern. Neben einem großen Reservoir an Testpersonen und gut ausgebildetem Fachpersonal bietet das Land moderne und gut ausgestattete Kliniken und vergleichsweise niedrige Forschungskosten. Einen direkten Verstoß gegen die Vorgaben der Helsinki-Erklärung konnten wir nicht finden.

5. Patente

Boehringer hat in Indien 519 Patentanträge gestellt, von denen bisher 99 gewährt wurden. Für unsere Untersuchung sind 14 Anträge und vier Patente relevant. Hinzu kommen ein Produktpatent und ein Antrag auf das wichtige Aids-Medikament Nevirapin²¹, dessen Zugang aber durch die freiwillige Non Assert Declaration der Firma gewährleistet ist. Sie verzichtet in diesem Fall auf die Durchsetzung ihrer Patentrechte. Auf Dipyridamol und ASS (Aggrenox[®]) hat Boehringer Ingelheim ein Patent beantragt.²² Auf Telmisartan (Micardis[®]) wurde der Firma am 27.3.2009 ein Patent gewährt²³, auf Telmisartan und Hydrochlorthiazide (Micardis plus[®]) läuft ebenfalls ein Patentantrag.²⁴

Baxter hat 248 Patentanträge gestellt, von denen bisher 48 gewährt wurden. Nur ein Patentantrag betrifft ein von uns untersuchtes Medikament.

Die Bayer Firmengruppe hat in Indien (alle Geschäftsbereiche) 2.314 Patentanträge gestellt, von denen 363 bisher gewährt wurden. Der Großteil betrifft jedoch nicht den Arzneimittelbereich. Auf hier untersuchte Medikamente hat Bayer 7 Patentanträge gestellt, 4 wurden gewährt, drei davon auf Moxifloxacin (Avalox[®])²⁵, eines auf Sorafenib (Nexavar[®]).²⁶ Das Patent auf Acarbose (Glucobay[®]) ist abgelaufen.

Zusammenfassende Bewertung

Besonders der Bayer-Konzern setzt alles daran, seine Patente aggressiv durchzusetzen wie der Nexavar-Fall zeigt.

Boehringer Ingelheim dringt ebenfalls auf die Durchsetzung seiner Patentrechte, öffnete sich aber im Fall von Aids mit einer Non Assert Declaration den Forderungen nach einem gerechteren Arzneimittelzugang für seine beiden HIV-Medikamente Nevirapin und Tripanavir. In ganz Afrika und Indien dürfen diese wichtigen Medikamente generisch produziert werden, ohne dass die Firma auf die Durchsetzung ihrer Patentrechte dringt²⁷ - ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.



Boehringer Ingelheims Aids-Arzneimittel sind in Afrika zu günstigen Preisen zugänglich - dank einer Firmenpolitik, die im Fall von HIV nicht auf die Durchsetzung von Patentrechten dringt. Foto: WHO, Eric Miller

Baxter geht einen anderen Weg: Die Firma produziert zahlreiche rationale Arzneimittel ohne Behandlungsalternative. Sie kann den Preis bei vielen Produkten konkurrenzlos bestimmen. Keine der Firmen zieht Alternativen zum bestehenden Patentsystem in Erwägung oder ist bereit, in Indien auf sogenannte TRIPS-plus Regelungen wie etwa Datenexklusivität zu verzichten. TRIPS-plus Vereinbarungen, die häufig in bilateralen Verhandlungen von Industrieländern durchgesetzt werden, übersteigen den weltweit geltenden Mindeststandard, der im internationalen Abkommen zum Schutz der geistigen Eigentumsrechte TRIPS festgelegt ist. Derzeit verhandelt auch die Europäische Union mit Indien über einen Freihandelsvertrag (Free Trade Agreement, FTA) der solche TRIPS-plus Klauseln enthält. Sie würden den Patentschutz weiter verschärfen und damit in vielen Fällen den Zugang zu wichtigen Medikamenten blockieren.

6. Marketingstrategien

Direktwerbung

Seit 1954 ist Arzneimittelwerbung in Indien verboten, bzw. nur in Fachkreisen erlaubt.²⁸ Allerdings sind Aufklärungskampagnen zur Familienplanung, Gesundheitsvorsorge und Disease Awareness erlaubt. Die Firmen konzentrieren ihre Werbeaktivitäten daher auf das Sponsoring von Kampagnen oder nutzen soziale Netzwerke wie Facebook und Twitter, die gezielt die junge, zahlungsfähige Mittelklasse ansprechen.



Your life diana
Eine von Bayer gesponserte Website zum World Contraception Day in Indien bringt geschickt Markennamen ins Spiel: Ausgerechnet Diana – ähnlich wie die Bayer Pille – heißt eine der Botschafterinnen.

Auch ÄrztInnen und ApothekerInnen werden intensiv beworben. Ein im Internet verfügbarer Bayer-Schulungsfilm für PharmareferentInnen vermittelt eindrucksvoll, wie ÄrztInnen zur Verschreibung von Glucobay® angeregt werden.²⁹ Die Seite www.glucobay.com ist mit der indischen Bayer-Seite verlinkt. Sie enthält Werbeaussagen für ÄrztInnen, die wissenschaftlich nicht belegt sind: Glucobay® "verzögert das Fortschreiten von Diabetes und bietet zusätzliche kardiovaskuläre Vorteile". Der Link auf eine indische Website umgeht geschickt das Werbeverbot, denn um die Werbung einzusehen, muss man nur anklicken, dass man vom Fach sei.

ÄrztInnen umgarnt

Im Interview erklärte ein leitender Pharmareferent von German Remedies: „Laienwerbung ist für uns weitgehend uninteressant. Wir konzentrieren uns auf ÄrztInnen. Als Faustregel gilt: Ein Arzt muss uns zehnmal so viel einbringen, wie wir in ihn investieren. Wir stecken pro Jahr oft fünf Millionen Rupies in einen Arzt oder eine Ärztin und jetzt können Sie ausrechnen, wie viel wir an ihm oder ihr verdienen.“³⁰ In den Interviews betonten ÄrztInnen und ApothekerInnen, dass PharmareferentInnen vor allem die KlinikapothekerInnen ins Visier nehmen, da diese entscheiden, welches Medikament sie dem/der PatientIn herausgeben, aber in privaten Kliniken werden auch ÄrztInnen direkt beworben. Zusätzlich scheint die unübersichtliche Masse der unregistrierten ÄrztInnen ein Fokus der Industrie zu sein, da sie die erste Anlaufstelle für den Großteil der PatientInnen sind.

