



# Unbezahlbar krank

## Krebstherapie im globalen Süden

**BUKO** Pharma-Kampagne  
[www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)

Mitglied von Health Action International

# Inhalt

<b>Krebs global: Ungleiche Risiken, ungleiche Chancen.....</b>	<b>4</b>
Warum der globale Süden doppelt betroffen ist	
<b>Auf tönernen Füßen .....</b>	<b>8</b>
Prävention, Diagnose und Therapie von Krebs im globalen Süden	
<b>Zehn Jahresgehälter für eine Behandlung .....</b>	<b>11</b>
Warum der globale Süden bei der Krebstherapie auf der Strecke bleibt	
<b>Äthiopien: Erste Schritte .....</b>	<b>14</b>
Schwieriger Ausbau der Versorgung	
<b>Tansania: Bedrohlicher Trend .....</b>	<b>16</b>
Sozio-ökonomischer Wandel in Aktion	
<b>Ecuador: Fortschritt trotz Gegenwind.....</b>	<b>18</b>
Umfangreiche Versorgung mit Nebenwirkungen	
<b>Indien: Fruchtlöse Reformen .....</b>	<b>20</b>
Mangelhafte Gesetze für PatientInnen nutzlos	
<b>Südafrika: Wehrhafte PatientInnen .....</b>	<b>22</b>
Krebs-Aktivismus auf den Spuren der Aids-Bewegung	
<b>Was tun für einen besseren Zugang? .....</b>	<b>25</b>
Interview mit Ellen 't Hoen	

## Impressum

**Herausgeber:** BUKO Pharma-Kampagne/Gesundheit und Dritte Welt e.V.  
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland  
Fon +49-(0)521-60550, Telefax +49-(0)521-63789  
e-mail: [pharma-brief@bukopharma.de](mailto:pharma-brief@bukopharma.de)  
Homepage: [www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)

**Verleger:** Gesundheit und Dritte Welt e.V.  
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland

**Texte:** Max Klein (MK), Jörg Schaaber (JS), Franziska Taeger (FT)

**Redaktion:** Max Klein, Claudia Jenkes, Jörg Schaaber

**Fotos Titel:** © Rudolf Ernst; razyph; Magnifial Productions (alle iStock)

**Design:** dunemaison, Bielefeld

**Druck:** Druckerei Kurt Eilbracht, Löhne  
© copyright BUKO Pharma-Kampagne 2021

Wir bedanken uns für die große Unterstützung bei der Recherche und Konzeption. Vor allem ohne die Perspektiven und Informationen unserer Kontaktpersonen im globalen Süden wäre die Broschüre in dieser Form nicht möglich gewesen.

Gefördert durch ENGAGEMENT GLOBAL mit Mitteln des



Bundesministerium für  
wirtschaftliche Zusammenarbeit  
und Entwicklung

Für den Inhalt dieser Publikation ist allein Gesundheit und Dritte Welt e.V. verantwortlich; die hier dargestellten Positionen geben nicht den Standpunkt von Engagement Global und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung wieder.

## Glossar

**AML:** Akute myeloische Leukämie

**EML:** Essential Medicines List der Weltgesundheitsorganisation

**Evergreening:** Verlängerung des Schutzes eines Wirkstoffs durch immer neue Patentierungen

**Inzidenz:** Die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr

**HIC:** High-income countries

**HIV:** Human immunodeficiency virus, Humanes Immundefizienz-Virus

**HPV:** Humane Papillomviren

**LDC:** Least developed countries

**LIC:** Low-income countries

**NCDs:** Non-communicable diseases, nicht-übertragbare Erkrankungen

**NHL:** Non-Hodgkin-Lymphom

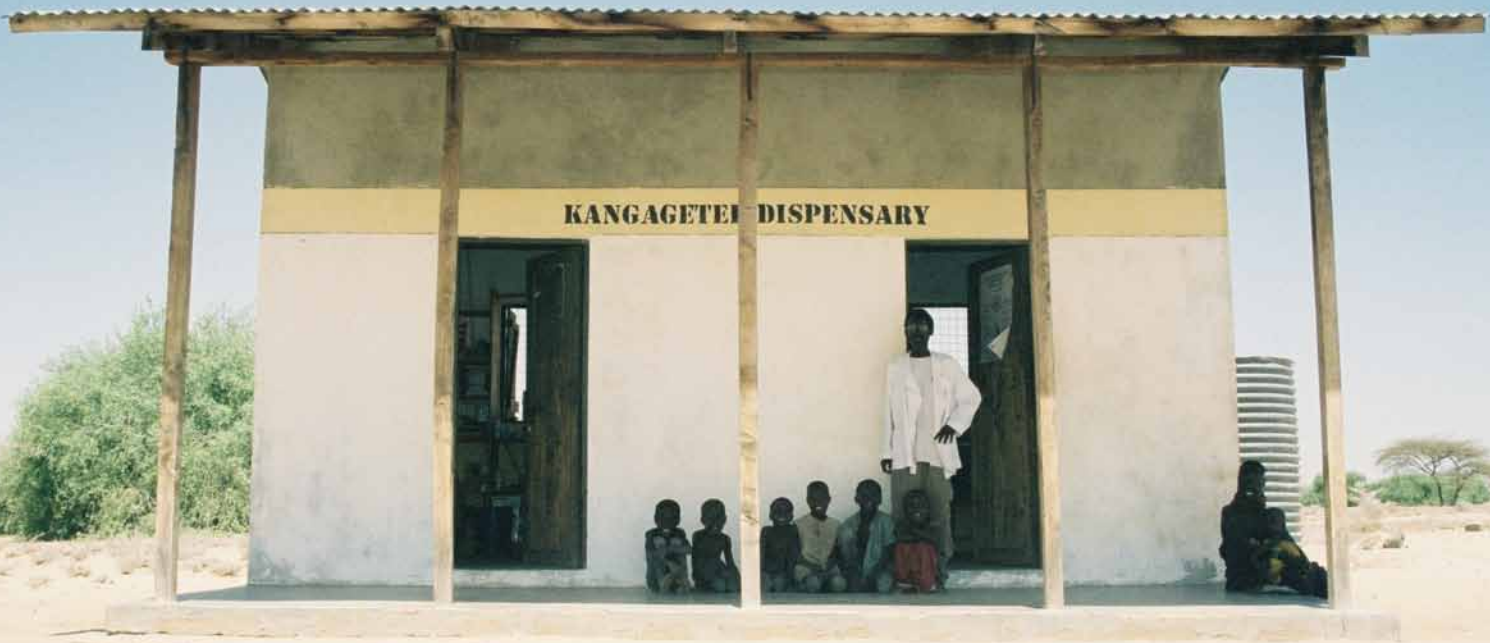
**Prävalenz:** Die Zahl der Erkrankten zu einem bestimmten Zeitpunkt

**SDGs:** Sustainable Development Goals, die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen

**TRIPS:** Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, handelsbezogene Aspekte geistiger Eigentumsrechte

**UHC:** Universal Health Coverage, Gesundheitsversorgung für alle

**WHO:** World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation



## Fernab der Aufmerksamkeit

**Bei kaum einer anderen Erkrankung zeigt sich die massive globale Ungerechtigkeit so deutlich wie bei Krebs. PatientInnen im globalen Süden haben kaum Chancen, eine angemessene Versorgung zu bekommen. Die Gesundheitssysteme sind schwach und die für die Therapie notwendigen Medikamente oft unbezahlbar.**

Auch hierzulande kollidieren die Hoffnungen auf medizinischen Fortschritt zunehmend mit der Sorge um die Finanzierbarkeit neuer Medikamente und Therapien. In großen Teilen des globalen Südens gestaltet sich allerdings schon die Basisversorgung für KrebspatientInnen extrem schwierig. Es ist kein Zufall, dass der Begriff der „finanziellen Toxizität“ im Gesundheitsbereich speziell bei Krebs oft Verwendung findet.

Eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen weltweit zu erreichen (Universal Health Coverage), ist Teil der globalen Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen. Gerade bei Krebs sind massive Zugangsprobleme jedoch die bittere Realität. Anzeichen für Veränderung sind

rar, findet doch der tägliche Kampf vieler KrebspatientInnen fernab der öffentlichen Aufmerksamkeit statt.

Die vorliegende Broschüre rückt die dramatischen Versorgungslücken in den Fokus. Sie bietet Daten zur globalen Krebslast und benennt die Hürden beim Zugang zu Präventionsangeboten, Behandlungen und Medikamenten. Fünf Länderstudien aus dem globalen Süden machen greifbar, wie schwierig die Situation für KrebspatientInnen, AktivistInnen und Behandelnde vor Ort ist und wie dringend der Handlungsbedarf. Schließlich berichten wir über Lichtblicke und Handlungsansätze für Wege aus dieser Krise – hin zu einer besseren und gerechteren Versorgung. (MK)

# Krebs global: Ungleiche Risiken, ungleiche Chancen

## Warum der globale Süden doppelt betroffen ist

Die internationale Gesundheitspolitik fokussierte sich lange auf die Infektionskrankheiten HIV, Malaria und Tuberkulose sowie die Mutter- und Kindgesundheit. Doch bereits heute ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) etwa 80% der globalen Krankheitslast auf nicht-übertragbare Krankheiten (non-communicable diseases, NCDs) zurückzuführen.<sup>1</sup> Dazu zählt neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus auch Krebs.

Mit ihren Nachhaltigkeitszielen (SDGs) von 2015 haben die Vereinten Nationen auf diese Herausforderung reagiert. So ist ein Ziel, die Sterblichkeit durch nicht-übertragbare Erkrankungen bis 2030 um ein Drittel zu reduzieren.<sup>2</sup> Im Jahr 2016 waren etwa 30% der frühzeitigen Todesfälle durch NCDs krebbsbedingt, Tendenz steigend.<sup>3</sup>

Grob lassen sich drei Ursachen für Krebs unterscheiden: Anlagen im Körper, Umwelteinflüsse sowie Lebensweise, und hier besonders die Ernährung. Die Faktoren können sich gegenseitig verstärken oder abschwächen.<sup>4</sup> Bekannte Faktoren, die Krebsentstehung und einen frühzeitigen Tod begünstigen, sind Rauchen, Alkohol, bestimmte Infektionen, Übergewicht, körperliche Inaktivität, UV-Strahlung und Umweltgifte.<sup>3</sup>

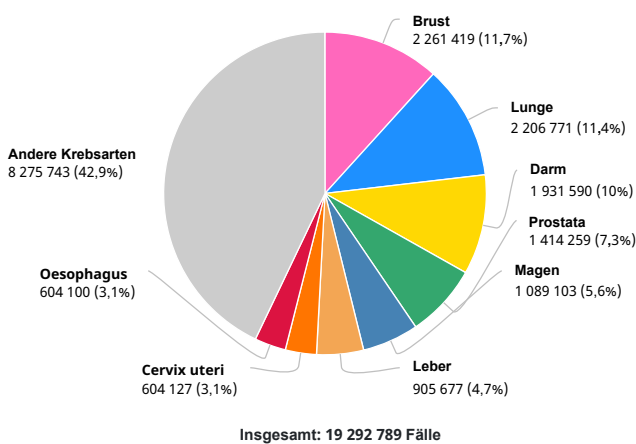
### Weltweites Problem

Den Einfluss solcher äußeren Faktoren kann man an den weltweit häufigsten Krebsfällen ablesen. Laut WHO treten global Brustkrebs (11,7% aller Krebsneuerkrankungen) und Lungenkarzinom (11,4%) am häufigsten auf, auf Rang drei kommt Darmkrebs (10%). Es folgen Prostata-, Magen- und Leberkarzinom. Bei der Sterblichkeit ragt das Lungenkarzinom mit 18% aller Krebssterbefälle heraus. Es folgen Darm-, Magen-, Leber- und Brustkrebs (siehe Grafik unten).<sup>5</sup>

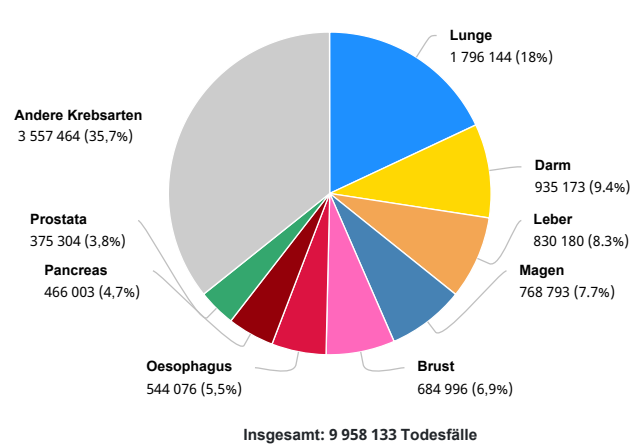
Lungen- und Dickdarmkrebs sind besonders stark mit Rauchen assoziiert, Brust- und Dickdarmkrebs mit Übergewicht und körperlicher Inaktivität, Magen- und Leberkrebs mit Infektionen sowie Leberkrebs auch mit Alkohol.

