

JÖRG SCHAABER

PILLEN POKER

Wie uns die Pharmaindustrie
schadet und was man dagegen
tun kann



Suhrkamp medizinHuman

SV

Jörg Schaaber

Pillen-Poker

Wie uns die Pharmaindustrie schadet
und was man dagegen tun kann

Suhrkamp

medizinHuman
Herausgegeben von Dr. Bernd Hontschik
Band 17

Erste Auflage 2023
suhrkamp taschenbuch 5241
Originalausgabe
© Suhrkamp Verlag Berlin 2023
Alle Rechte vorbehalten.
Wir behalten uns auch eine Nutzung des Werks
für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.
Umschlaggestaltung: Rothfos & Gabler, Hamburg
Umschlagfoto: Pepe Ramirez / Shutterstock
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck
Printed in Germany
ISBN 978-3-518-47241-5

www.suhrkamp.de

Inhalt

Vorwort des Herausgebers 7

Willkommen im Pharma-Pokerclub 11

Zauberhafte Gewinne dank Harry Potter 17

Ohne Medikamente wären wir schon lange tot 21

Die Pharmaindustrie – Apotheke der Welt? 30

Gute Karten als Geschäftsmodell 35

Ein Monopol auf gute Karten 45

Die Industrie lässt sich nicht gern in die Karten schauen 54

Was wir nicht wissen oder Machen Laborwerte gesund? 74

Warum Geheimniskrämerei der Gesundheit schadet 83

Der gelungene Bluff: Mit Zahlen lügen 100

Schlechte Karten gibt es nicht: Wirb oder stirb 110

Wer forscht denn hier? 171

Arzneikontrolle 176

Arenen der Pharmapolitik 192

Ausblick: Es geht auch anders 212

Dank 222

Glossar 223

Quellen 226

Anmerkungen 227

Vorwort des Herausgebers

Die Medizin wird immer und überall mit dem Medikament gleichgesetzt. Oder verwechselt. Man nimmt seine Medizin ein. Um die Medizin, also das Medikament, dreht sich alles. Die Medizin, also die Heilkunde, wird auf die Medizin, also auf das Medikament, reduziert. Das ist das Pfund der Pharmaindustrie, die Basis ihrer Macht. Der Pharmaindustrie ist man ausgeliefert. Sogar Regierungen sind ihr ausgeliefert und gehen in die Knie, wenn sie beispielsweise durch die Zwänge einer Pandemie erpressbar geworden sind. Dann kaufen sie Impfstoffe zu Mondpreisen, denn außer den multinationalen Konzernen gibt es keine weiteren Anbieter. Dann schließen sie Kaufverträge ab, die Geheimhaltungsklauseln über Lieferbedingungen und Preisgestaltungen beinhalten. Dann stellen sie die Hersteller von jeder Haftung frei, falls es zu unerwünschten Wirkungen kommt, die man zunächst noch nicht kennen konnte.

Die Reihe *medizinHuman* bedarf schon lange eines kritischen Buches über die Pharmaindustrie, obwohl es ja eigentlich nichts Neues gibt. Alles ist bekannt. Erfundene Krankheiten (Disease Mongering), Anwendungsbeobachtungen, intransparente Lobbyarbeit, illegale Preisabsprachen, irreführende Werbung – die Liste der Tricks und Täuschungen könnte beliebig verlängert werden. Aber es ist alles noch viel schlimmer. Es gibt kein Verbrechen, dessen sich die Pharmaindustrie noch nicht schuldig gemacht hat. Manipulation oder Unterdrückung von Studiendaten, gekaufte Wissenschaftler, Erpressung, Verleumdung und Menschenversuche mit katastrophalem Ausgang – auch das nichts Neues und alles bekannt. »Zwei Drittel aller Pharmafirmen [sind] von Wirtschaftskriminalität betroffen«, stellen selbst weniger systemkritische Beobachter wie die Wirtschaftsprüfer von Pricewaterhouse-

Coopers fest. Der Pharmakonzern GlaxoSmithKline war zwischen 2003 und 2016 allein in den USA mit 27 verlorenen Prozessen und fast zehn Milliarden Dollar Strafzahlungen Spitzenreiter bei Verfahren um überhöhte Preise, Zulassungsverstöße, Schmiergelder, irreführende Werbung, Verschweigen negativer Untersuchungsergebnisse, Umweltverschmutzung, Bestechung, Steuerbetrug und Insidergeschäften. Unter den 22 untersuchten Firmen waren mit Bayer (13 Verstöße und 603 Millionen US-\$ Bußgelder) und Boehringer Ingelheim (7 Verstöße und 416 Millionen US-\$ Bußgelder) auch zwei deutsche Firmen. Die Gesamtsumme der Strafzahlungen in diesem Zeitraum belief sich allein in den USA auf 33 Milliarden Dollar.