Qualität nur aus Deutschland?

Eine weitere Strategie von Bayer Schering Pharma ist es, indische Firmen zu diskreditieren, indem man sie dem Verdacht aussetzt, Arzneimittelfälschungen oder qualitativ minderwertige Ware auf den Markt zu bringen, während Bayers Name mit Qualitätsmedizin gleichgesetzt wird.³¹ Diese Strategie verfolgt auch Baxter, indem die Firma ihre Produkte als qualitativ besonders hochwertig anpreist.

Werbung im Internet

Als frei zugänglicher, schlecht kontrollierbarer Raum bietet das Internet die Möglichkeit, KundInnen auf internationale und damit nicht den indischen Bestimmungen unterworfenen Websites zu lenken und sie so auf Markenprodukte aufmerksam zu machen. Ganz subtiles Product Placement betreibt Bayer auf seiner Website zum in Indien ausgetragenen World Contraception Day. Die auf der Startseite vorgestellten Botschafterinnen heißen Claire und Diana³² wie

die Bayer-Pillen (Diane35®, Qlaira®). Diane35® wird auch in Indien verkauft.

Aber auch die für Laien gedachten Internetseiten www.bayerdiabetes.in sind alles andere als neutral. Sie informieren Diabetes-PatientInnen ausführlich über medikamentöse Therapien und zeigen in der Abbildung daneben eindeutig Tabletten mit dem Bayer-Logo.

Soziale Netzwerke

Facebook wird von allen Firmen zur Werbung genutzt.³³ „Yes I can India“ ist eine von Bayer gesponserte Seite, die Jugendliche über das Thema Verhütung aufklären will und über Facebook beworben wird.³⁴ Führend bei Twitter ist Boehringer Ingelheim. 2009 hatte die Firma 2634 „Followers“. Aber auch Baxter und Bayer haben Twitter für ihr Marketing entdeckt.³⁵ InderInnen können sich über einen speziellen Länder-Code anmelden. Außerdem werden Diskussionsforen von PatientInnen wie z.B. der Cancer Compass geschickt genutzt. Dort gibt etwa ein freundlicher Pharmareferent Auskunft darüber, dass das Krebsmedikament Nexavar® in Indien verfügbar sei, selbstverständlich ohne den Preis zu nennen.³⁶

Partnerschaften und Disease Awareness

Bayer stärkt mit zahlreichen „Partnerships“ sein Corporate Image, etwa durch eine Partnerschaft mit dem India Diabetes Educator Project. Passend zur Produktpalette mit Antidiabetika wie Acarbose (Glucobay®) bildet Bayer HealthCare in Indien Diabetes-ErzieherInnen aus.³⁷ Ergänzend gibt es frei zugängliche Filme, die den Namen Bayer nennen und Aufklärung vortäuschen.³⁸ Im Bundesstaat Karnataka sind Biocon und Bayer HealthCare eine Partnerschaft eingegangen, um das Bewusstsein für Diabetes und für Bayer-Produkte zu schärfen.³⁹ Zudem ist Bayer Schering Pharma Sponsor diverser Aufklärungskampagnen für Familienplanung und Kontrazeptiva, eine geschickte Methode, um sich als Marktführer in Sachen Verhütungsmittel ins rechte Licht zu rücken. Am 26.9.2010 wurde der Weltverhütungs-Tag in Indien von Bayer Schering Pharma und der Family Planning Associati-

on of India (FPAI) ausgetragen.⁴⁰

Baxter sponserte gemeinsam mit Gesundheits-einrichtungen in Mumbai, Chennai, Kolkata, Lucknow, Delhi, Trivandrum und Jaipur passend zu seinem Arzneimittelsortiment den World Haemophilia Day am 17.4.2010. Das entsprechende Video wurde auf Hindi, Bengali und Tamil übersetzt.⁴¹ Baxter ist offizieller Partner der PatientInnenselbsthilfe Hemophilia Federation India.⁴² Außerdem rühmt sich das Unternehmen damit, das umstrittene Pulse Polio Programm der indischen Regierung zu unterstützen⁴³, bei dem jedes Kind unter fünf Jahren jährlich (!) gegen Kinderlähmung geimpft werden soll, egal, ob es bereits geimpft ist oder nicht. Trotz der



Bayers Internetseiten für Diabetes-PatientInnen informieren über medikamentöse Therapien und zeigen Tabletten mit Bayer Logo.

vehementen Impfkampagne ist die Zahl der Polio-Infektionen steigend. Zudem ist die Kosteneffektivität des vertikalen Programms äußerst fraglich.

Zusammenfassende Bewertung

Die WHO schreibt in ihren ethischen Kriterien für Medikamentenwerbung: „In diesem Kontext bezieht sich der Begriff ‚Werbung‘ auf alle informierenden und beeinflussenden Aktivitäten von Herstellern und Vertreibern, deren Zweck es ist, die Verschreibung, das Angebot und/oder den Gebrauch von Arzneimitteln zu bewirken.“

In diesem Sinne ist das Sponsoring von Veranstaltungen oder von Selbsthilfegruppen als Werbemaßnahme zu interpretieren. Geschicktes Product Placement wie im Fall von Bayers Verhütungspillen umso mehr. Ebenso scheinen die eingegangenen Partnerschaften der vorrangigen Imagepflege der Firmen zu dienen.



Baxter unterstützt das umstrittene Pulse-Polio-Programm der indischen Regierung. Foto: WHO, P. Viro

7. Spendenprogramme

Bayer finanziert in Indien ÄrztInnen und PflegerInnen in Gebieten der Tsunamiopfer, unterstützt Schulen und Kinder, Umweltprojekte, Projekte gegen Kinderarbeit und hat einen Notfonds.⁴⁴

Ähnliche Spendenprogramme finanziert **Baxter** über die Baxter International Foundation. Die Stiftung unterstützt die Ausbildung von Straßenkindern in Indien, unterhält einen Notfonds für Tsunamiopfer (bei dem Infusionslösungen gespendet wurden) und finanziert ein Projekt zur Aids-Aufklärung sowie ein Hausbauprojekt. Viele der Baxter-Initiativen wurden vom Enga-

gement der Angestellten getragen, wobei nicht ersichtlich ist, ob die Arbeit ehrenamtlich war.⁴⁵ Diese Projekte sind weitgehend als Einzelmaßnahmen zu werten, die zwar einzelnen helfen, jedoch vor allem das Image der Firma verbessern sollen.