## Krebs weltweit: Altersstandardisierte Erkrankungsrate und Todesfälle<sup>5</sup>

Zahl der Neuerkrankungen 2020, alle Altersgruppen



Todesfälle 2020, alle Altersgruppen



Der globale Trend ist deutlich: Gab es 2012 noch 14,1 Millionen Krebs-Neuerkrankungen weltweit, waren es 2020 schon 19,2 Millionen. Die Todesfälle stiegen von 8,1 Millionen auf knapp 10 Millionen. Die WHO schätzt, dass 2040 29,4 Millionen Menschen jährlich neu an Krebs erkranken werden.<sup>6</sup> Das liegt nicht nur an einer steigenden Lebenserwartung und am Bevölkerungswachstum. Auch der Wandel von Lebensweisen spielt eine erhebliche Rolle. Der relativ größte Zuwachs an Erkrankungen wird in Ländern mit niedrigem Einkommen erwartet – bis 2040 wird dort mit einer Verdoppelung gerechnet.<sup>7</sup>

### Unterschiede zwischen den Geschlechtern

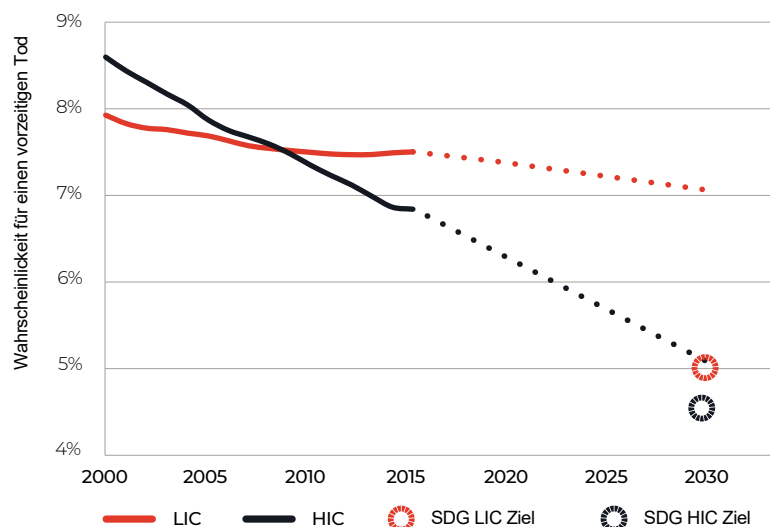
Bei Frauen spielt Krebs der Geschlechtsorgane die größte Rolle. So ist Brustkrebs in fast allen Ländern der am meisten diagnostizierte Krebs bei Frauen. Am vierthäufigsten ist Gebärmutterhalskrebs, am achthäufigsten Eierstockkrebs. Gebärmutterhalskrebs gehört im globalen Süden zu den Krebsarten, die bei jungen Frauen am häufigsten tödlich enden. Bei Männern ist das Prostatakarzinom der zweithäufigste bösartige Tumor.<sup>5</sup>

Da mehr Männer als Frauen rauchen, werden bei ihnen jährlich fast doppelt so viele Lungenkarzinome gemeldet. Lungenkrebs ist bei Männern die häufigste Krebsneuerkrankung, bei Frauen ist sie auf Rang drei. Bei beiden Geschlechtern ist die Prognose gleichermaßen schlecht. Nähert sich im globalen Norden die Zahl der Raucherinnen der inzwischen sinkenden Zahl der Raucher an, so ist in Asien, Lateinamerika und Afrika Rauchen vor allem ein Risikoverhalten unter Männern. In den Ländern dieser Regionen sind außerdem mehr Menschen von weiteren Risikofaktoren für Lungenkrebs betroffen. Der Anteil von Lungenkrebs, der mit Luftverschmutzung in Zusammenhang steht, ist z.B. in China viermal größer als in Frankreich.<sup>8</sup>

### Große regionale Unterschiede

Krebshäufigkeit und vorherrschende Krebsarten sind global sehr unterschiedlich ver-

## Wahrscheinlichkeit vorzeitig an Krebs zu sterben<sup>6</sup>



**Wahrscheinlichkeit zwischen 30-69 Jahren an Krebs zu sterben.**  
**Orange: arme Länder, Schwarz: reiche Länder. Kreise: Nachhaltiges Entwicklungsziel der Vereinten Nationen für Krebs**

teilt und auch die Chancen, die Erkrankung zu überleben, sind sehr ungleich. Dazu ein paar Beispiele:

- Gebärmutterhalskrebs ist in Afrika südlich der Sahara viermal so häufig wie in reichen Ländern. Das Risiko an der Erkrankung zu sterben, ist zehnmal so hoch wie in Mitteleuropa.<sup>9</sup>
- In sechs Ländern Lateinamerikas ist das Magenkarzinom Krebstodesursache Nummer eins.<sup>8</sup>
- In Pakistan, Indien und Bangladesch ist die Inzidenz von Lippen- und Mundhöhlenkarzinomen bis zu dreimal höher als im Welt-durchschnitt – vor allem wegen des starken Gebrauchs von Kautabak.<sup>8</sup>
- Die Lungenkrebsinzidenz in Nordamerika und Europa hat sich in den vergangenen 30 Jahren nahezu halbiert - die Maßnahmen zum Eindämmen des Rauchens zeigen Wirkung. Dagegen bleiben der Tabakkonsum und die Lungenkrebsfälle im globalen Süden konstant.<sup>8</sup>
- In einigen afrikanischen Ländern ist bei Männern das Kaposi-Sarkom die häufigste



Krebstodesursache. Grund dafür ist die hohe Zahl an HIV-Erkrankten.<sup>8</sup>

### **Besonders betroffene Gruppen**

Auch innerhalb der Länder gibt es große Unterschiede: So haben benachteiligte Bevölkerungsgruppen ein höheres Erkrankungsrisiko und geringere Überlebenschancen im Fall einer Krebsdiagnose. Meist wird die Krankheit bei ihnen erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert, allein dadurch verschlechtert sich die Prognose und sie haben schlechtere Chancen auf eine gute Behandlung.<sup>5</sup>

Kinder im globalen Süden sind besonders gefährdet. Während in Ländern mit hohem Einkommen mehr als 80% der Betroffenen ihre Krebserkrankung mehr als fünf Jahre lang überleben, sind es in ärmeren Ländern weniger als 30%. Die WHO hat sich das Ziel gesetzt, bis 2030 ein Überleben von 60% für alle krebserkrankten Kinder zu erreichen.<sup>10</sup>

Vor allem indigene Bevölkerungsgruppen sind zudem stark benachteiligt. Bei ihnen werden Krebserkrankungen viel seltener erfasst, statistisch erscheinen viele Indigene gar nicht. Bei den dennoch registrierten Fällen lässt sich erkennen, dass die Raten der Krebsneuerkrankungen und Todesfälle deutlich höher sind als bei der nicht-indigenen Bevölkerung.<sup>8</sup> Dies zeigt sich über alle Kontinente hinweg. Ähnlich schlecht ist die Situation von Geflüchteten und papierlosen Menschen.

### **Immense Herausforderungen im Süden**

Die Beispiele zeigen: Die globale Krebslast ist höchst ungleich verteilt. Zwar gibt es im globalen Süden eine geringere Anzahl registrierter Krebsfälle als im globalen Norden, doch in armen Ländern sterben wesentlich mehr der Krebserkrankten. Die Ungleichheit spiegelt Unterschiede beim Einkommen, bei den Wohnverhältnissen und Lebensweisen, bei der Bildung, am Arbeitsplatz oder auch in der Umwelt der Menschen. All diese Faktoren haben Einfluss auf das Erkrankungsrisiko.

Hinzu kommt ein ungleicher Zugang zu Gesundheitsversorgung und Früherkennung (siehe folgendes Kapitel).<sup>5</sup>

Viele Krebserkrankungen im globalen Süden werden außerdem durch Infektionen hervorgerufen. In einigen afrikanischen Ländern südlich der Sahara sind mehr als 50% der Krebsfälle auf infektiöse Erreger zurückzuführen – in Ländern mit hohem Einkommen sind es nur etwa 4% (siehe Abbildung rechts).<sup>8</sup>

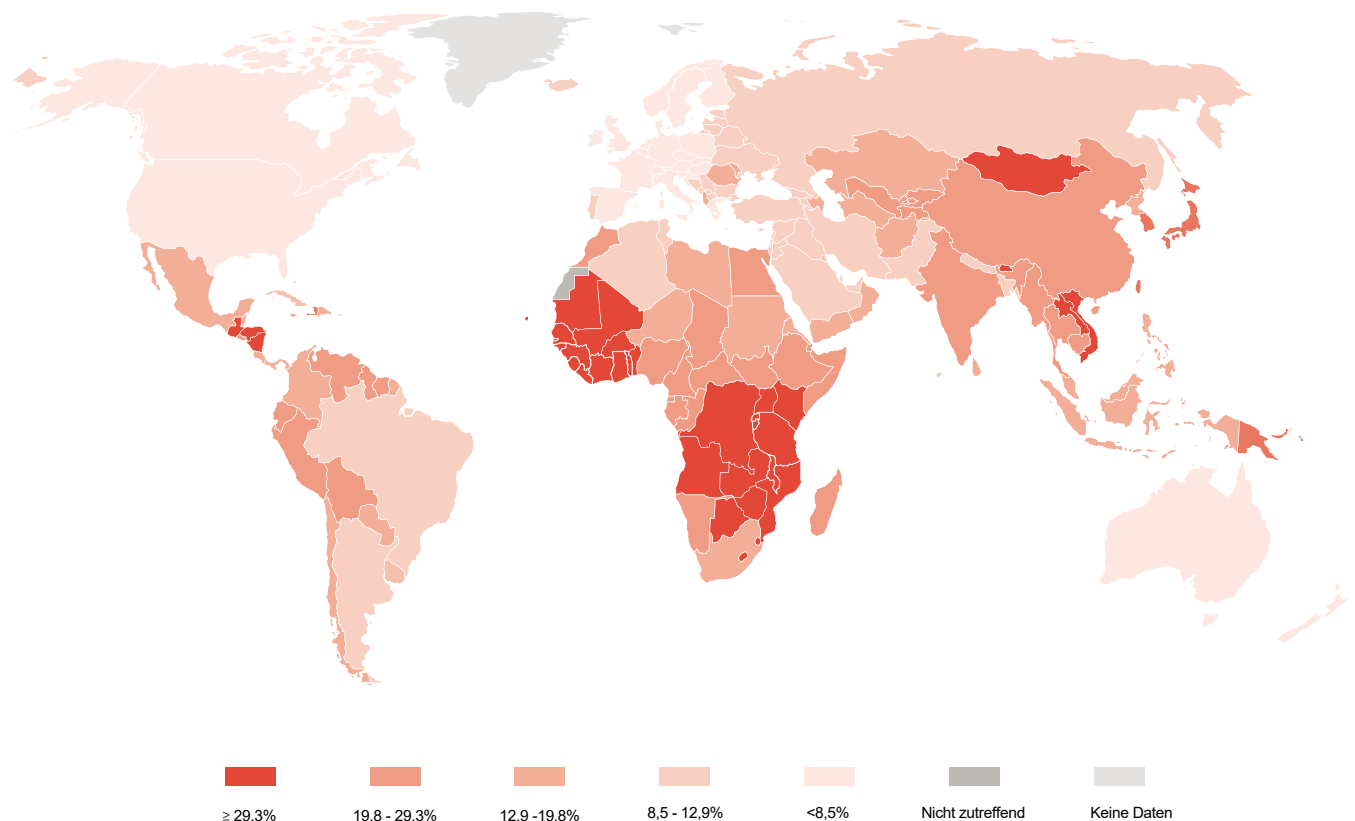
Die vier wichtigsten Erreger sind *Helicobacter pylori* (Magenkarzinom), das humane Papillomvirus (vor allem Gebärmutterhalskrebs) sowie Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren (beide Leberkarzinom). Außerdem gibt es einige Krebserkrankungen, die speziell mit HIV assoziiert sind. Dazu zählen das Kaposi-Sarkom, das Burkitt-Lymphom und auch Gebärmutterhalskrebs. Infektionskrankheiten und Krebs gehen also teilweise Hand in Hand und am stärksten betroffen sind in beiden Fällen die sozio-ökonomisch schwächsten Bevölkerungsgruppen.

### **Politischer Handlungsspielraum ist gegeben**

Doch es gibt Spielraum für Veränderung, denn 40% aller Krebsfälle wären verhinderbar.<sup>8</sup> Viele Faktoren, die Krebserkrankungen begünstigen, lassen sich durch politische Interventionen beeinflussen. Verbote und Grenzwerte für krebserregende Stoffe, Aufklärung über gesundheitsförderndes Verhalten, stärkere Besteuerung gesundheits-schädigender Produkte, Arbeitsschutzgesetze und Impfprogramme gegen HPV und Hepatitis B wären sinnvolle Maßnahmen. Bisher profitieren davon jedoch vorrangig die Bevölkerungen im globalen Norden.