Es sind heute nur noch wenige gigantische Großkonzerne, salopp Big Pharma genannt, welche die weltweite Produktion und Distribution exorbitant teurer patentgeschützter Medikamente in ihren Händen halten. Sie verfügen über einen immensen Reichtum, sodass beispielsweise die gerade erwähnten Strafzahlungen nur etwa 1,5 Prozent ihrer Umsätze ausmachen und aus der Portokasse beglichen werden können. Es ist außerdem ein Leichtes für solche Unternehmen, die Gesundheitspolitik ganzer Staaten zu beeinflussen.

Mit Jörg Schaaber konnte einer der national und international bekanntesten Kenner und Kritiker der Pharmaszene für die Reihe *medizinHuman* gewonnen werden. Er arbeitet als Soziologe und Gesundheitswissenschaftler schon seit ihrer Gründung im Jahr 1981 für die BUKO Pharma-Kampagne, einen Zusammenschluss von entwicklungspolitischen Aktionsgruppen. Er hat 1981 Health Action International mitgegründet und war von 2008 bis 2016 Präsident der International Society of Drug Bulletins. Er ist Autor zahlreicher Artikel zu den Themen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, Interessenkonflikte, irrationale Vermarktungspraktiken und internationale Gesundheitspolitik. Seit 2005 arbeitet Jörg

Schaaber als Geschäftsführer und Redakteur der unabhängigen Verbraucherzeitschrift *Gute Pillen – Schlechte Pillen* und zeichnet für den *Pharma-Brief* und die Pressearbeit der BUKO Pharma-Kampagne verantwortlich.

Der Autor verfügt dadurch über ein enzyklopädisches Wissen auf seinem Gebiet und kann auf Quellen zurückgreifen, die weitgehend unbekannt sind.

Am Schluss stellt sich die entscheidende Frage: Was tun? Man kann etwas tun! Es gibt Initiativen, die seit vielen Jahren gegen die Missstände kämpfen. Stellvertretend seien hier nur drei genannt: medico international (www.medico.de), MEZIS (www.mezis.de) und vor allem die erwähnte Pharma-Kampagne der Vereinigung Bundeskoordination Internationalismus (www.bukopharma.de), für die Jörg Schaaber arbeitet, einen Zusammenschluss von über 200 Aktions- und Solidaritätsgruppen und Einzelpersonen in Deutschland. Einmischen ist möglich!

Frankfurt am Main, im März 2023
Bernd Hontschik

Willkommen im Pharma-Pokerclub

Eigentlich sollten Medikamente ja wieder gesund machen oder Beschwerden lindern. Doch da sie auch ein Renditeobjekt sind und Aktionäre und Manager jedes Jahr Milliarden am Geschäft mit unserer Gesundheit verdienen, sind die Interessen von Herstellern und Kranken oft nicht deckungsgleich. Warum das schädlich sein kann und was sich ändern muss, davon handelt dieses Buch.

Besonders viel Geld lässt sich mit neuen Medikamenten verdienen. Sind sie erst einmal patentgeschützt, besitzt die Firma ein Monopol und kann fast beliebig hohe Preise verlangen, weil die Konkurrenz ausgeschaltet ist. Neu – das klingt im Grunde gut, doch neu ist leider nicht immer gut. Denn längst nicht jede Neuerung bringt Vorteile, wenn man erkrankt ist.

Der Pharmamarkt hat dabei viel von einem Pokerspiel, wer am besten bluffen kann, gewinnt: Gerade wenn das neue Medikament trotz eines neuen Wirkstoffs nicht wirklich besser ist als die bekannten Therapien, wird die Werbemaschinerie angeworfen. Es ist kein Zufall, dass die Pharmaindustrie mehr Geld für Marketing als für Forschung ausgibt.

Zu den Werbestrategien gehören Hochglanzanzeigen in Medizinjournalen oder Pharmavertreter*innen, die jede Arztpraxis aufsuchen. Viel wichtiger jedoch ist die versteckte Beeinflussung durch »Key Opinion Leader« (KOL), also Ärzt*innen, die in ihrem Fachgebiet ein gewisses Ansehen genießen. Gegen eine fürstliche Entlohnung spannen die Firmen sie systematisch für Werbezwecke ein und lassen sie Vorträge auf wissenschaftlichen Kongressen und Fortbildungen halten. Die KOL stehen quasi hinter dem Pharmaspieler und loben dessen Karten über den grünen Klee – auch wenn das Blatt das gar nicht hergibt.