Boehringer Ingelheim engagiert sich in Indien für ein HIV- und Arbeitsplatzprojekt, indem die Firma die entsprechende Gewerkschaft finanziell unterstützt. Außerdem ist Indien in das Nevirapin-Spendenprogramm zur Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung von Aids eingeschlossen. Nachdem Boehringer Ingelheim lange die einmalige Behandlung mit Nevirapin als Aids Prophylaxe postuliert hatte, empfiehlt die Firma jetzt erfreulicherweise, die Umsetzung der WHO-Behandlungsrichtlinien zur Mutter-Kind Übertragung, in der Nevirapin nur ein Teil ist.⁴⁶ Die Firma erlaubt außerdem mit ihrer *Non Assert Declaration* allen WHO-präqualifizierten ProduzentInnen in Indien und Afrika, Nevirapin und Tripanavir generisch herzustellen.⁴⁷ Die beiden letztgenannten Aspekte der Geschäftspolitik sind als vorrangig ethische und nachhaltige Firmenentscheidungen zu werten.

Zusammenfassende Bewertung

Die Sozialprojekte der Firmen sind als Einzelmaßnahmen zu werten, die zwar ganz konkret Individuen unterstützen, aber vor allem dazu geeignet sind, den Ruf und Namen der Unternehmen ins rechte Licht zu rücken. Das Nevirapin-Spendenprogramm von Boehringer Ingelheim dient zwar ebenfalls der Imagepflege. Doch die Non Assert Declaration geht weit über das übliche Firmenengagement hinaus. Es verbessert den Zugang zu Nevirapin und Tripanavir in Afrika. Der Access to medicine Index platzierte Boehringers Patentpolitik daher ebenfalls an zweiter Stelle von 20 untersuchten Pharmafirmen, während Bayer Platz 14 belegte. Baxter wurde nicht untersucht.⁴⁸

8. Kommunikationsverhalten

Alle Firmen wurden zu Beginn der Untersuchung angeschrieben. Außerdem wurden Zwischenergebnisse zur Validierung vorgelegt sowie Einzel-



Apothek e oder Supermarkt? Das ist in Indien oft kaum zu unterscheiden und auch Beratung zu Arzneimitteln gibt es selten. Eine bessere Kontrolle des Arzneimittelmarktes wäre nötig, um PatientInnen vor schädlichen Produkten in- und ausländischer Hersteller zu schützen. Foto: Christiane Fischer

fragen gestellt. Im Dezember 2010 baten wir FirmenvertreterInnen zu einem Gespräch über die Zwischenergebnisse und luden für März 2011 zu einer öffentlichen Podiumsdiskussion ein. Daran beteiligte sich jedoch nur Boehringer Ingelheim. Das Kommunikationsverhalten der drei Firmen unterscheidet sich erheblich.

- **Boehringer Ingelheim** praktizierte ein offenes und faires Kommunikationsverhalten, beantwortete Anfragen prompt und inhaltlich auf hohem Niveau und war sofort bereit zu einem direkten Gespräch. Die Firma signalisierte große Gesprächsbereitschaft.
- **Bayer** beantwortete die meisten Fragen

nach einigem Zögern und stellte uns ebenfalls eine Ansprechpartnerin zur Verfügung. Auch ein Gesprächstermin wurde mit der Firma vereinbart. Einige Fragen wurden jedoch nicht beantwortet, andere nur zum Teil. Zu ihren Patentanträgen machte die Firma keine Angaben. Gesprächsbereitschaft ist vorhanden.

- **Baxter** verweigerte fast jede Kommunikation, beantwortete weder Briefe noch E-mails und erklärte telefonisch, man sei nicht zum Gespräch mit NGOs bereit. Die einzige Antwort war eine E-mail im Dezember 2010, die eine Absage an das Gesprächsangebot enthielt.

9. Auf den Punkt gebracht – ein kurzes Fazit

Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim bieten in Indien viel weniger Medikamente an als in Deutschland und zielen mit ihrer Preispolitik ausschließlich auf die indische Mittelklasse und Oberschicht ab. Vor allem Bayer und Boehringer Ingelheim vertreiben viele teure Mittel, mit denen PatientInnen schlecht bedient sind. Im staatlichen Gesundheitssystem wird kein einziges Medikament der untersuchten Firmen verwendet. Lediglich private und NGO-Krankenhäuser führen deren Produkte im Sortiment. Wichtige Medikamente wie das Krebsmittel Nexavar von Bayer stehen armen PatientInnen daher nicht zur Verfügung. Andererseits zieht ihnen die Firma mit irrationalen Vitaminmischungen wie Bayer's Tonic das Geld aus der Tasche.

Bayer und Boehringer Ingelheim führen zahlreiche Forschungsprojekte in Indien durch und profitieren davon, dass klinische Studien in dem armen Land rund die Hälfte weniger kosten als in Europa. Die Forschung konzentriert sich dennoch ausschließlich auf lukrative medizinische Bereiche und neue Einsatzgebiete der Blockbuster. Studien zu vernachlässigten Krankheiten finanzieren die Firmen nicht. Stattdessen betreibt vor allem Bayer subtiles Product Placement, um den Verkauf seiner Produkte zu fördern. Das geschickte Marketing für die Verhütungspillen der dritten Generation ist umso bedenklicher, als die Mittel nicht nur teurer, sondern auch riskanter sind als die generischen Präparate, die im staatlichen Gesundheitssystem kostenlos angeboten werden.

IV. Wohin soll es gehen?

Das derzeitige Patentsystem ist für die Firmen kein Anreiz, ihre Forschungsaktivitäten nach dem tatsächlichen weltweiten Bedarf auszurichten. Es wäre daher an der Zeit, neue Wege zu erproben, wie es auch die WHO fordert: Staatlich geförderte Forschungsprojekte, öffentliche Ausschreibungen für Forschungsprojekte oder Patentpools sind denkbare Modelle, um die Erforschung vernachlässigter Krankheiten anzukurbeln.