Das Ermöglichen einer Behandlung für alle Krebserkrankten ist also nur ein Teil der Lösung. Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und betrifft alle Politikbereiche – wie Landwirtschaft, Wohnen oder Bildung. Das Konzept von „Health in All Policies“ (Gesundheit in allen Politikbereichen) ist von der WHO primär auf

## Anteil der Krebsfälle, die mit Infektionen zusammenhängen <sup>6</sup>



nationalem Level vorgesehen, doch kann es auf einen größeren Rahmen übertragen werden.<sup>11</sup> Krebs ist ein globales Problem, für das es globale Gesundheitsstrategien braucht. Länder des globalen Nordens müssen dabei auch Verantwortung für eine Verbesserung der Situation im globalen Süden übernehmen. (FT)

- Wang Y and Wang J (2020) Modelling and prediction of global non-communicable diseases. BMC Public Health; 20, p 1
- Martens J und Obenland W (2017) Die Agenda 2030. Globale Zukunftsziele für nachhaltige Entwicklung. Bonn/Osnabrück. [www.archive.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Agenda\\_2030\\_online.pdf](http://www.archive.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Agenda_2030_online.pdf) [Zugriff 26.2.2021]
- WHO (2020) Cancer Profile 2020. [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=4-cancer-country-profiles-2020&alias=51561-global-cancer-profile-2020&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=4-cancer-country-profiles-2020&alias=51561-global-cancer-profile-2020&Itemid=270&lang=fr) [Zugriff 22.2.2021]
- World Cancer Research Fund International (2020) Der dritte Expertenbericht. [www.wcrf.org/sites/default/files/TER-German-translation.pdf](http://www.wcrf.org/sites/default/files/TER-German-translation.pdf) [Zugriff 24.2.2021]
- WHO (2021) Cancer today. Cancer fact sheets. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> [Zugriff 15.4.2021]
- WHO (2020) WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745> [Zugriff 15.4.2021]
- WHO (2021) Cancer tomorrow. Estimated numbers of new cases from 2020 to 2040. [https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bubbles?sexes=0&mode=population&types=0&populations=981\\_984&group\\_populations=0&scale=log&min\\_zero=0](https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bubbles?sexes=0&mode=population&types=0&populations=981_984&group_populations=0&scale=log&min_zero=0) [Zugriff 10.4.2021]
- The American Cancer Society (2019) The Cancer Atlas. Atlanta. [www.cancer.org/canceratlas](http://www.cancer.org/canceratlas) [Zugriff 10.4.2021]
- WHO (2020) Cancer today. Cervix uteri fact sheet. [www.gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf](http://www.gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf) [Zugriff 14.4.2021]
- Lam CG et al. (2019) Science and health for all children with cancer. Science; 363(6432), p 1182
- WHO (o. J.) Health in All Policies: Framework for Country Action. [www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/](http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/) [Zugriff 17.4.2021]



# Auf tönernen Füßen

## Prävention, Diagnose und Therapie von Krebs im globalen Süden

**Gesundheitssysteme in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens geraten durch die steigende Krebslast weiter unter Druck. Versorgungslücken wachsen, doch die globale Aufmerksamkeit bleibt gering.**

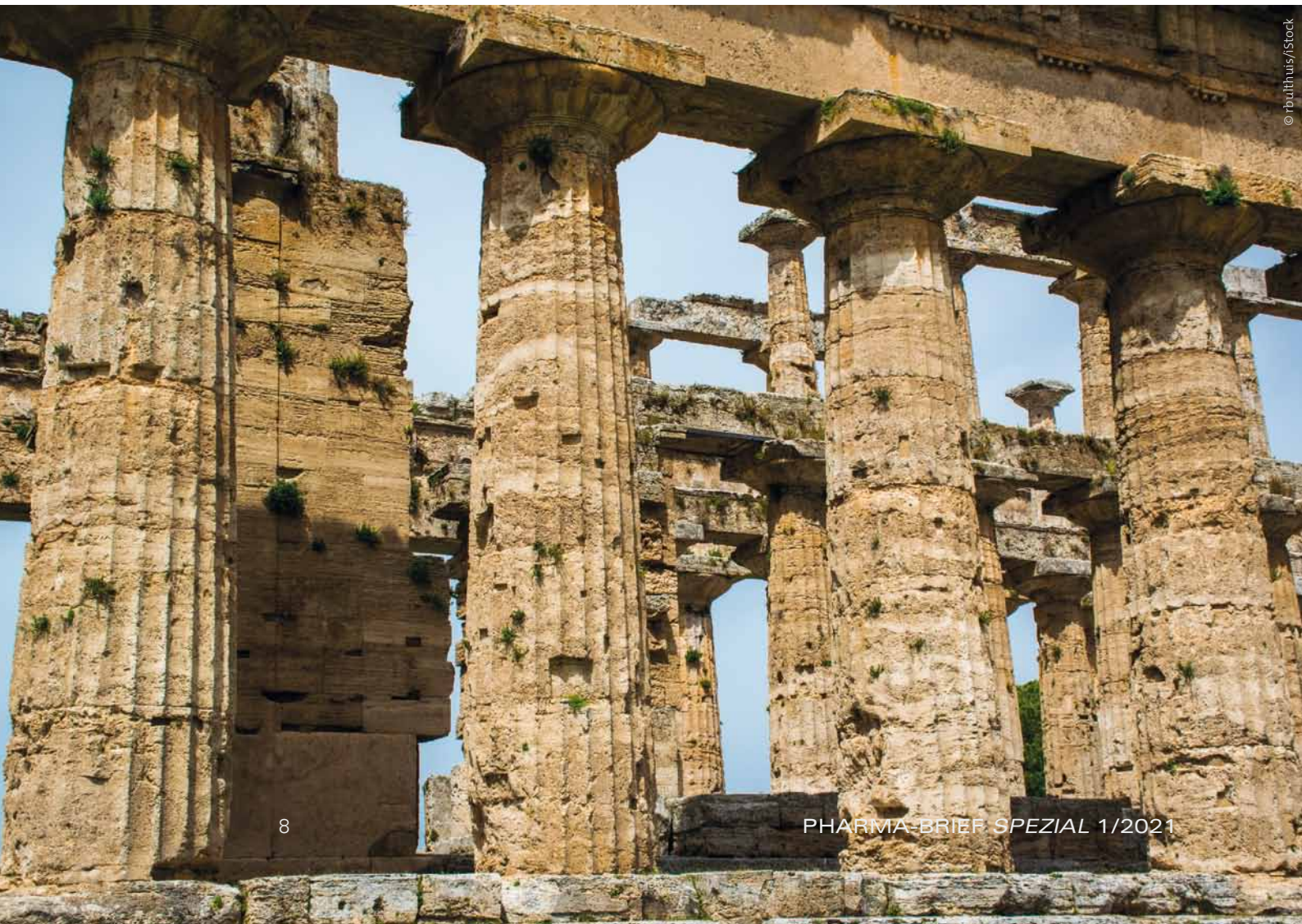
Die WHO definiert vier elementare Säulen für eine effektive Krebs-Kontrolle: Prävention, Früherkennung und Diagnose, Behandlung sowie palliative Versorgung. Doch in vielen Gegenden des globalen Südens existieren bei all diesen Komponenten katastrophale Lücken.

Denn viele Gesundheitssysteme in ärmeren Ländern sind unterfinanziert, teils auch infolge von auferlegten „Strukturanpassungen“ durch internationale Geber.<sup>1</sup> Es gibt meist zu wenig Gesundheitseinrichtungen in der Fläche, spezielle Krebsversorgung findet oft nur in der Hauptstadt statt. Dies er-

schwert z.B. die wichtige Nachsorge extrem. Zugleich herrscht Personalmangel, besonders bei Fachkräften wie etwa ChirurgInnen oder OnkologInnen, aber auch bei medizinischem Pflegepersonal. Dies ist in Teilen auf die Abwanderung des Fachpersonals in reichere Länder (brain drain) zurückzuführen. Hinzu kommt vielerorts ein Mangel an robusten Registern zur Krankheitserfassung. Die Covid-19-Pandemie hat die Krebs-Kontrolle zusätzlich zurückgeworfen.<sup>2</sup>

### **Prävention: Strukturelle Impulse nötig**

Präventionsmaßnahmen sind bei der Eindämmung nicht-übertragbarer Erkrankungen





elementar und können breite Effekte erzielen. Die Lebensbedingungen von Menschen durch Veränderungen beispielsweise in den Bereichen Ernährung und Bildung zu verbessern, sollte daher auch bei der Krebsbekämpfung an vorderer Stelle stehen.

Auf individueller Ebene wiederum kommt gezielter Gesundheitsaufklärung eine wichtige Rolle zu. GesundheitshelferInnen, die lokal PatientInnen und deren Familien aufklären, beraten und informieren, können dazu einen entscheidenden Beitrag leisten.

Nicht zuletzt medizinische Ansätze können der Prävention dienen. Das können Impfungen sein (HPV & Hepatitis B) oder die Therapie von Infektionen (HIV & Hepatitis C). Auch „klassische“ Maßnahmen wie der Gebrauch von Kondomen gegen sexuell-übertragbare Erkrankungen können die Krebslast senken.

Die Verringerung typischer Risikofaktoren ist ein zäher Prozess und stets von Rückschlägen bedroht. So drängen große Nahrungsmittelkonzerne mit hoch verarbeiteten Lebensmitteln auf Märkte im globalen Süden. Gleiches gilt für Tabakfirmen: In Teilen Asiens steigt der Anteil an RaucherInnen kontinuierlich, ebenso in einigen Ländern Afrikas.<sup>3</sup> Die WHO gibt an, dass mittlerweile fast 80% der TabakkonsumentInnen weltweit in Ländern geringen und mittleren Einkommens leben. Beim Alkoholkonsum ist die Lage nicht viel besser.<sup>4</sup>

### **Diagnose: Wettlauf gegen die Zeit**

Krebsdiagnosen erfolgen im globalen Süden meist sehr spät. Dabei können sich in einigen Bereichen schon niedrigschwellige Hilfestellungen positiv auswirken, so die Selbstuntersuchung bei Brustkrebs. Früherkennungsprogramme, etwa Screening auf Gebärmutterhalskrebs, sind eher die Ausnahme.

Krebs ist in den meisten ärmeren Ländern im allgemeinen Bewusstsein der Bevölkerung wenig präsent. So werden erste Symptome

oft falsch gedeutet und die Betroffenen bemühen zunächst traditionelle Medizin oder Religion. „Viele Menschen denken an eine Entzündung, wenn sie eine Schwellung finden und warten ab, dass sie sich öffnet. Weiterhin bevorzugen die meisten KrebspatientInnen auch spirituelle Lösungen,“ berichtete etwa ein äthiopischer Arzt gegenüber der Pharma-Kampagne.<sup>5</sup> Schlechte Versorgungsstrukturen und Kostenhürden tun ihr Übriges für späte oder ausbleibende Behandlung.

Erschwerend kommt hinzu, dass eine differenzierte Diagnose speziell für viele Krebstherapien von zentraler Bedeutung ist. Beim Non-Hodgkin-Lymphom werden beispielsweise über 80 Subtypen unterschieden und das hat wichtigen Einfluss auf die Therapiestrategie. Doch Studien von PatientInnendaten aus elf afrikanischen Ländern zeigen, dass eine frühe Erkennung und exakte Diagnose in der Praxis schnell an Grenzen stößt.<sup>6</sup>

### **Behandlung: Unter erschwerten Umständen**

Bei der Krebsbehandlung machen sich Versorgungslücken besonders bemerkbar. Ausstattungsmängel können sich etwa in der Strahlentherapie verheerend auswirken. Auch hier ist das globale Missverhältnis mitunter grotesk, wie Behandelnde mit Blick auf die Anzahl von Bestrahlungsgeräten darlegen: „Wenn man Südafrika außen vorlässt, dann gibt es einige deutsche Großstädte, die mehr Geräte haben als der ganze afrikanische Kontinent.“<sup>7</sup>

Selbst wo Versorgung theoretisch möglich wäre, limitieren finanzielle Einschränkungen oft den Erfolg. Teure und langwierige Krebsbehandlungen belasten die geringen Budgets der Krankenhäuser stark. Aber vor allem betreffen hohe Kosten die PatientInnen selbst: So müssen sie in vielen Ländern des globalen Südens einen sehr großen Teil der medizinischen Leistungen aus eigener Tasche zahlen. Meist verfügen sie über keine Krankenversicherung und wenn doch, wer-

den viele Leistungen nicht übernommen – ein Problem, das sich übrigens schon vor der eigentlichen Therapie bemerkbar macht. So deckt z.B. in Nigeria die 2005 eingeführte nationale Gesundheitsversicherung weder Mammographien noch Pap-Tests ab.<sup>8</sup> Neben der schlechten Verfügbarkeit von Präparaten, blockieren hohe Medikamentenpreise weltweit eine adäquate Krebsversorgung. Hinzu kommen indirekte Kosten für PatientInnen, von Reiseaufwendungen bis hin zu Einnahmeausfällen durch lange Therapiedauer.