Den Zugang zu wichtigen unentbehrlichen Medikamenten sichern indische Generika-Firmen deutlich besser als deutsche Markenfirmen. Ein schärferer Patentschutz, den das derzeit verhandelte Freihandelsabkommen zwischen der EU und Indien zur Folge haben könnte, wäre daher fatal. Es könnte den Zugang zu medizinischer

Versorgung nicht nur in Indien, sondern auch in anderen armen Ländern deutlich verschlechtern.

Es ist aber auch an der indischen Regierung, durch ein effektives Zulassungsverfahren dafür zu sorgen, dass PatientInnen sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittel erhalten. Deutschland und die EU könnten diesen Prozess unterstützen, indem sie davon Abstand nehmen, Generika mit Arzneimittelfälschungen zu vermischen. Stattdessen sollten sie die Regierungen armer Länder beim Ausbau ihrer Zulassungs- und Kontrollbehörden unterstützen. Dabei wäre es nicht zuletzt dringlich, selbst mit gutem Beispiel voranzugehen. Denn auch bei uns sind nach wie vor zahlreiche unsinnige, überflüssige oder sogar schädliche Präparate auf dem Markt. Auch das sollte sich ändern!

Endnoten

- 1 Gespräch zwischen führenden MitarbeiterInnen der Firma und der BUKO Pharma-Kampagne in Ingelheim, 17. Dezember 2010
- 2 atd arznei-telegramm (2011) Arzneimitteldatenbank. Bewertung Telmisartan.
- 3 arznei-telegramm (1994) Die Geschichte des Wirkstoffs Cyproteronazetat (in Diane u.a.) ... Von der "Pille für den Mann" zum "Hautpflegemittel mit Empfängnischutz". Nr. 9, S. 84-6 und Rote Liste Diane 35®
- 4 arznei-telegramm (2002) Höhere Thrombogenität von Diane. Nr. 33, S. 130
<http://www.cimsasia.com>
- 5 arznei-telegramm (2009) Thromboembolierisiko Drospirenon-haltiger Kontrazeptiva (Yasmin u.a.). Nr. 40, S. 100
- 6 Department of Family Welfare India. <http://www.mohfw.nic.in/dofw%20website/family%20welfare%20programme/contr.htm#ORAL%20CONTRACEPTIVE%20PILLS>
- 7 arznei-telegramm (2003) Stop-NIDDM-Studie mit Acarbose ... Schlampererei, Manipulation, Irreführung. Nr. 34, S. 73-4
- 8 Medline India. <http://medlineindia.com/surgical/dextrose.htm>
- 9 National Pharmaceutical Pricing Authority. <http://nppaindia.nic.in/index1.html>
- 10 <http://www.tnhealth.org/tnmscwar.htm>
- 11 <http://www.tnmsc.com/tnmsc/new/html/pdf/spldrug.pdf>
- 12 <http://locostindia.com/>
- 13 World Contraception Day launched in India. <http://indiablooms.com/HealthDetailsPage/healthDetails300910c.php>
- 14 Gespräch mit Dr. Roopa Devadasan, Dezember 2010
- 15 Patentnummer 215758
- 16 Handelsblatt (2010) Bayer unterliegt im Nexavar-Patentstreit in Indien auch bei Berufungsklage. 9.2.2010. <http://www.handelsblatt.com/newsticker/unternehmen/absatz-bayer-unterliegt-im-nexavar-patentstreit-in-indien-auch-bei-berufungsklage;2527008>
- 17 Clinical Trials. <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=Boehringer+India&pg=2>
- 18 <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=Bayer+India>
- 19 Bayer (2008) Nachhaltigkeitsbericht. <http://www.nachhaltigkeit2008.bayer.de/de/Weltweiter-Zugang-zur-Medizin.aspx>
- 20 <http://india.bigpatents.org>
- 21 Antragsnummer 4622/DELNP/2005 A
- 22 Patentnummer 215602
- 23 Antragsnummer 1928/DELNP/2004 A
- 24 Patentnummern 214010, 214011 und 185805
- 25 Patentnummer 215758
- 26 Boehringer Ingelheim: Boehringer Ingelheim further intensifies fight against AIDS. Press Release 15.5.2007. http://www.boehringer-igelheim.com/news/news_releases/press_releases/2007/15_may_2007.html
- 27 The Drugs And Magic Remedies (Objectionable Advertisements) Act, Act No. 21 of 1954. http://www.commonlii.org/in/legis/num_act/dam-rra1954459/
- 28 http://www.veoh.com/browse/videos/category/educational_and_howto/watch/v18795267fTQFYp9J
- 29 Interview in Hyderabad, September 2011 (Anonymität wurde zugesichert)
- 30 http://www.bayerscheringpharma.de/en/therapeutic_areas/products/_beware_of_counterfeits/index.php
- 31 <http://www.your-life.com/en/home/index.php>
- 32 <http://www.facebook.com/pages/Bayer-Healthcare/11106282249022>
- 33 <http://www.facebook.com/pages/Baxter-Healthcare/110845842270072>
- 34 http://de-de.facebook.com/boehringerigelheim?v=app_10339498918
- 35 http://www.facebook.com/yesicanindia?v=app_7146470109
- 36 John Mack (2009) Pharmaguy's Twitter Followers. What Do They Want and How Is It Relevant to You? Pharma Marketing News; September 2009 8(8). <http://www.news.pharma-mkting.com/PMN88-03.pdf>
- 37 <http://www.cancercompass.com/message-board/message/all,19295,0.htm>
- 38 http://www.maxhealthcare.in/services_facilities/our_departments/endocrinology/pdfs/project_hope_faq.pdf
- 39 <http://www.highbeam.com/doc/1G1-171130784.html>
- 40 <http://www.youtube.com/watch?v=OkQwfpZwZBo>
- 41 <http://www.andhranews.net/India/2010/February/4-Biocon-Bayer-54461.asp>
- 42 <http://indiablooms.com/HealthDetailsPage/healthDetails300910c.php>
- 43 World Haemophilia Day 17.4.2010. http://www.wfh.org/whd/en/http://www.baxter.com/press_room/features/2010/07_07_10_india_whd.html
- 44 <http://www.hemophilia.in/new/?q=node/35>
- 45 http://www.baxter.in/about_baxter/sustainability/
- 46 <http://www.bayer.com/en/donations.aspx> und http://bayergroupindia.com/corporate_resp.html
- 47 http://www.baxter.in/about_baxter/sustainability/index.html
- 48 Boehringer Ingelheim: Viramune® donation programme. http://hiv.boehringer-igelheim.com/com/HIV/Information_material/Brochures.jsp
- 49 http://www.boehringer-igelheim.com/news/news_releases/press_releases/2007/15_may_2007.html
- 50 Access to Medicine Index 2010. <http://www.accesstomedicineindex.org>

V. Anhang: Liste der untersuchten Medikamente mit Bewertungen

Medikamente Boehringer Ingelheim 2010

Generischer Name	Handelsname Boehringer Ingelheim	Anwendungsform	Dosierungsform	Klassifikation	Packungs- größe	Preis MIMS/ CIMS/Firmen- angaben je Packung in Rs
Alteplase	Actilyse	Ampulle	20 mg	r	1*20 mg	14.000,00
Alteplase	Actilyse	Ampulle	50 mg	r	1*50 mg	37.500,00
Acetylsalicylsäure, Dipyridamol	Aggrenox	Kapsel	200 mg, 25 mg	i	30	926,40
Acetylsalicylsäure, Dipyridamol	Aggrenox	Kapsel	200 mg, 25 mg	i	60	1.706,00
Bisacodyl	Dulcolax	Zäpfchen (rektal oder vaginal)	10 mg	r	5*10 mg	35,40
Bisacodyl	Dulcolax	Zäpfchen (rektal oder vaginal)	5 mg	r	5*5 mg	30,50
Bisacodyl	Dulcolax	Tablette oder Dragée	5 mg	r	1000	469,90
Bisacodyl	Dulcolax	Tablette oder Dragée	5 mg	r	10	13,95
Clonidin	Catapres	Tablette oder Dragée	0,15 mg	r	10	5,88
Clonidin, Chlorthalidon	Catapres DIU	Tablette oder Dragée	0,1 mg, 15 mg	i	10	11,11
Dipyridamol	Persantin	Tablette oder Dragée	100 mg	i	10*100 mg	15,00
Dipyridamol	Persantin	Tablette oder Dragée	25 mg	i	10*25 mg	5,55
Butylscopolaminium- bromid	Buscopan	Zäpfchen (rektal oder vaginal)	10 mg	i	5*10 mg	28,09
Butylscopolaminium- bromid	Buscopan	Tablette oder Dragée	10 mg	i	10	30,00
Butylscopolaminium- bromid	Buscopan	Ampulle	20 mg/ml	r	20*1 ml	9,74
Butylscopolaminium- bromid	Buscopan	Zäpfchen (rektal oder vaginal)	5 mg	i	5*5 mg	
Butylscopolaminium- bromid	Buscopan	Zäpfchen (rektal oder vaginal)	7,5 mg	i	5*7,5 mg	21,47
Butylscopolaminiumbro- mid, Paracetamol	Buscopan plus	Tablette oder Dragée	10 mg, 500 mg	i	10	38,00
Mexiletin	Mexitil	Kapsel	150 mg	i	10*150 mg	175,80
Mexiletin	Mexitil	Kapsel	50 mg	i	10*50 mg	61,93
Orciprenalinsulfat	Alupent	Tablette oder Dragée	10 mg	i	10	32,20
Orciprenalinsulfat	Alupent	Suspension (incl. Sirup und andere interne Lösungen)	10 mg per 5 ml	i	5 ml*100 ml *10 mg	61,79
Telmisartan	Micardis	Tablette oder Dragée	40 mg	i	30*40 mg	860,00
Telmisartan	Micardis	Tablette oder Dragée	80 mg	i	30*80 mg	1.151,00
Telmisartan, Hydrochlorthiazid	Micardis plus	Tablette oder Dragée	80 mg, 12,5 mg	i	30*80 mg	1.151,00
Telmisartan, Hydrochlorthiazid	Micardis plus	Tablette oder Dragée	40 mg, 12,5 mg	i	30*40 mg	860,00
Tenecteplase	Metalyse	Ampulle	8000 units	i	1	28.000,00