### **Palliativtherapie: Globale Schräglage**

Eine angemessene palliative Versorgung wäre in ärmeren Ländern besonders vonnöten - gerade wegen der oft (zu) späten Diagnosen. Viele fortgeschrittene Krebserkrankungen sind mit starken Schmerzen verbunden. Doch es herrscht extreme Unterversorgung: Schätzungen zufolge sterben jährlich 20 Millionen Menschen in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens mit schweren Schmerzen ohne Linderung durch Morphine.<sup>9</sup>

Das steht in starkem Kontrast zur Versorgungssituation in reicheren Ländern. Ein Grund für die globale Schräglage ist, dass der Kampf gegen den illegalen Drogenhandel (der sogenannte War on Drugs) im globalen Süden einen massiven „Kollateralschaden“ verursacht hat. Denn die restriktiven Maßnahmen führen zu einer Verknappung von Betäubungsmitteln und machen vielerorts eine angemessene Palliativversorgung unmöglich.<sup>10</sup>

### **Fatalismus dennoch fehl am Platz**

Die Herausforderungen in der Krebs-Kontrolle im globalen Süden sind groß und vielschichtig. Doch Fatalismus ist fehl am Platz, wie das Beispiel HIV/Aids deutlich macht. Noch vor wenigen Jahrzehnten gab es da - ähnlich wie heute bei Krebs - viele Ressentiments und irrende Meinungen, die es für unmöglich erachteten, betroffene PatientInnen in ärmeren Ländern angemessen zu versorgen. Zu schlecht wären die Therapietreue der

Betroffenen, zu teuer die Medikamente und zu kompliziert die Behandlung.<sup>11</sup>

Damit eine gerechte Krebsversorgung auf starken Säulen ruhen kann, bedarf es massiver globaler Anstrengungen. Es braucht einen starken politischen Willen auf nationaler und internationaler Ebene sowie zügiges Handeln. So lässt sich z.B. schon mit vergleichsweise geringen Verbesserungen bei der Versorgung mit wichtigen Krebsmedikamenten ein echter Unterschied für PatientInnen erzielen. (MK)

- 1 Aronoff K (2020) Corona, Klima, Schulden: Die dreifache Krise des globalen Südens. Blätter für dt. und internat. Politik; 6/20. [www.blaetter.de/ausgabe/2020/juni/corona-klima-schulden-die-dreifache-krise-des-globalen-suedens](http://www.blaetter.de/ausgabe/2020/juni/corona-klima-schulden-die-dreifache-krise-des-globalen-suedens) [Zugriff am 26.02.2021]
- 2 Wiafe Addai B, Ngwa W (2021) Covid-19 and cancer in Africa. Science; 371, p 25
- 3 Drope J, Schluger N (2018) The Tobacco Atlas. Sixth Edition. [https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas\\_6thEdition\\_LoRes\\_Rev0318.pdf](https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf) [Zugriff am 26.01.2021]
- 4 Jernigan D, Trangenstein P (2020) What´s next for WHO´s global strategy to reduce the harmful use of alcohol? Bulletin of the World Health Organization; 98, p 222
- 5 Schriftlicher Austausch mit Dr. Tariku Wakuma Tenea vom 18.02.2021
- 6 Mezger N et al. (2019) Clinical presentation and diagnosis of adult patient with non-Hodgkin Lymphoma in Sub-Saharan Africa. British Journal of Haematology; 190, p 209
- 7 SPON (2020) Wo acht von zehn Krebserkrankungen zu spät entdeckt werden. [www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krebs-in-afrika-wo-acht-von-zehn-krebserkrankungen-zu-spaet-entdeckt-werden-a-f75cfado-4f4a-4014-ae10-84ef149a82aa](http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krebs-in-afrika-wo-acht-von-zehn-krebserkrankungen-zu-spaet-entdeckt-werden-a-f75cfado-4f4a-4014-ae10-84ef149a82aa) [Zugriff am 29.01.2021]
- 8 Devex (2019) For many in Nigeria, cancer care remains out of reach. [www.devex.com/news/for-many-in-nigeria-cancer-care-remains-out-of-reach-95669](http://www.devex.com/news/for-many-in-nigeria-cancer-care-remains-out-of-reach-95669) [Zugriff am 28.02.2021]
- 9 Kruijff S et al. (2020) The increased need for palliative cancer care in Sub-Saharan Africa. European Journal of Surgical Oncology; 46, p 1373
- 10 Nickerson J and Attaran A (2012) The inadequate treatment of pain: Collateral damage from the War on Drugs. PLoS Medicine; 9, p 1001153 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001153>
- 11 Binagwaho A et al. (2016) A vision for global cancer medicine: Pursuing the equity of chance. Journal of Clinical Oncology; 34, p 3

# Zehn Jahresgehälter für eine Behandlung

## Warum der globale Süden bei der Krebstherapie auf der Strecke bleibt

**Krebsmittel gehören für die Pharmaindustrie zu den lukrativsten Produkten. Doch Preise im fünfstelligen Euro-Bereich bedeuten für zahlreiche PatientInnen das Todesurteil. Notwendige Medikamente sind in ärmeren Ländern oft nicht verfügbar.**

Die Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt eine wissenschaftlich begründete Auswahl der für die globale Gesundheitsversorgung benötigten Medikamente dar.<sup>1</sup> Sie soll Staaten die Aufstellung einer an den lokalen Bedürfnissen orientierten nationalen Liste erleichtern. Aktuell umfasst die WHO-Liste auch 56 Krebsmedikamente. Davon sind einige relativ billig, die Mehrzahl aber teuer. Auch wenn sich die meisten ärmeren Staaten stark an dem Modell orientieren, heißt das noch lange nicht, dass PatientInnen die benötigten Präparate auch tatsächlich bekommen.

### **Medikamente unbezahlbar**

Neben unzureichender medizinischer Infrastruktur sind hohe Medikamentenpreise ein wesentliches Zugangshindernis in der Gesundheitsversorgung. So schätzte die WHO beispielsweise die Medikamentenkosten für die Behandlung einer Frau mit HER2-positivem Brustkrebs in Indien auf 18.500 US\$ und in Südafrika auf 33.900 US\$.<sup>2</sup> Das entspricht in beiden Ländern jeweils ungefähr zehn durchschnittlichen Jahresgehältern. In den USA sind es für dieselbe Behandlung – trotz höherer Preise – nur 1,7 Jahreseinkommen.

Hinzu kommen die Kosten für zwingend erforderliche Tests, da viele der neueren Therapien nur bei einem Teil der PatientInnen wirken können.

### **Unentbehrlich, und nicht bezahlbar**

Die letzte systematische Untersuchung der globalen Versorgungslage stammt von 2017 und umfasste 63 Staaten rund um den Globus.<sup>3</sup> Sie zeigt, dass in den meisten Ländern fast alle von der WHO als unent-



behrlich eingestuften Krebsmedikamente<sup>4</sup> auf den nationalen Listen aufgeführt waren. Also müssten die Präparate in der öffentlichen Gesundheitsversorgung eigentlich zur Verfügung stehen.

Aber um den Zugang war es trotzdem nicht gut bestellt. Denn in den ärmsten Staaten



© Magnifical Productions/Stock

waren fast alle Präparate für die PatientInnen kostenpflichtig.<sup>5</sup> Auch in der Hälfte der Länder mit niedrigem mittlerem Einkommen sah es ähnlich aus, die Betroffenen mussten selbst in die Tasche greifen (siehe Tabelle unten).<sup>6</sup>

Geht man davon aus, dass angesichts der hohen Kosten nur sehr Wenige ihre Krebsmedikamente selbst bezahlen können, haben in Ländern mit unterem mittlerem Einkommen ein Drittel der PatientInnen keinen Zugang zu einer Behandlung, in armen Ländern sind es gar zwei Drittel.

### Leere Regale

Selbst wenn die Krebsmedikamente auf der nationalen Liste stehen, heißt das noch nicht, dass sie tatsächlich immer erhältlich sind. Die Verfügbarkeit ist umso schlechter, je geringer das Einkommensniveau der Staaten ist. In den ärmsten Ländern war die Mehrheit der gelisteten Medikamente nur „meistens“ oder „in der Hälfte der Zeit“ verfügbar.

### Preishürden bei Krebsmedikamenten auf der WHO-Liste<sup>3</sup>

Länder-Einkommensgruppe	Nicht auf nationaler Liste	Nur für Selbstzahler
Hohes Einkommen	0,7%	0,0%
Oberes mittleres Einkommen	4,1%	1,8%
Unteres mittleres Einkommen	5,2%	32,0%
Niedriges Einkommen	8,3%	57,7%

Erhältlichkeit und Kostentragung von Krebsmitteln im öffentlichen Sektor

### Warum so teuer?

Die hohen Preise von Krebsmedikamenten haben nur wenig mit den Kosten für die Herstellung zu tun. Bereits 2015 ermittelte eine ForscherInnengruppe aus England und den USA die tatsächlichen Produktionskosten für vier Tyrosinkinase-Inhibitoren.<sup>7</sup> Wirkstoffe dieser Gruppe können bei einer Reihe von Krebserkrankungen entscheidende Vorteile bieten. Das Fazit der Studie: Die Wirkstoffkosten machten nur 0,2% bis 2,9% der Verkaufspreise in den USA aus.

Einer der vier Wirkstoffe war Imatinib, das für die Behandlung einer bestimmten Form der chronischen Leukämie wichtig ist. Es kostete 2015 in den USA 107.799 US\$ pro PatientIn und Jahr. Die ForscherInnen kalkulierten für die Jahrestherapie einen Herstellungspreis von 128 - 216 US\$ – 50% Gewinnspanne schon eingerechnet. Tatsächlich bewegen sich indische Generikahersteller in dieser Preisspanne. Das ist aber nur möglich, weil die indische Regierung sich geweigert hatte, Novartis für den Wirkstoff ein Patent zu erteilen.

Die Globalisierung der Patente durch die Welthandelsorganisation (WTO) seit 1995 ermöglicht die Durchsetzung hoher Preise in fast allen Staaten der Welt. Nur für die ärmsten Länder gelten noch Ausnahmen von den WTO-Regeln.

### Nicht alles ist nützlich

Das Patentsystem hat noch weitere negative Effekte: Es setzt falsche Anreize. So drängen immer mehr Krebsmedikamente mit zweifelhaftem Nutzen auf den Markt. Für zwei Drittel war bei der Zulassung nicht belegt, dass sie das Überleben verlängern.<sup>2</sup> Trotzdem werden auch diese teuren Scheininnovationen verschrieben – und die weltweiten Ausgaben für Krebsmittel steigen gewaltig: 2012 waren es noch 90,9 Mrd. US\$, 2017 schon 133 Mrd. US\$.<sup>2</sup> Eine evidenzbasierte Auswahl geeigneter Krebsmedikamente ist deshalb ebenso wichtig wie Preissenkungen. Nötig wäre auch eine bedarfsgerechtere Forschung: Verglichen mit der globalen Krankheitslast wird über-



proportional viel an Krebsmedikamenten geforscht (siehe Grafik rechts). Andere weniger „lukrative“ Erkrankungen, wo es viel größere Behandlungslücken gibt, bleiben auf der Strecke. Und regional spezifische Gesundheitsbedürfnisse armer Länder spielen so gut wie keine Rolle in der Krebsforschung.<sup>8</sup>

### Vier Krebsarten im Fokus

In den folgenden Länderberichten konzentrieren wir uns exemplarisch auf vier Krebsarten, die ein Schlaglicht auf die vielfältigen Probleme der Medikamentenversorgung in ärmeren Ländern werfen.

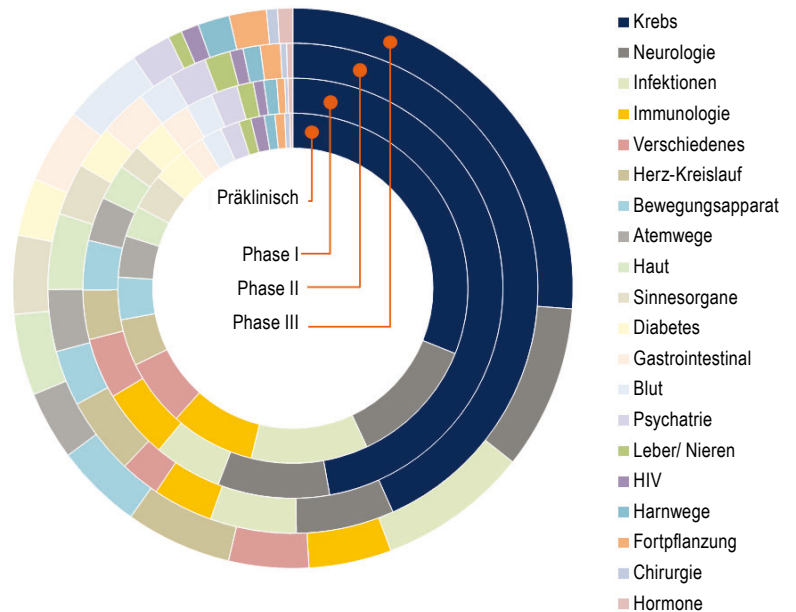
- Brustkrebs ist weltweit der häufigste Krebs bei Frauen. Zwar ist das Risiko daran zu erkranken in wohlhabenden Ländern deutlich höher als in den ärmeren Ländern. Die Betroffenen dort sterben aber deutlich häufiger.<sup>9</sup> Bei der Behandlung spielen neben der operativen Entfernung des Tumors auch Medikamente eine wichtige Rolle. Viele Frauen benötigen für längere Zeit Tamoxifen, um ein erneutes Auftreten der Erkrankung unwahrscheinlicher zu machen.<sup>10</sup> Obwohl dieser Wirkstoff nicht besonders viel kostet, fehlt er vielerorts – ein deutliches Beispiel für die krassen Versorgungslücken. Frauen mit HER2-positivem Brustkrebs profitieren von dem Medikament Trastuzumab. Zwar ist hier die Zielgruppe kleiner, dafür ist das Medikament extrem teuer.

- Das Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) steht weltweit auf Platz elf der Neuerkrankungen an Krebs. Auch hier ist die Prognose für die Betroffenen in ärmeren Ländern schlechter und der zur Behandlung wichtige Wirkstoff Rituximab ist äußerst kostspielig.

- Das schon ältere Methotrexat wird sowohl bei NHL als auch bei der akuten myeloischen Leukämie (AML) benötigt.

- Gebärmutterhalskrebs kommt in Afrika viermal so häufig vor wie in Mitteleuropa, die Sterblichkeit ist sogar rund zehnmal so

## Klinische Studien zu welchen Erkrankungen? <sup>2</sup>



hoch.<sup>11</sup> Eine Früherkennung könnte die meisten Todesfälle verhindern. Die HPV-Impfung könnte die Erkrankungsrate deutlich senken. Beide Maßnahmen erreichen aber viel zu wenige Menschen – nicht zuletzt auch eine Kostenfrage.

Hohe Preise behindern in ärmeren Ländern den Zugang zu Arzneimitteln. Dabei sind die Produktionskosten gering und die Firmen erzielen mit Krebsmedikamenten bereits in den reichen Ländern Milliarden Gewinne. (JS)

- 1 WHO (2019) 21 List of essential medicines. Geneva
- 2 WHO (2018) Technical report: Pricing of cancer medicines and its impacts. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277190> [Zugriff 28.2.21]
- 3 Cherny NI et al. (2017) ESMO International Consortium Study on the availability, out-of-pocket costs and accessibility of antineoplastic medicines in countries outside of Europe. *Annals of Oncology*; 28, p 2633
- 4 Von den 24 Krebsmitteln auf der WHO Liste von 2015
- 5 Ausnahme in den untersuchten neun Ländern: In Malawi und Uganda waren  $\geq 2/3$  der Medikamente für die PatientInnen kostenlos.
- 6 In sechs von 16 Ländern musste (fast) alles vollständig selbst bezahlt werden, in drei  $>50\%$  der Kosten getragen werden.
- 7 Hill A et al. (2016) Target prices for mass production of tyrosine kinase inhibitors for global cancer treatment. *BMJ Open*; 6, p e009586. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009586>
- 8 Rebbeck TR (2020) Cancer in sub-Saharan Africa. *Science*; 367, p 27
- 9 WHO (2021) Factsheet breast cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-factsheet.pdf>
- 10 Das gilt für Hormonrezeptor-positive Erkrankungen.
- 11 WHO (2021) Factsheet Cervix uteri <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-factsheet.pdf>



# Äthiopien: Erste Schritte

## Schwieriger Ausbau der Versorgung

**In Äthiopien geht die wachsende Krebslast mit extremen finanziellen Bürden für PatientInnen einher. Der Staat versucht derweil, die schwachen Versorgungsstrukturen auszubauen.**

Äthiopien ist das Land mit der zweitgrößten Bevölkerung auf dem afrikanischen Kontinent (über 112 Mio.) und verzeichnet in jüngerer Zeit eine massive Zunahme der Krankheitslast durch NCDs, darunter besonders Krebs.<sup>1</sup> Die WHO geht für 2020 von über 77.000 neuen Krebsfällen aus, zwei Drittel betreffen Frauen. Über 51.000 Menschen starben laut der Organisation an Krebs.<sup>2</sup>

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart und für die Mehrheit der Betroffenen ein Todesurteil: Rund zwei Drittel der erkrankten Frauen sterben daran. National auffällig ist zudem die Häufung von Lymphomen. Non-Hodgkin-

Lymphome sind besonders bei Männern wesentlich häufiger als im globalen Mittel. Bei der Inzidenz der chronischen myeloischen Leukämie liegt Äthiopien sogar weltweit in der Spitzengruppe.<sup>3</sup>

Das äthiopische Gesundheitsministerium konstatierte 2019, dass jährlich 6.000 Krebsfälle bei Kindern registriert und nur 20% von ihnen geheilt werden.<sup>4</sup> Zum Vergleich: Das Deutsche Kinderkrebsregister wies im Jahresbericht 2019 national 2.255 Fälle aus, bei einer prognostizierten Überlebensrate von über 80%.<sup>5</sup>



### Selten verfügbar, noch seltener bezahlbar

Äthiopien ist eines der ärmsten Länder der Welt. Der Chirurg Dr. Tariku Wakuma Kenea beschreibt die schwierige Situation: „Krebsmedikamente sind besonders auf dem Land sehr teuer, zugleich ist die Verfügbarkeit sogar in den zentralen Regionen Äthiopiens ein großes Problem. Manchmal bekommt man selbst in Addis Abeba für die Chemotherapie nicht alle notwendigen Präparate zusammen.“<sup>6</sup> Die Finanzhürden stellen sich bereits bei älteren Präparaten: „Nimm das simple Tamoxifen – es kostet pro Monat 1.000 äthiopische Birr. Das entspricht rund 25 US\$ und ist damit für die Mütter, die es benötigen, sehr teuer. Viele können sich das nicht leisten.“

Die massiven finanziellen Belastungen spiegeln sich in dem Bericht einer Patientin wider, mit der die Pharma-Kampagne im Austausch stand.<sup>7</sup> Wegen Magenkrebs wurde sie in der Hauptstadt, über 600 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt, operiert. In der Folge wurden ihr zwölf Sitzungen Chemotherapie verordnet. Einen Teil der dafür benötigten Präparate erhielt sie über das Krankenhaus, den anderen musste sie selbst in der Apotheke besorgen. Insgesamt beliefen sich ihre Ausgaben pro Sitzung auf 7.300 äthiopische Birr (rund 175 US\$) – mehr als das Doppelte ihres Monatseinkommens. Mit weiteren Ausgaben (Aufnahmegebühren, Krankenhausbett, Tests etc.) lagen allein die direkten Kosten am Ende bei insgesamt mindestens 135.000 äthiopischen Birr (rund 3.250 US\$). Wie die Patientin berichtete, ist dies der Preis eines Hauses in ländlicher Gegend. Zugleich fehlt das Geld der nächsten Generation. Ohne Spenden von Bekannten und Verwandten aus dem In- und Ausland wäre es nicht gegangen. Die Patientin verstarb kurz vor Abschluss des Chemotherapie-Zyklus.

### Schwieriger Beginn

Krebsbehandlungen können in Äthiopien ganze Familien in den Ruin stürzen. Die staatlich lancierten „Community-based Health Insurances“, die auch Krebs abdecken würden,

stecken noch im Aufbau.<sup>8</sup> Doch es gibt zumindest Lichtblicke. So wurde 2015 erstmals eine nationale Krebskontroll-Strategie verabschiedet. Zugleich sollen geringe Kapazitäten personell und technologisch erweitert werden.

2019 hatte Äthiopien lediglich ein funktionierendes Bestrahlungsgerät, für das die Wartezeit bei einem Jahr lag.<sup>9</sup> Neben der Anschaffung neuer Geräte und dem Aufbau von Screening-Kapazitäten werden laut Angaben des Gesundheitsministeriums in vier Regionen zusätzliche Behandlungszentren aufgebaut.<sup>10</sup> Eine Dezentralisierung ist besonders wichtig, da trotz Urbanisierung noch fast 80% der Bevölkerung auf dem Land lebt. (MK)

- 1 Girum T et al. (2020) The burden of non-communicable diseases in Ethiopia, 2000-2016: Analysis of evidence from Global Burden of Disease Study 2016 and Global Health Estimates 2016. *International Journal of chronic diseases*; 3. <https://doi.org/10.1155/2020/3679528>
- 2 WHO (2021) Factsheet Ethiopia 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/231-ethiopia-fact-sheets.pdf> [Zugriff am 26.3.2021]
- 3 Dong Y et al. (2020) Leukemia incidence trends at the global, regional and national level between 1990 and 2017; *Experimental Hematology & Oncology*; 9. <https://doi.org/10.1186/s40164-020-00170-6>
- 4 Tessema S (2019) Ethiopia faces steep odds in managing childhood cancer. [www.aa.com.tr/en/africa/ethiopia-faces-steep-odds-in-managing-childhood-cancer/1545119](http://www.aa.com.tr/en/africa/ethiopia-faces-steep-odds-in-managing-childhood-cancer/1545119) [Zugriff am 26.3.2021]
- 5 Deutsches Kinderkrebsregister (2020) Jahresbericht 2019 (1980-2018). [www.kinderkrebsregister.de/dkk/ergebnisse/jahresberichte/jahresbericht-2019.html](http://www.kinderkrebsregister.de/dkk/ergebnisse/jahresberichte/jahresbericht-2019.html) [Zugriff am 9.4.2021]
- 6 Schriftlicher Austausch mit Dr. Tariku Wakuma Kenea vom 18.2.2021
- 7 Quelle vertraulich
- 8 Kasahun G et al. (2020) Catastrophic healthcare expenditure and coping strategies among patients attending cancer treatment services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*; 20 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09137-y>
- 9 IAEA (2019) Ethiopia gears up for increased cancer control with new equipment, training and smooth licensing. [www.iaea.org/newscenter/news/ethiopia-gears-up-for-increased-cancer-control-with-new-equipment-training-and-smooth-licensing](http://www.iaea.org/newscenter/news/ethiopia-gears-up-for-increased-cancer-control-with-new-equipment-training-and-smooth-licensing) [Zugriff am 26.3.2021]
- 10 ENA (2020) Construction of 6 cancer treatments centers underway: Ministry of Health. [www.ena.et/en/?p=18042](http://www.ena.et/en/?p=18042) [Zugriff am 26.3.2021]

# Tansania: Bedrohlicher Trend

## Sozio-ökonomischer Wandel in Aktion

**Das Beispiel Tansanias verdeutlicht, welche Dynamiken die Krebszahlen vielerorts hochtreiben. Dieser Wandel bringt zudem neue Finanzierungsprobleme mit sich.**

Für 2020 verzeichnet die WHO über 40.000 neue Krebsfälle und fast 27.000 Todesfälle in Tansania, bei einer Gesamtpopulation von knapp 60 Mio. Menschen.<sup>1</sup> Das ist zwar deutlich weniger als beispielsweise in Deutschland, aber angesichts der jüngeren Bevölkerung und vielen unerkannten Krebsfälle besorgniserregend. Tansania weist zudem eine der weltweit höchsten Inzidenzen bei Gebärmutterhalskrebs auf, verbunden mit hoher Mortalität.<sup>2</sup> Über 3.500 Krebserkrankungen kamen 2020 bei Kindern vor – mehr als doppelt so viele wie in Südafrika, das eine ähnliche Bevölkerungsgröße aufweist.

**Demographie und Urbanisierung treiben an** Sozio-ökonomische Umwälzungen verschärfen die Lage zusätzlich. In kaum ei-

nem Staat wächst die Bevölkerung so schnell wie in Tansania und gleichzeitig steigt die Lebenserwartung. In dem Land vollzieht sich zudem eine der intensivsten Urbanisierungsdynamiken Afrikas, die vor allem kleine und mittlere Städte erfasst: Zwischen 2020 und 2050 könnte sich so die städtische Bevölkerung von 15 auf 60 Millionen Menschen vervierfachen.<sup>3</sup> Damit verändern sich auch die Lebensweisen. Lokale Studien zeigen z.B. veränderte Ernährungsmuster, die sich auch negativ auf das Krebsrisiko auswirken können.<sup>4</sup>

Der Onkologe Dr. Oliver Henke arbeitet für Mission Eine Welt im tansanischen Kilimanjaro Christian Medical Centre. Außerdem leitet er die AG „Global Oncology“ am Institut für Global Health der Uniklinik Bonn. Die





Entwicklung bei Krebs in Tansania sieht er mit großer Sorge: „Die Fallzahlen werden in den kommenden Jahren rasch ansteigen. Ein Grund ist dabei auch die verbesserte Diagnostik. Fehldiagnosen wie zum Beispiel ‚Magengeschwür‘ oder ‚Tuberkulose‘ können sich dann eben doch als Magenkrebs oder Lungenkrebs herausstellen. Was uns immer wieder erstaunt, sind die vielen sehr jungen PatientInnen mit weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen ohne entsprechende familiäre Vorbelastung.“<sup>5</sup>

### Neue Präparate, neue Probleme

Nach einer Diagnose ist die Krebsbehandlung in Tansania theoretisch kostenlos. In der Praxis entstehen für PatientInnen jedoch oft hohe Kosten, auch durch Medikamente.<sup>6</sup> In den Krankenhäusern sind wichtige Präparate regelmäßig nicht vorrätig. Recherchen der Pharma-Kampagne ergaben, dass 2020 selbst in der Hauptstadt teils monatelang Bestandslücken klafften, etwa bei Methotrexat.<sup>7</sup> In solchen Fällen werden PatientInnen an private Geschäfte verwiesen, um die fehlenden Präparate zu kaufen.<sup>8</sup> In Apotheken oder ähnlichen Verkaufsstellen sind die Preise aber nicht reguliert, daher hoch und starken Variationen unterworfen.<sup>9</sup>

Neuere Therapien bringen deutlich höhere finanzielle Belastungen mit sich. Vor allem der Einsatz von Antikörpern wie Rituximab und Trastuzumab ist teuer. So stellt Dr. Henke fest: „Beim Einsatz von Antikörpern kommt man hier schnell auf um die 1.000 US\$ pro Gabe. Da mehrere Gaben erforderlich sind, meist acht bis neun, ist dies außerhalb der Reichweite der meisten PatientInnen.“<sup>6</sup> Schätzungsweise lebt noch um die Hälfte der tansanischen Bevölkerung unterhalb der internationalen Armutsgrenze von 1,90 US\$ pro Tag.<sup>10</sup>

### Ambitionierte Pläne

Gebärmutterhalskrebs ist in Tansania mit Abstand die häufigste Ursache für Krebsstod,<sup>1</sup> in Deutschland rangiert diese Krebsart nicht einmal unter den ersten 20.<sup>11</sup> Neue

Impulse kamen durch einen WHO-Plan von 2020, in dem sich 194 Länder das langfristige Ziel setzten, die Krankheit zu eliminieren. Schwerpunkte sind darin eine frühere Diagnose durch Screening, Zugang zur Behandlung und Vorbeugung.<sup>12</sup>

Schon seit 2018 erhalten junge Frauen in Tansania HPV-Impfungen, die WHO-Initiative soll das Programm stark ausweiten. Bei der Impfkampagne ist die Public-Private-Partnership GAVI maßgeblich involviert. Doch Tansania wird im Zuge einer vorgegebenen „Transition“ künftig deutlich mehr für diese Impfstoffe aufwenden müssen.<sup>13</sup> (MK)