Medikamente Baxter 2010

Generischer Name	Handelsname Baxter	Anwendungsform	Dosierungsform	Klassifikation	Packungsgröße	Preis MIMS/ CIMS/Firmen- angaben je Packung in Rs
Amoxicillin, Clavulansäure	A.C.mate	Infusionslösung	1,2 g	u r	100 ml	
Atracuriumbesilat	AcuBax	Ampulle	10 mg/ml	i	2,5 ml	120,00
Atracuriumbesilat	AcuBax	Ampulle	25 mg/ml	i	2,5 ml	
Atracuriumbesilat	AcuBax	Ampulle	50 mg/ml	i	2,5 ml	
Atracuriumbesilat	Atracade	Ampulle	10 mg/ml	i	2,5 ml	120,00
Atracuriumbesilat	Atracade	Ampulle	25 mg/ml	i	2,5 ml	
Atracuriumbesilat	Atracade	Ampulle	50 mg/ml	i	2,5 ml	
Cefoperazon, Sulbactam	CefMate	Infusionslösung	500 mg, 500 mg	r	100 ml	343,00
Ciprofloxacin	Ciprofloxacine	Infusionslösung		u r	100 ml	
Natriumlactat	Comp Sodium Lactade	Infusionslösung		u r	500 ml	
Natriumlactat	Comp Sodium Lactade	Infusionslösung		u r	1.000 ml	
Cyclophosphamid	Endoxan N	Ampulle	1 g	r	1*1 g	118,47
Cyclophosphamid	Endoxan N	Ampulle	200 mg	r	1*200 mg	34,10
Cyclophosphamid	Endoxan N	Tablette oder Dragée	50 mg	u r	10	36,65
Cyclophosphamid	Endoxan N	Ampulle	500 mg	u r	1*500 mg	72,80
Desfluran	Suprane	Inhalationsanästhetikum	99,9%	r	240 ml	7.950,00
Dextrose	Dextrose FFS	Infusionslösung	5%	u r	250 ml*10% FFS	69,00
Dextrose	Dextrose FFS	Infusionslösung	5%	u r	500 ml*5% FFS	82,00
Dextrose	Dextrose FFS	Infusionslösung	5%	u r	1000 ml*5% FFS	
Dextrose	Dextrose Viaflex	Infusionslösung	5%	u r	100 ml*5% Viaflex	45,00
Dextrose	Dextrose Viaflex	Infusionslösung	5%	u r	500 ml*5% Viaflex	69,00
Dextrose	Dextrose Viaflex	Infusionslösung	5%	u r	500 ml*10% Viaflex	69,00
Dextrose	Dextrose Viaflex	Infusionslösung	5%	u r	1000ml*5% Viaflex	
Dextrose	Dextrose Viaflex	Infusionslösung	5%	u r	1000 ml*5% FFS	
Dextrose NaCl-Lösung	Dextrose Normal Saline	Infusionslösung	5%, 45%	u r	500 ml	69,00
Humanalbumin	Buminate	Infusionslösung	20%	r	100 ml*20%	5.600,00
Humanalbumin	Buminate	Infusionslösung	20%	r	50 ml*20%	2.800,00
Humanalbumin	Human Albumin	Infusionslösung	20%	r	100 ml*20%	5.600,00
Humanalbumin	Human Albumin	Infusionslösung	20%	r	50 ml*20%	2.800,00
Humanalbumin	Human Albumin 5%vial	Infusionslösung	5%	r	250 ml*5%	2.820,00
Ifosfamid	Holoxan	Ampulle	1 g	u r	1*1 g	322,21
Ifosfamid	Holoxan	Ampulle	200 mg	r	1*200 mg	406,00
Ifosfamid	Holoxan	Ampulle	2 g	u r	1*2 g	
Ifosfamid	Holoxan	Ampulle	40 mg/ml	r	1*40 mg	
Ifosfamid	Holoxan	Ampulle	500 mg	r	1*500 mg	
Imipenem, Cilastatin	ImiMate	Infusionslösung	500 mg, 250 mg	r	100 ml	
Isofamid, Mesna	Holoxan Uromethixan	Ampulle	1 g, 200 mg	r	Combipack	406,00
Isofluran	Aerrane	Inhalationsanästhetikum	99,9%	r	250 ml	
Isofluran	Aerrane	Inhalationsanästhetikum	99,9%	r	100 ml	2.062,00
Isofluran	Forane	Inhalationsanästhetikum	99,9%	r	250 ml	2.750,00
Isofluran	Forane	Inhalationsanästhetikum	99,9%	r	100ml	2.075,00
Ringer Lactat	Lactad Ringer	Infusionslösung		u r	1.000 ml	99,00
Ringer Lactat	Lactad Ringer	Infusionslösung		u r	500ml	68,00
Ringer Lactat, Dextrose	Lactad Ringer, Dextrose	Infusionslösung	5%	r	500ml	77,00

Generischer Name	Handelsname Baxter	Anwendungsform	Dosierungsform	Klassifikation	Packungsgröße	Preis MIMS/ CIMS/Firmen- angaben je Packung in Rs
Lorazepam	Ativan	Tablette oder Dragée	1 mg	r	10*1 mg	22,49
Lorazepam	Ativan	Tablette oder Dragée	2 mg	r	10*2 mg	26,86
Mannitol	Osmitrol	Infusionslösung	20%	u r	350 ml FFS	65,52
Mannitol	Osmitrol	Infusionslösung	20%	u r	100 ml FFS	72,80
Mannitol	Osmitrol	Infusionslösung	20%	u r	100 ml Viaflex	72,80
Meropenem	MeroMate	Infusionslösung	1 g	i	100 ml*1 g	2.388,00
Meropenem	MeroMate	Infusionslösung	500 mg	i	100 ml*500 mg	1.288,00
Mesna	Uromitexan	Ampulle	100 mg/ml	u r	3*2 ml	83,79
Metronidazol	Metronidazole	Infusionslösung		u r	100 ml	
Multiple Elektrolyte	EM	Infusionslösung		r	1.000 ml EM	
Multiple Elektrolyte	EM	Infusionslösung		r	500ml EM	76,00
Multiple Elektrolyte	EP	Infusionslösung		r	500ml EP	76,00
Multiple Elektrolyte	Plasmalyte 148	Infusionslösung		r	500 ml Plasmalyte 148	
Multiple Elektrolyte	Plasmalyte A	Infusionslösung		r	1000 ml Plasmalyte A	
Multiple Elektrolyte	Plasmalyte A	Infusionslösung		r	500 ml Plasmalyte A	
Multiple Elektrolyte, Dextrose	Plasmalyte 56	Infusionslösung	5%	r	500 ml	
Ofloxacin	Ofloxacin	Infusionslösung		i	100 ml	
Piperacillin, Tazobactam	PiptaMate	Infusionslösung	4 g, 0,5 g	i	100 ml	750,00
rekombinanter Blutgerinnungsfaktor VIII	Recombinat	Ampulle	250 IU	u r	10 ml	
rekombinanter Blutgerinnungsfaktor VIII	Recombinat	Ampulle	500 IU	u r	10 ml	
rekombinanter Blutgerinnungsfaktor VIII	Recombinat	Ampulle	1000 IU	u r	10 ml	
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,45%	r	100 ml	
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,45%	r	Viaflex 500 ml	
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,45%	r	Viaflex 2000 ml	
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,45%	r	Viaflex 1000 ml	
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,9%	u r	500 ml Viaflex	69,00
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,9%	u r	2.000 ml Viaflex	95,00
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid Viaflex	Infusionslösung	0,9%	u r	1.000 ml Viaflex	28,00
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid	Infusionslösung	0,9%	u r	100 ml	45,00
Natrium Chlorid	Natrium Chlorid FFS	Infusionslösung	0,9%	u r	500 ml FFS	69,00
Natrium Chlorid, Dextrose	Natrium Chlorid, Dext- rose FFS	Infusionslösung	0,2%, 5%	r	500 ml*0,2% FFS	42,00
Natrium Chlorid, Dextrose	Natrium Chlorid, Dext- rose FFS	Infusionslösung	0,33%, 5%	r	500 ml*0,33% FFS 500ml	88,00
Natrium Chlorid, Dextrose	Natrium Chlorid, Dext- rose FFS	Infusionslösung	0,9%, 5%	u r	500 ml Viaflex	69,00
Natrium Chlorid, Dextrose	Natrium Chlorid, Dext- rose FFS	Infusionslösung	0,9%, 5%	u r	500 ml FFS	69,00
Tinidazol	Tinject OD	Infusionslösung	200 mg	r	400 ml	55,00
Vancomycin	Vancomate	Infusionslösung	500 mg	u r	100 ml	389,00