- 1 WHO (2021) Factsheet United Republic of Tanzania. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/834-tanzania-united-republic-of-factsheets.pdf> [Zugriff 18.3.2021]
- 2 WHO (2020) Costing the National Response to Cervical Cancer: United Republic of Tanzania, 2020-2024. [www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/tanzania-cxca-costing-report-20201113.pdf?sfvrsn=52dfo4eb\\_4](http://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/tanzania-cxca-costing-report-20201113.pdf?sfvrsn=52dfo4eb_4) [Zugriff 14.3.2021]
- 3 Agergaard J et al. (2021) Between village and town: Small-town urbanism in Sub-Saharan Africa. Sustainability; 13
- 4 Temba G et al. (2021) Urban living in healthy Tanzanians is associated with an inflammatory status driven by dietary and metabolic changes. Nature Immunology; 22, p 287
- 5 Schriftlicher Austausch mit Dr. Oliver Henke vom 23.3.2021.
- 6 Kohi T et al. (2019) Cancer-related concerns and needs among young adults and children on cancer treatment in Tanzania: a qualitative study. BMC Cancer; 19, p 82
- 7 Quelle vertraulich
- 8 Mackintosh M et al. (2018) Rethinking health sector procurement as developmental linkages in East Africa. Social Science & Medicine; 200, p 182
- 9 Kirua R et al. (2020) Prices of medicines for the management of pain, diabetes and cardiovascular diseases in private pharmacies and the national health insurance in Tanzania. International Journal of Equity in Health; 19
- 10 Weltbank (2019) Tanzania Mainland Poverty Assessment. [www.nbs.go.tz/nbs/takwimu/hbs/Tanzania>Mainland\\_Poverty\\_Assessment\\_Report.pdf](http://www.nbs.go.tz/nbs/takwimu/hbs/Tanzania>Mainland_Poverty_Assessment_Report.pdf) [Zugriff 19.3.2021]
- 11 WHO (2021) Factsheet Germany. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/276-germany-factsheets.pdf> [Zugriff 19.3.2021]
- 12 WHO (2020) A cervical-cancer free future: First-ever global commitment to eliminate a cancer. [www.who.int/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer](http://www.who.int/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer) [Zugriff 19.3.2021]
- 13 WHO (2020) Costing the national response to cervical cancer: United Republic of Tanzania, 2020-2024. [www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/tanzania-cxca-costing-report-20201113.pdf?sfvrsn=52dfo4eb\\_4](http://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/tanzania-cxca-costing-report-20201113.pdf?sfvrsn=52dfo4eb_4) [Zugriff 19.3.2021]



## Ecuador: Fortschritt trotz Gegenwind

### Umfangreiche Versorgung mit Nebenwirkungen

**Ecuador strebt nach universaler Gesundheitsversorgung. Das kommt auch KrebspatientInnen zugute. Doch steigende Kosten und Widerstand von Pharma-Firmen bereiten Probleme.**

In Ecuador ist Brustkrebs die häufigste Krebsform. Die meisten Todesopfer gibt es aber bei Magenkrebs.<sup>1</sup> Ein Grund für sein starkes Vorkommen liegt in der weiten Verbreitung von Infektionen mit *Helicobacter pylori*.<sup>2</sup> Der Andenstaat hat zudem eine der weltweit höchsten Inzidenzen bei Schilddrüsenkrebs.<sup>3</sup>

Ecuador gilt als Land mittleren Einkommens, weist allerdings gravierende soziale Ungleichheiten auf. Vor diesem Hintergrund war die Verabschiedung einer neuen Verfassung 2008 wichtig, die das Menschenrecht auf Gesundheit hervorhebt und sich an der universalen Gesundheitsversorgung für alle orientiert.<sup>4</sup>

Eine nationale Besonderheit stellt die zentrale Rolle der Sociedad de Lucha contra el Cáncer de Ecuador (SOLCA) dar. Sie wurde 1951 als private Non-Profit-Organisation gegründet und versorgt für den öffentlichen Sektor einen maßgeblichen Anteil der KrebspatientInnen.<sup>5</sup>

#### **Medikamentenkosten: Ein hartnäckiges Problem**

Im privaten Gesundheitssektor sind hohe Zuzahlungen von PatientInnen an der Tagesordnung. Im öffentlichen Sektor ist das anders: Seit 2008 sind Krebspräparate von der nationalen Liste unentbehrlicher Medikamente für PatientInnen kostenlos und Krankenhäuser dürfen festgelegte Preise im Einkauf nicht überschrei-

ten.<sup>6</sup> Die Liste umfasst zudem zielgerichtete Therapien wie Rituximab oder Trastuzumab. Allerdings sind wichtige ältere Präparate wie Cyclophosphamid mitunter nur schlecht oder gar nicht verfügbar, wie offizielle Angaben zu fehlenden Lagerbeständen bei Medikamenten (Stock-Outs) zeigen.<sup>6</sup>

Carlos Durán, der am Julius Center der Uniklinik Utrecht forscht und zwei Jahre Vize-Gesundheitsminister in Ecuador war, erklärt: „Bereits 2010-2014 haben sich die staatlichen Ausgaben für Krebspräparate mehr als verdoppelt [2014: über 40 Mio. US\$]. Triebfeder ist der vermehrte Einsatz von zielgerichteten Therapien. Parallel werden wichtige ältere Medikamente vom Markt genommen. Die Kostenexplosion bei neuen Krebspräparaten kann die finanzielle Stabilität des gesamten Versorgungssystems gefährden. Währenddessen sind andere wichtige Aspekte der Krebs-Kontrolle im Land, etwa die palliative Versorgung, weiterhin nicht vollständig implementiert.“<sup>7</sup>

### Geschichte wiederholt sich

Staatliche Versuche, beim Einkauf für zwei Jahre zu sparen, erfuhren zudem starken Gegenwind. Ein Beispiel war das juristische Tauziehen um Bevacizumab, ein Antikörper der gegen verschiedene Krebsarten eingesetzt wird. Das Medikament ist einer der „Blockbuster“ von Roche: Allein 2018 erzielte die Firma damit weltweit einen Jahresumsatz von rund sieben Milliarden US\$.<sup>8</sup> Roche versuchte, die Verwendung eines deutlich günstigeren Biosimilars im öffentlichen Sektor Ecuadors zu torpedieren. Gegen den Einsatz eines Biosimilars von Trastuzumab ging man ebenfalls juristisch vor.

Carlos Durán stellt fest: „Beide Fälle ähneln sich frappierend. Jeweils versuchte die Firma ihr Monopol aggressiv zu sichern, vor allem durch rechtliche Schritte gegen mögliche Wettbewerber, ohne Rücksicht auf Nachteile für die staatliche Versorgung und unterstützt von starkem Lobbydruck.“<sup>7</sup>

### Kein Einzelfall

Ecuador ist kein Einzelfall in Lateinamerika. Bis 2030 könnten die Krebszahlen in Südamerika um 35% und in Zentralamerika und Mexiko um 42% steigen.<sup>9</sup> Schon jetzt wachsen in der Region einerseits die staatlichen Kosten, während andererseits Versorgungslücken bleiben.

Allein in Brasilien blühte sich der Einkauf von Krebspräparaten zwischen 2006 und 2013 von fast 78 Millionen auf über 1,5 Milliarden US\$ auf.<sup>10</sup> In Mexiko wiederum sind zwar einige ältere Präparate wie Methotrexat und Tamoxifen im öffentlichen Sektor überwiegend verfügbar und bezahlbar, neuere dagegen nicht.<sup>11</sup>

Die steigende finanzielle Belastung der Versorgungssysteme hat regional auch die Debatte um Zwangslizenzen neu befeuert. Jene sind in der Vergangenheit gerade in Ecuador häufiger angewendet worden, auch bei Krebspräparaten. (MK)

- 1 WHO (2021) Factsheet Ecuador. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-factsheets.pdf> [Zugriff 30.3.2021]
- 2 Tarupi W et al. (2019) Stagnation in decreasing gastric cancer incidence and mortality in Quito: time trend analysis, 1985-2013. *Journal of cancer epidemiology* <https://dx.doi.org/10.1155/2019/1504894>
- 3 López Gavilanez et al. (2020) Thyroid cancer in Ecuador. *BMC Cancer*; 20, p 637
- 4 Aldulaimi S & Mora F (2017) A primary care system to improve health care efficiency: lessons from Ecuador. *Journal of the American board of family medicine*; 30, p 380
- 5 Corral F et al. (2018) Trends in cancer incidence and mortality over three decades in Quito – Ecuador. *Colombia Médica*; 49, p 35
- 6 Durán C et al. (2018) Sharp rise in the expenditures of targeted drugs in Ecuador: five-year (2010–2014) consumption of oncologic drugs in public and private hospitals. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*; 9, p 175
- 7 Schriftlicher Austausch mit Carlos Durán am 15.4.21
- 8 Medscape (2019) Arzneimittel-Ranking 2018. <https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4907760> [Zugriff 31.3.2021]
- 9 Ruiz R et al. (2017) Improving access to high-cost cancer drugs in Latin America: Much to be done. *Cancer*; 123, p 1313
- 10 Chama Borges Luz T et al. (2017) Trends in medicines procurement by the Brazilian federal government from 2006 to 2013. *Plos One*; 12, p e0174616
- 11 Moye-Holz D et al. (2020) Availability, prices, and affordability of selected essential cancer medicines in a middle-income country – the case of Mexico. *BMC Health Services Research*; 20, p 424



# Indien: Fruchtllose Reformen

## Mangelhafte Gesetze für PatientInnen nutzlos

**In Indien sind Krebsbehandlungen unerschwinglich teuer - trotz lokaler Pharmaproduktion und Versuchen der Preisregulierung.**

Indien weist als gesellschaftlich höchst diverses Land auch bei Krebs eine große Heterogenität auf. Daten des nationalen Krebsregisters dokumentieren etwa für den Distrikt Aizawl eine siebenmal höhere Krebsinzidenz als für den Distrikt Osmanabad.<sup>1</sup> Bei Männern ist Lungenkrebs in Metropolen und südlichen Regionen am häufigsten, in den zentralen und westlichen Regionen jedoch Mundhöhlenkarzinome, in den nordöstlichen wiederum Speiseröhren- oder Magenkrebs.<sup>1</sup> Bei Frauen beunruhigt vor allem die Zunahme von Brustkrebs – dies gilt besonders für urbane Regionen, während in ländlichen Gegenden Gebärmutterhalskrebs immer noch häufiger ist.<sup>2</sup> Leukämien und Lymphome sind bei Kindern das größte Problem: Weit über die Hälfte der kleinen PatientInnen stirbt innerhalb von fünf Jahren.<sup>3</sup>

### Wer zahlt? Theorie und Praxis

Wie in vielen Ländern Asiens, etwa Pakistan, Kambodscha und Nepal, müssen Menschen auch in Indien sogar relativ günstige, generische Krebspräparate de facto oft aus eigener Tasche zahlen.<sup>4</sup> In einer 2021 veröffentlichten Studie wurde das jährliche Pro-Kopf-Einkommen der ärmsten 20% der indischen Gesellschaft allerdings auf nicht einmal 360 US\$ geschätzt.<sup>5</sup> Zwar sollte die Krebsbehandlung in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eigentlich kostenlos sein, aber durch die schlechte Situation vieler staatlicher Krankenhäuser sind PatientInnen häufig gezwungen, Medikamente selbst zu erwerben oder in private Kliniken zu wechseln.

Die hohe finanzielle Bürde für Betroffene erscheint paradox. Denn zum einen hat Indien





eine leistungsfähige Pharma-Industrie. Zum anderen gab es durchaus politische Vorstöße, die auch hohe Preise für Krebsmedikamente ins Visier nahmen.

### Reformen laufen ins Leere

Bereits in den Jahren 2012 und 2013 führte die indische Regierung, auch unter anhaltendem Druck der Pharma-Industrie, Preisreformen durch. Diese hatten aufgrund massiver Schwachstellen letztlich aber nur geringe positive Effekte für KrebspatientInnen. Als ein Grundproblem stellte sich z.B. der von den Firmen forcierte Paradigmenwechsel hin zu marktbasierter Preisbildung heraus.<sup>6</sup> 2019 wiederum zielte ein neues Gesetz direkt auf 42 meist sehr hochpreisige Krebsmedikamente. Doch auch hier liefen die staatlichen Bemühungen größtenteils ins Leere, da man primär auf den Aspekt der Handelsmarge fixiert war.<sup>6</sup>

So konstatiert Sudip Chaudhuri, emeritierter Professor des Indian Institute of Management in Kalkutta: „Trotz der Deckelung bei ausgewählten Krebsmedikamenten sind deren Kosten weiterhin hoch – sie sind letztlich unbezahlbar geblieben.“<sup>7</sup> Denn mittlerweile können zwar die Preise für Präparate mit gleichem Wirkstoff stark variieren, allerdings eben noch immer auf problematischem Niveau. Eine einzige 400 Milligramm Ampulle Trastuzumab kann zwischen knapp 36.000 Rupien (rund 480 US\$) und über 63.000 (rund 840 US\$) kosten.<sup>6</sup> Ähnlich große Differenzen finden sich z. B. bei Rituximab.