Medikamente Bayer 2010

Generischer Name	Handelsname Bayer	Anwendungsform	Dosierungsform	Klassifikation	Packungsgröße	Preis MIMS/CIMS/Firmenangaben je Packung in Rs
Acarbose	Glucobay	Tablette oder Dragée	25 mg	i	10*25 mg	42,00
Acarbose	Glucobay	Tablette oder Dragée	50 mg	i	10*50 mg	76,00
Humanalbumin	Plasbumin	Infusionslösung	20%	r	100 ml	
Humanalbumin	Plasbumin	Infusionslösung	20%	r	50 ml	
Humanalbumin	Plasbumin	Infusionslösung	25%	r	100 ml	
Humanalbumin	Plasbumin	Infusionslösung	25%	r	50 ml	
Humanalbumin	Plasbumin	Infusionslösung	5%	r	100 ml	
Humanalbumin	Plasbumin	Infusionslösung	5%	r	50 ml	
Alkoholisches Tonic	Bayer's Tonic	Suspension (incl. Sirup und andere interne Lösungen)		i	200 ml	65,00
Alkoholisches Tonic	Bayer's Tonic	Suspension (incl. Sirup und andere interne Lösungen)		i	250 ml	83,65
Bifonazol	Mycospor	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	i	10 g cream	49,50
Bifonazol	Mycospor	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	i	10 g powder	49,50
Bifonazol	Mycospor	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	i	10 ml solution	49,50
Cetirizin	Incid L	Tablette oder Dragée	10 mg	r	10*10	340,00
Cetirizin	Incid L	Tablette oder Dragée	10 mg	r	10	29,20
Cetirizin	Incid L	Suspension (incl. Sirup und andere interne Lösungen)	5 mg / 50ml	r	60 ml	28,00
Chloroquin	Resochin MD	Suspension (incl. Sirup und andere interne Lösungen)	100 mg / 10 ml	u r	60 ml	13,94
Chloroquin	Resochin	Tablette oder Dragée	250 mg	u r	12*250 mg	6,79
Chloroquin	Resochin	Ampulle	40 mg / ml	r	30 ml	16,10
Chloroquin	Resochin	Ampulle	40 mg / ml	r	5 ml	4,82
Chloroquin	Resochin DS	Tablette oder Dragée	500 mg	r	6*500 mg	7,20
Ciprofloxacin	Baycip	Tablette oder Dragée	100 mg	r	10*100 mg	8,00
Ciprofloxacin	Baycip	Tablette oder Dragée	250 mg	u r	10*250 mg	32,00
Ciprofloxacin	Baycip	Tablette oder Dragée	500 mg	r	10*500 mg	65,87
Ciprofloxacin, Tinidazol	Baycip TZ	Tablette oder Dragée	500 mg, 600 mg	i	10	75,32
Clotrimazol	Canesten VAG	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	u r	15 g*1%	37,50
Clotrimazol	Canesten	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	r	15 ml*1%	38,50
Clotrimazol	Canesten VAG	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	r	10 g*2%	60,50
Clotrimazol	Canesten	Creme, Salbe, Puder oder Gel	1%	r	15 g*1%	37,50
Clotrimazol	Canesten V6	Zäpfchen (rektal oder vaginal)	100 mg	u r	6*100 mg	38,50
Clotrimazol	Canesten S cream	Creme, Salbe, Puder oder Gel	10 mg, 0,25 mg	r	10 g	38,25
Cyproteronacetat, Ethinylestradiol	Diane 35	Tablette oder Dragée	2 mg, 0,035 mg	i	21	231,40
Drospirenon, Ethinylestradiol	Yasmin	Tablette oder Dragée	3 mg, 0,03 mg	i	21	360,00
Levonorgestrel, Ethinylestradiol	Triquilar	Tablette oder Dragée	30 mcg, 50 mcg	r	21*30 mcg, 50 mcg	54,63
Levonorgestrel, Ethinylestradiol	Triquilar	Tablette oder Dragée	30 mcg, 125 mcg	r	21*40 mcg, 75 mcg	
Levonorgestrel, Ethinylestradiol	Triquilar	Tablette oder Dragée	40 mcg, 75 mcg, 125 mcg	r	21*40 mcg, 75 mcg	
Fludarabinphosphat	Fludara	Tablette oder Dragée	10 mg	i	20	3.3315,00
Fludarabinphosphat	Fludara	Infusionslösung	50 mg	r	1	9.580,29
Gadopentetat-Dimeglumin	Magnevist	Ampulle	469 mg/ml	r	1*10 ml	1.444,45
Gadopentetat-Dimeglumin	Magnevist	Ampulle	469 mg/ml	r	1*20 ml	2.666,67

Generischer Name	Handelsname Bayer	Anwendungsform	Dosierungsform	Klassifikation	Packungsgröße	Preis MIMS/CIMS/Firmenangaben je Packung in Rs
Glimepirid, Metformin	Gimibay	Tablette oder Dragée	1 mg, 500 mg	i	10*1 mg	42,00
Glimepirid, Metformin	Gimibay	Tablette oder Dragée	2 mg, 500 mg	i	10*2 mg	64,00
Hydroxyprogesteron-caproat	Proluton Depot	Ampulle	250 mg/ml	i	1 ml*250 mg	43,85
Hydroxyprogesteron-caproat	Proluton Depot	Ampulle	500 mg/ml	i	2 ml*500 mg	69,35
Interferon Beta-1b	Betaferon	Fertigspritze	0,25 mg/ml	r	15	116.300,00
Iopromid	Ultravist 300, Ultravist 370	Infusionslösung	0,623 g	r	100 ml*0,623 g	1.377,78
Iopromid	Ultravist 300, Ultravist 370	Infusionslösung	0,623 g	r	20 ml*0,623 g	377,78
Iopromid	Ultravist 300, Ultravist 370	Infusionslösung	0,623 g	r	50 ml*0,623 g	744,45
Iopromid	Ultravist 300, Ultravist 370	Infusionslösung	0,769 g	r	100 ml*0,769 g	1.533,34
Iopromid	Ultravist 300, Ultravist 370	Infusionslösung	0,769 g	r	50 ml*0,769 g	877,78
Lansoprazol	Lancibay	Tablette oder Dragée	30 mg	i	10*30 mg	46,90
Levocetirizin	Incid MD	Tablette oder Dragée	5 mg	i	10	50,00
Mesterolone	Provironum	Tablette oder Dragée	25 mg	i	30	446,52
Vitaminmischung	Edinol	Kapsel		i	20	13,04
Vitaminmischung	Edinol	Kapsel		i	100	55,95
Vitaminmischung	Multibay	Kapsel		i	100	43,50
Vitaminmischung	Multibay	Kapsel		i	20	10,55
Nifedipin	Adalat-ORS	Kapsel	10 mg	u r	10*10 mg	11,76
Nifedipin	Adalat-ORS, Adalat retard, XT Release	Kapsel	20 mg	r	10*20 mg	14,60
Nifedipin	Adalat-ORS, Adalat retard, XT Release	Kapsel	30 mg	r	10*30 mg	260,00
Norethisteron	Noristerat	Fertigspritze	200 mg/ml	i	1	126,04
Norethisteron	Primolut- N	Tablette oder Dragée	5 mg	i	10	60,00
Olmesartanmedoxomil	Xirtam	Tablette oder Dragée	20 mg	i	10*20 mg	73,00
Olmesartanmedoxomil	Xirtam	Tablette oder Dragée	40 mg	i	10*40 mg	125,00
Olmesartan, Hydrochlorthiazid	Xirtam H	Tablette oder Dragée	20 mg, 12,5 mg	i	10	73,00
Phenobarbital	Luminal, Luminalettes	Tablette oder Dragée	100 mg	r	250*100 mg	21,59
Phenobarbital	Luminal, Luminalettes	Tablette oder Dragée	100 mg	r	50*100 mg	5,25
Phenobarbital	Luminalettes	Tablette oder Dragée	15 mg	u r	30*15 mg	1,33
Phenobarbital	Luminalettes	Tablette oder Dragée	15 mg	u r	500*15 mg	10,11
Phenobarbital	Luminal, Luminalettes	Tablette oder Dragée	30 mg	r	25*30 mg	3,03
Phenobarbital	Luminal, Luminalettes	Tablette oder Dragée	30 mg	r	500*30 mg	29,96
Sorafenib	Nexavar	Tablette oder Dragée	200 mg	r	120	280.430,00
Testosteronenantat , Testosteronpropionat	Testoviron Depot	Ampulle	110 mg	r	1*110 mg	65,89
Testosteronenantat , Testosteronpropionat	Testoviron Depot	Ampulle	110 mg	r	10*110 mg	490,00
Testosteronenantat , Testosteronpropionat	Testoviron Depot	Ampulle	250 mg, 250 mg	r	1*250 mg	117,75
Vitamin C	Redoxon	Tablette oder Dragée	500 mg	u r	10	8,16
Vitamine, Mineralien	Supradyn	Tablette oder Dragée		i	15	16,04
Vitamine, Mineralien	Supradyn	Tablette oder Dragée		i	15	16,04

Die BUKO Pharma-Kampagne hat das Geschäftsverhalten von Bayer HealthCare, Boehringer Ingelheim und Baxter in Indien untersucht. Das Ergebnis: Die Firmen vertreiben zahlreiche unsinnige Präparate und haben kaum unentbehrliche Innovationen zu bieten. Die Hersteller Bayer und Boehringer Ingelheim führen in Indien zwar zahlreiche klinische Studien durch. Sie erforschen damit aber lieber neue Anwendungsbereiche ihrer Blockbuster als sich vernachlässigten Krankheiten zu widmen, die in armen Ländern vorherrschen.

Das Familienunternehmen Boehringer Ingelheim hat mit 70% irrationalen Mitteln und keinem einzigen unentbehrlichen Präparat ein erschreckend schlechtes Arzneimittelsortiment. Die Firma verzichtet aller-

dings auf strikte Patentdurchsetzung im Fall von Nevirapin. Das wichtige Aids-Medikament kann daher in Indien günstig generisch produziert werden, was den Zugang für arme Länder, insbesondere im südlichen Afrika, sichert. Bei Bayer hingegen sind zwar immerhin 64% der in Indien verkauften Produkte rational. Die aggressive Patentpolitik des deutschen Unternehmens blockiert allerdings den Zugang armer Menschen zu dem innovativen Krebsmittel Nexavar®. Baxter hat rund 88% rationale Mittel, davon sind 44% unentbehrlich: das ist ein relativ gutes Sortiment. Viele dieser Produkte sind in Indien aber ohne generische Alternative, zum Beispiel einige der Antibiotika-Infusionslösungen. Ihr Preis ist hoch und schließt die Armen vom Zugang aus.

BUKO Pharma-Kampagne

Seit über 25 Jahren engagiert sich die BUKO Pharma-Kampagne durch internationale Lobby- sowie bundesweite Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit für das Recht auf Gesundheit. Sie ist eine der wenigen Organisationen in Deutschland, die dabei kritisch auf die Schattenseiten des Arzneimittelmarktes in Nord und Süd aufmerksam macht. Die Pharma-Kampagne setzt sich für den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln in den Ländern des Südens und die Forschung für vernachlässigte Krankheiten ein. Sie fördert den rationalen Medikamentengebrauch.

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel- Straße 62, 33602 Bielefeld
Fon: 0521 60550, Fax: 0521 63789
Mail: info@bukopharma.de
Web: www.bukopharma.de

Spenden: Gesundheit und Dritte Welt e.V.
Spendenkonto: 105 627
Sparkasse Bielefeld
BLZ: 480 501 61

ISSN 1618-4580