Großes Potenzial für Einsparungen sehen AnalystInnen im verstärkten Einsatz von Generika und Biosimilars, wie sie etwa schon für Rituximab und Trastuzumab existieren.<sup>8</sup> „Es ist wichtig, einerseits die Preise patentierter Medikamente besser zu regulieren“, so Chaudhuri. „Aber um die Produktion von Biologika zu stärken und den Wettbewerb zu intensivieren, müssen regulatorische Hürden gesenkt werden, um generischen Firmen den Markteintritt zu erleichtern. Dagegen

gibt es allerdings starke Widerstände von Interessengruppen.“

### Blick über die Grenze

Einen interessanten Kontrast bietet der Blick auf den Nachbarn Bangladesch, ebenfalls ein Land mit boomender Pharmaindustrie. Aufgrund seiner Zugehörigkeit zur Gruppe der sogenannten Least Developed Countries (LDCs) muss es – im Gegensatz zu Indien – trotz Mitgliedschaft in der Welthandelsorganisation keine Pharma-Patente akzeptieren.

Entsprechend ist der lokale Markt deutlich kompetitiver und Firmen vor Ort bieten viele Krebspräparate zu deutlich geringeren Preisen an.<sup>9,10</sup> Eine Dreiwochen-Dosis von Pertuzumab (420 Milligramm) beispielsweise, das mit Trastuzumab gegen Brustkrebs eingesetzt werden kann, kostete in Bangladesch nur rund ein Fünftel des indischen Preises. Die jährlichen Kosten der Behandlung entsprechen in Indien 16 Jahresgehältern der niedrigsten Lohngruppe im Staatsdienst.<sup>10</sup> (MK)

- 1 Mathur P et al. (2019) Cancer statistics, 2020: Report from National Cancer Registry Programme, India. *JCO Global Oncology*; 6, p 1063
- 2 Maurya A, Brahmachari S (2020) Current status of breast cancer management in India. *Indian Journal of Surgery*; published online
- 3 Faruqi N et al. (2019) Evaluating access to essential medicines for treating childhood cancers. *BMJ Global Health*; 4, p e001379 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001379>
- 4 Eniu A et al. (2019) Cancer medicines in Asia and Asia-Pacific: What is available, and is it effective enough? *ESMO Open*; 4, p e000483 <http://dx.doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000483>
- 5 Hindustan Times (2020) Number theory: How much does an average Indian earn? [www.hindustantimes.com/india-news/number-theory-how-much-does-an-average-indian-earn-101610760612856.html](http://www.hindustantimes.com/india-news/number-theory-how-much-does-an-average-indian-earn-101610760612856.html) [Zugriff am 04.03.21]
- 6 Chaudhuri S (2019) How effective has been government measures to control prices of anti-cancer medicines in India? Centre for Development Studies; Working Paper 490
- 7 Schriftlicher Austausch mit Sudip Chaudhuri am 5.3.2020
- 8 Natarajan A et al. (2020) Economic perspective of cancer treatment in India. *Medical Oncology*; 37, <http://dx.doi.org/10.1007/s12032-020-01424-3>
- 9 Chaudhuri S (2020) Evolution of the pharmaceutical industry in Bangladesh (1982 to 2020) Centre for Development Studies; Working Paper 495
- 10 Chaudhuri S (2019) Are medicine prices high and unaffordable after TRIPS? Evidence from pharmaceutical industry in India. *Commentary on India's Economy and Society Series*; 10



# Südafrika: Wehrhafte PatientInnen

## Krebs-Aktivismus auf den Spuren der Aids-Bewegung

**In Südafrika wiederholt sich Geschichte: AktivistInnen machen gegen teure Medikamente mobil. Dabei geht es um tiefgehende Ungerechtigkeiten, national wie international.**

2030 werden nicht-übertragbare Erkrankungen in Südafrika voraussichtlich die häufigste Todesursache sein.<sup>1</sup> Bereits 2018 verzeichnete das Land über 57.000 Krebstote jährlich, bei über 107.000 neu registrierten Fällen.<sup>2</sup> Bedeutsam ist dabei auch die nationale HIV-Situation. 2019 lebten 7,5 Millionen Menschen mit dem Virus, die meisten von ihnen Frauen.<sup>3</sup> Entsprechend häufig sind Krebsformen, bei denen Infektionskrankheiten eine Rolle spielen, etwa Lymphome. Die Versorgung hinkt jedoch hinterher.

### Ungesunde Ungleichheit

Viele politische Kämpfe der Aids-Bewegung spiegeln sich in den zivilgesellschaftlichen Bemühungen für eine bessere Krebsver-

sorgung. Eine Parallele ist die hartnäckige Forderung nach einer grundlegenden Reform des nationalen Patentsystems. So konstatiert das NGO-Bündnis *Fix The Patent Laws!*: „Während die Schlacht um bessere HIV-Behandlung in Südafrika gewonnen wurde, ging der Kampf um den allgemeinen Zugang zu Medikamenten verloren.“<sup>4</sup> Die Kritik entzündet sich vor allem daran, dass der Staat Patente leichtfertig erteilt und schädliche Pharma-Taktiken wie das sogenannte „Evergreening“ nicht eingedämmt werden.<sup>5</sup>

Bereits die Aids-Bewegung lenkte den Blick auf nationale und globale Ungerechtigkeiten. Südafrika zählt noch heute zu den Ländern mit den größten Einkommensunterschieden

weltweit. Vor allem „People of Color“ haben im Schnitt niedrigere Einkommen und sind höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt.<sup>6</sup> Ein Großteil der Pharma-Firmen, deren Produkte schwer zugänglich sind, sitzt weiterhin im globalen Norden.

### **Brustkrebs im Fokus**

Brustkrebs-AktivistInnen hatten in den vergangenen Jahren die lauteste Stimme in der zivilgesellschaftlichen Arbeit zu Krebs in Südafrika. Denn während die Fünfjahres-Überlebensrate für Frauen mit Brustkrebs z.B. in den USA auf 90% kommt, liegt sie in Südafrika nur bei 40%.<sup>7</sup> Abseits der dramatischen Zahlen haben aber auch individuelle Schicksale die Öffentlichkeit für das Thema mobilisiert. Der lange Kampf der Brustkrebspatientin und Aktivistin Tobeka Daki gegen ihre Krankheit und die horrenden Behandlungskosten rückte speziell den Wirkstoff Trastuzumab in den Fokus.

Tobeka Daki starb 2016 an Brustkrebs – Trastuzumab war für sie nicht zugänglich. Noch bis Ende 2019 war der Wirkstoff in Südafrika lediglich durch Roche verfügbar, unter den Handelsnamen Herceptin® und Herclon®. Anfang 2019 kostete ein Behandlungszyklus mit Herclon® in öffentlichen Krankenhäusern rund 117.500 südafrikanische Rand (über 8.100 US\$).<sup>8</sup> Herceptin® (intravenös) war im privaten Sektor für rund 342.000 Rand verfügbar (fast 24.000 US\$).<sup>8</sup> Roche hatte Konkurrenz lange durch Folgepatente vom Markt ferngehalten. Erst Ende 2019 gelangte das Biosimilar eines Mitbewerbers auf den Markt. Roche senkte daraufhin den Preis für Herceptin® um mehr als 50%. Salomé Meyer von der südafrikanischen NGO Cancer Alliance konstatiert ein- einhalb Jahre später: „Der Biosimilar-Preis liegt bei 4.950 Rand (rund 342 US\$), so dass der öffentliche Sektor zuletzt fast doppelt so viel einkaufen und mehr Frauen versorgen konnte. Gerechter Zugang herrscht aber immer noch nicht, da auf Provinz-Ebene weiterhin Probleme mit der Finanzierung dieser Behandlungen existieren.“<sup>9</sup>

### **Komplexe Zugangshürden**

Bei Rituximab hatte Roche lange ein vergleichbares Monopol inne, mit ähnlichen Konsequenzen.<sup>10</sup> Aber auch andere Hersteller rückten wegen ihrer Preispolitik in den Fokus der AktivistInnen, etwa beim Wirkstoff Lenalidomid, der gegen verschiedene Myelome eingesetzt werden kann (Patentinhaber: Celgene), und bei Sorafenib, das u.a. bei fortgeschrittenem Leber- oder Nierenkrebs Anwendung findet (Patentinhaber: Bayer). Patentgeflechte behindern den nationalen Wettbewerb, halten die Preise hoch und limitieren vor allem im öffentlichen Sektor den Zugang zu teuren Präparaten.<sup>11</sup> Doch auch beim Zugang im privaten Sektor zeigen sich Probleme. Andy Gray, Senior Lecturer an der Universität von KwaZulu-Natal in Durban, hebt insbesondere die unübersichtliche Lage bei privaten Krankenversicherungen hervor: „Es gibt für fast neun Millionen Personen 78 medizinische Versicherungspläne. Jeder Plan beinhaltet andere Leistungsoptionen und kann den Zugang zur Behandlung beeinflussen, besonders außerhalb von Krankenhäusern. Dies kann einen entscheidenden Unterschied machen, wenn es um teure Krebsmedikamente geht.“<sup>12</sup>

Selbst bei günstigen Präparaten kann es zu Zugangsschwierigkeiten kommen, das zeigte abermals das Jahr 2020. Damals gab es in Südafrika plötzlich Versorgungsengpässe bei Tamoxifen. Salomé Meyer erinnert sich: „Tamoxifen ist quasi das ‚täglich Brot‘ in der Brustkrebs-Versorgung. Die Versorgungslücke damals hat weltweit den Blick darauf gelenkt, dass viele ältere Krebspräparate oft nicht verfügbar sind.“<sup>9</sup> Die Cancer Alliance verweist dabei u. a. auf das Problem von Lücken in der globalen Lieferkette für bestimmte Wirkstoffe.<sup>13</sup> (MK)

1 Cowan E et al. (2020) Understanding non-communicable diseases: combining health surveillance with local knowledge to improve rural primary health care in South Africa. *Global Health Action*; 14 <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1852781>



- 2 WHO (2020) Cancer Country Profile South Africa. [www.iccp-portal.org/system/files/plans/ZAF\\_2020.pdf](http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ZAF_2020.pdf) [Zugriff am 15.3.2021]
- 3 Avert (2020) HIV and Aids in South-Africa. [www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/south-africa](http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/south-africa) [Zugriff am 9.3.2021]
- 4 Fix the patent laws! (2020) Why fix the patent laws? [www.fixthepatentlaws.org/why-fix-the-patent-laws/](http://www.fixthepatentlaws.org/why-fix-the-patent-laws/) [Zugriff am 12.3.2021]
- 5 Vawda Y, Baker B (2020) COVID-19: The time for procrastination is over. [www.spotlightnsp.co.za/2020/04/20/covid-19-the-time-for-procrastination-over-patents-is-over/](http://www.spotlightnsp.co.za/2020/04/20/covid-19-the-time-for-procrastination-over-patents-is-over/) [Zugriff am 10.3.2021]
- 6 Gordon T et al. (2020) Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. BMC Public Health; 20, p 289
- 7 Cortes J et al. (2020) Enhancing global access to cancer medications. CA-Cancer J. Clin.; 70, p 105
- 8 Cancer Alliance (2019) Trastuzumab access in South Africa. <https://canceralliance.co.za/wp-content/uploads/2021/02/CA-trastruzumab-timeline2019-22novn.pdf> [Zugriff am 10.3.2021]
- 9 Schriftlicher Austausch mit Salomé Meyer am 16.3.2021
- 10 Cancer Alliance (2021) Factsheet Lymphoma. <https://canceralliance.co.za/wp-content/uploads/2021/02/CA-facts-lymphoma-2021-2febs.pdf> [Zugriff am 15.3.2021]
- 11 Fix the patent laws (2020) Key medicines. [www.fixthepatentlaws.org/key-medicines/](http://www.fixthepatentlaws.org/key-medicines/) [Zugriff am 15.3.2021]
- 12 Schriftlicher Austausch mit Andy Gray am 10.3.2021
- 13 Cancer Alliance (2020) Cancer treatment challenges during Covid-19. <https://cansa.org.za/cancer-treatment-challenges-during-covid-19/> [Zugriff am 15.3.2021]



# Was tun für einen besseren Zugang?

## Interview mit Ellen 't Hoen

**Die Anwältin und Expertin für Arzneimittelpolitik und geistige Eigentumsrechte engagiert sich seit über 30 Jahren für einen besseren Zugang zu Arzneimitteln weltweit. Wir sprachen mit ihr über die Zugangshürden bei Krebsmedikamenten und Auswege aus der Krise.**

*Ellen, du hast die Preishürden bei Krebsmedikamenten bereits vor Jahren in einem Bericht für OXFAM eingehend untersucht.<sup>1</sup> Was hat sich seither verändert?*

Diesen Bericht habe ich 2014 geschrieben. Schon damals war der Zugang zu Krebstherapien in armen Ländern ein Problem – und ist es immer noch. Im Grunde hat sich seither kaum etwas verändert. Was sich gewandelt hat, ist die Aufmerksamkeit, die das Thema bekommt. Die WHO hat z.B. Krebsmedikamente auf ihre Liste unentbehrlicher Arzneimittel (EML) gesetzt und einen Bericht zur Preisgestaltung bei Krebsmedikamenten veröffentlicht. Außerdem kamen in den letzten Jahren neue Therapien auf den Markt, etwa Zell- und Gen-basierte Behandlungen. Sie sind unerschwinglich, nicht nur für arme Länder, sondern auch für reiche Staaten. Bei den hohen Preisen für Krebstherapien handelt es sich also längst um ein globales Problem und nicht nur um ein Symptom des Nord-Süd-Gefälles.

*Sind Patente ein wichtiges Zugangshindernis?*

Für eine gute Behandlung und Versorgung braucht es viel mehr als nur Medikamente. Trotzdem spielen Patente bei einigen Therapien definitiv eine Schlüsselrolle. Ein Beispiel dafür ist Imatinib, ein Blutkrebs-Medikament, das überall dort sehr teuer verkauft wurde, wo Novartis exklusive Vermarktungsrechte hatte. In Indien, wo man der Firma das Patent verweigert hatte, kostete es nur einen Bruchteil. Das Medikament wurde auch in Südafrika patentiert und kann dort nur zu einem sehr hohen Preis vom Patentinhaber bezogen werden.

*Ellen F. M. 't Hoen leitete 10 Jahre lang die Access to Essential Medicines-Kampagne von Ärzten ohne Grenzen. Dann wechselte die Niederländerin zu UNITAID, etablierte den Medicines Patent Pool (MPP) und wurde dessen erste Geschäftsführerin. Sie hat internationale Organisationen und Regierungen beraten und arbeitet heute als Wissenschaftlerin am Medical Center der Universität Groningen, Niederlande. Gemeinsam mit anderen ExpertInnen betreibt Ellen 't Hoen außerdem die Website Medicines Law and Policy. 2020 wurde sie mit einem Orden des niederländischen Königshauses für ihre Verdienste um einen gerechten Zugang zu Arzneimitteln geehrt.*



© Emma Levy

Monopole werden aber nicht nur durch Patente geschaffen. Marktexklusivität kann auch entstehen, wenn ein Produkt den Status als Orphan Drug erhält. Solche Medikamente gegen Krankheiten, die nur eine kleine Gruppe von Menschen betreffen, bekommen z.B. in Europa oder in den USA sehr häufig exklusive Vermarktungsrechte. In der EU gilt dieses Monopol für zehn Jahre – selbst dann, wenn mit einem Orphan Milliardenumsätze erzielt werden.

*Zwangslizenzen werden als Mittel zur Preissenkung eher selten genutzt, obwohl sie in den TRIPS-Flexibilitäten vorgesehen sind. Gab es solche Vorstöße bei Krebsmedikamenten?*

Es ist nicht richtig, dass Zwangslizenzen selten eingesetzt wurden, um Preise zu drücken und den Zugang zu verbessern. Bei HIV zum Beispiel haben die Regierungen vieler

Länder von diesem Recht Gebrauch gemacht und kostengünstige Generika importiert – selbst wenn diese Therapien patentgeschützt waren. Es stimmt aber, dass Zwangslizenzen in anderen Bereichen nur sehr begrenzt genutzt wurden. Und wenn das geschah, betraf es meist Krebsmittel. Ich habe in unserer Datenbank zu TRIPS-Flexibilitäten 14 Fälle dokumentiert, in denen die Anwendung einer Zwangslizenz auf Krebsmedikamente geprüft wurde – in 10 Fällen wurde sie erteilt oder die Verfahren laufen noch.<sup>2</sup>

***Welche Länder haben sich bei Zwangslizenzen auf Krebsmittel hervorgetan und mit welchem Erfolg?***

Die Länder, die Zwangslizenzen auf Krebsmedikamente erteilt oder angedroht haben, waren Kolumbien, Ecuador, Indien, Korea, die Schweiz, Thailand, Großbritannien und Russland. Ecuador, Indien, Thailand und Russland haben die Zwangslizenz tatsächlich angewandt und dadurch den Preis der jeweiligen Therapien reduziert. Thailand hat die Effekte sehr detailliert dokumentiert.<sup>3</sup> Die Ausführungen belegen, dass sich der Zugang verbessert und die Anzahl der behandelten Personen zugenommen hat.

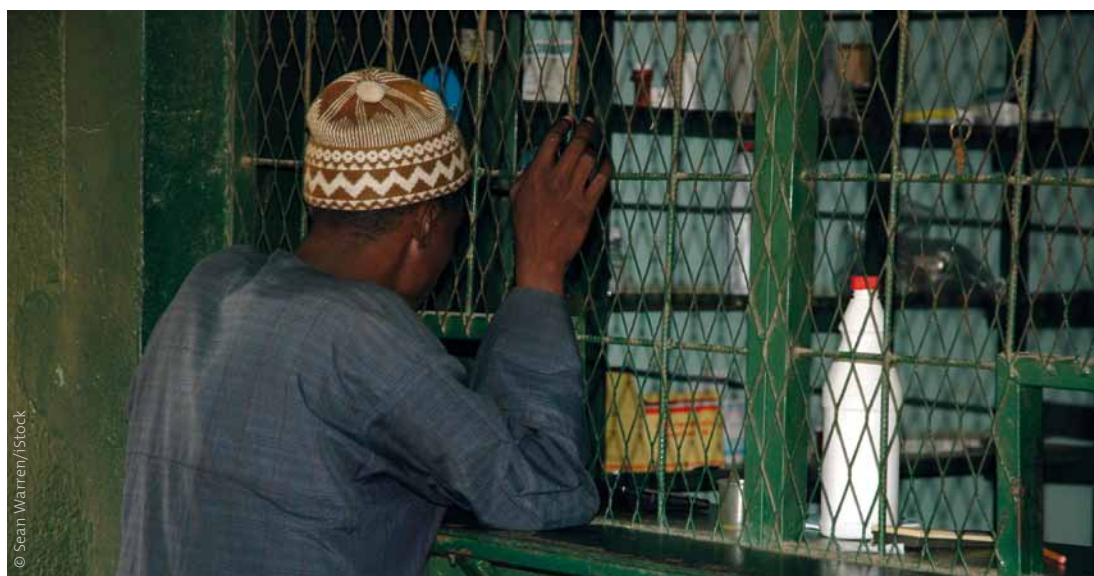
Zwölf Länder mit besonders geringem Einkommen (LDCs) berufen sich außerdem auf §7 der Doha-Erklärung zu TRIPS (LDC-Waiver) – eine Ausnahmeklausel, die für alle

Arzneimittel-Patente gilt. Das gäbe diesen Ländern das Recht, generische Krebsmittel verfügbar zu machen, selbst wenn die Medikamente im Land patentiert sind.

***Der Medicines Patent Pool hat vor allem bei HIV-Medikamenten dazu beigetragen, die Preise drastisch zu senken. Ist Krebs auch ein Aufgabenfeld für den MPP?***

Der Patent Pool hat vor einigen Jahren sein Mandat erweitert, um alle unentbehrlichen Arzneimittel einzuschließen, die patentiert sind, also auch Krebsmedikamente. 2019 wurde ein Rahmenplan veröffentlicht, der eine Methodologie vorgibt, um Arzneimittel-Kandidaten in neuen wichtigen Therapiebereichen zu identifizieren. Also jenseits von HIV, Hepatitis C und Tuberkulose, dem bisherigen Arbeitsbereich des Pools. Nach den Kriterien des neuen Rahmenplans genießen Arzneimittel, die bei Krebs, Diabetes oder Herzerkrankungen eingesetzt werden, Priorität für eine Lizenzierung durch den Pool.

Ich vermute, dass es wesentlich schwieriger wird, Lizenzen für Krebsmedikamente zu bekommen als für HIV-Therapien, weil es für die Firmen so hochprofitable Produkte sind. Ein anderes Problem ist, dass es für Krebs keinen zentralen Mechanismus wie den Global Fund gibt, der Geld für Aids, Malaria und Tuberkulose einsammelt. Mit anderen Worten: Es gibt nur eine sehr begrenzte





te Nachfrage, weil nur sehr wenige Länder diese Produkte bezahlen können – ganz zu schweigen von Individuen. Ich denke aber, dass die Nachfrage in Ländern mittleren Einkommens wachsen wird. Diese Staaten haben die medizinische Infrastruktur, um Krebstherapien durchzuführen, sind jedoch mehr und mehr mit den hohen Preisen für die Behandlung konfrontiert. Die WHO hat eine sehr nützliche Studie zur Preisgestaltung bei Krebsmedikamenten herausgegeben, die zeigt, dass es bei den meisten Therapien reichlich Spielraum für Preisreduzierungen gibt.<sup>4</sup> Denn erstens werden bei diesen Produkten die Investitionen in Forschung und Entwicklung sehr schnell wieder eingespielt. Zweitens ist die Herstellung weitaus billiger als es die hohen Preise vermuten lassen.

***Die WHO warnt seit Jahren vor der massiven Zunahme von Krebserkrankungen in armen Ländern. Was sollte sie tun, um den Zugang zu Therapien zu verbessern?***

Die Arbeit der WHO zu fairer Preisgestaltung ist wichtig – ganz besonders bei Krebsmedikamenten. Sie sollte deutlich machen, welche Krebsmittel eigentlich auf die EML gehören, sich dort aber wegen der unerschwinglichen Kosten nicht finden. Außerdem könnte die WHO eine Diskussion über neue Zell- und Gentherapien anstoßen. Die werden bisher als Produkte verkauft, sind aber im Grunde medizinische Behandlungen. Viele Patentgesetzgebungen schließen solche Therapieverfahren von der Patentierbarkeit aus. Und das könnte helfen, einige dieser neuen Therapien zu niedrigeren Preisen verfügbar zu machen. Manche Universitätskliniken, u.a. im globalen Süden, haben begonnen, Zelltherapien für ihre eigenen PatientInnen selbst herzustellen – zu einem Bruchteil des Preises, für den die Pharmafirmen diese Therapien anbieten. Das könnte ein Bereich für den Wissens- und Technologietransfer sein, auch von Süden nach Süden.<sup>5</sup>

***Und was könnte die deutsche Politik tun?***

Länder wie Deutschland oder die Niederlande sollten solche Diskussionen bei der WHO

unterstützen. Außerdem sollten sie Unternehmen und Forschungseinrichtungen, die öffentliche Gelder für die Entwicklung von Krebsmedikamenten erhalten, in die Pflicht nehmen: Sie müssten konkrete Pläne vorlegen, wie sie ihr Wissen und geistiges Eigentum mit Herstellern im globalen Süden teilen und die Produkte ihrer Forschung für Menschen in armen Ländern verfügbar machen wollen.

***Debatten um hohe Preise bei Krebsmedikamenten werden auch hierzulande geführt. Doch die extremen Versorgungslücken im globalen Süden bleiben unterbelichtet. Wie kann man das ändern?***

Ich hoffe, dass die globale Covid-19-Krise den Menschen deutlich macht, dass Gesundheit und Gesundheitsgefahren globale Themen sind, und dass wir weitaus mehr Solidarität brauchen, damit Menschen überall auf der Welt vom wissenschaftlichen Fortschritt im Gesundheitsbereich profitieren können. Wegen Covid-19 treten momentan andere Gesundheitsprobleme in den Hintergrund, aber das bedeutet nicht, dass sie verschwunden wären. Es bleibt zu hoffen, dass die wichtigen Erkenntnisse, die wir heute beim Thema globale Gesundheit gewinnen, nicht verloren gehen. Das könnte die Art und Weise, wie wir neue Therapien entwickeln und verfügbar machen, grundlegend verändern.

(Übersetzung: Claudia Jenkes)

- 1 't Hoen E (2014) Access to cancer treatment. A study of medicine pricing issues with recommendations for improving access to cancer medication [https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file\\_attachments/tr-access-cancer-treatment-inequality-040215-en.pdf](https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/tr-access-cancer-treatment-inequality-040215-en.pdf) [Zugriff 28.2.21]
- 2 Datenbank von Medicines Law and Policy zu TRIPS-Flexibilitäten: <https://medicineslawandpolicy.org/2018/11/new-database-documents-the-power-of-trips-flexibilities> [Zugriff 28.2.21]
- 3 Yamabhai I u.a. (2011) Assessing the implications of Thailand's government use licenses, issued in 2006-2008 [www.hitap.net/en/research/17635](http://www.hitap.net/en/research/17635) [Zugriff 28.2.21]
- 4 WHO (2018) Technical report: Pricing of cancer medicines and its impacts. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277190> [Zugriff 28.2.21]
- 5 Mukherjee S (2019) The Promise and Price of Cellular Therapies. 22 July [www.newyorker.com/magazine/2019/07/22/the-promise-and-price-of-cellular-therapies](http://www.newyorker.com/magazine/2019/07/22/the-promise-and-price-of-cellular-therapies) [Zugriff 28.2.21]

# Unbezahlbar krank

Bei kaum einer anderen Erkrankung zeigt sich die massive globale Ungerechtigkeit so deutlich wie bei Krebs. PatientInnen im globalen Süden haben kaum Chancen, eine angemessene Versorgung zu erhalten. Der tägliche Kampf vieler Menschen gegen ihre Krebserkrankung findet in ärmeren Ländern jedoch fernab der öffentlichen Aufmerksamkeit statt. Die BUKO Pharma-Kampagne möchte dem mit dieser Broschüre abhelfen. Fünf Länderstudien aus dem globalen Süden werfen ein Schlaglicht auf den krassen Mangel an bezahlbaren Medikamenten und auf schwache Versorgungsstrukturen. Aber auch Hintergrundinformationen zur globalen Situation und Lösungsansätze kommen nicht zu kurz.

## **BUKO** Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne  
August-Bebel- Straße 62  
33602 Bielefeld, Deutschland  
Fon: +49 (0)521 60550  
Fax: +49 (0)521 63789  
info@bukopharma.de  
www.bukopharma.de  
twitter.com/BUKOPharma  
www.facebook.com/BUKOPharma

Spendenkonto:  
Gesundheit und Dritte Welt e.V.  
DE97 4805 0161 0000 1056 27  
BIC: SPIDE3BXXX

ISSN 1618-4580