Selbst Artikel in medizinischen Fachzeitschriften sind nicht

geschützt vor Beeinflussung: Dienste von Schreibbüros, die sich auf das Aufpeppen von blassen bis miserablen Studienergebnissen spezialisiert haben, werden nur allzu gerne in Anspruch genommen. Denn wenn ein Artikel den richtigen »Dreh« hat und das Medikament überzeugend angepriesen wird, greifen die Ärztin oder der Arzt eher zum Rezeptblock. So lässt sich auch mit schlechten Karten erfolgreich bluffen.

Mitunter sind die Karten schlicht gezinkt. Zum Beispiel wenn wissenschaftliche Studien manipuliert oder unvorteilhafte Ergebnisse verschwiegen werden. Ein bis heute weitverbreitetes Phänomen.

Eher selten hält eine der Pharmafirmen auch mal ein richtig gutes Blatt in der Hand: einen Wirkstoff, der den Patient*innen wirklich besser hilft. Das ist dann für beide Seiten erfreulich (sieht man von den hohen Preisen ab). Anders als beim Poker kann man sich auf dem Pharmamarkt diese guten Karten aber auch einfach kaufen: Viele erfolversprechende neue Präparate wurden nämlich ursprünglich gar nicht von den großen Pharmakonzernen entwickelt, sondern von kleinen Start-ups. Diese sind zumeist Ausgründungen von Universitäts-Wissenschaftler*innen, die oft jahrelang auf Staatskosten geforscht und experimentiert haben.

Hat die Forschung der Wissenschaftler*innen zu vielversprechenden Ergebnissen geführt, muss überprüft werden, ob das potenzielle Produkt die Erwartungen erfüllt. Doch den Universitäten fehlt meist das Geld für die kostenträchtigen Studien an Menschen, die am Ende der Medikamentenentwicklung stehen. Also suchen sich Forscher*innen Kapitalgeber und gründen eigene kleine Firmen, um erste klinische Studien mit Patient*innen durchzuführen.

Weist so ein Start-up Erfolge vor, dann klopfen Großkonzerne an und machen Angebote, die kaum auszuschlagen sind. Manche Wissenschaftler*innen werden so über Nacht zu Milliardär*innen. Big Pharma hat bis dahin rein gar nichts zur

Entdeckung beigetragen, verdient aber nach dem Aufkauf am Ende am allermeisten. Um so einen märchenhaften Deal geht es gleich im ersten Kapitel.

Die Zeche für diese Deals zahlen wir alle mit exorbitant hohen Medikamentenpreisen. Das sollte uns nicht egal sein. Selbst wenn wir hierzulande in der glücklichen Lage sind, dass die Krankenkassen die Kosten für Arzneimittel bis auf eine geringe Zuzahlung (noch) voll übernehmen, egal wie teuer sie sind – ein Blick über den Tellerrand zeigt: Die Mehrheit der Weltbevölkerung kann es sich schlicht nicht leisten, ernsthaft krank zu werden, weil die Behandlung oft unbezahlbar ist.

In armen Ländern Afrikas oder Asiens führen die drastischen Versorgungsmängel nicht selten zum Tod von Menschen. Sie haben nicht einmal die sprichwörtlich schlechten Karten, da sie erst gar nicht am Spiel teilnehmen dürfen. Aber auch in den USA hat ein Fünftel der Bevölkerung keine Absicherung im Krankheitsfall. Und in den östlichen EU-Mitgliedstaaten bieten Pharmakonzerne ihre teuren neuen Mittel oft nicht an, da es sich aus ihrer Sicht schlicht nicht lohnt. Diese dort preiswerter zu veräußern, könnte ja die hohen Preise in lukrativen Märkten wie Deutschland, Frankreich oder den USA verderben.

Patient*innen, die nicht viel zahlen können, sind schlecht fürs Geschäft. Sie lässt man um des Profits willen links liegen. Wirtschaftsnobelpreisträger Joseph Stiglitz hat hierzu pointiert folgende Kausalkette erstellt: Seit jeher sei das wichtigste Anliegen der Pharmakonzerne, Gewinne zu maximieren. Das sei ihr Geschäftsmodell. Gewinnmaximierung bedeute Angebotsverknappung. Weil mit der Verknappung die Preise stiegen. Und Preiserhöhungen steigern den Profit.¹ Mit diesem Geschäftsmodell ist die Pharmaindustrie äußerst erfolgreich, steigert beständig den Umsatz und erzielt dauerhaft hohe Gewinnraten. Auf diese Weise bleiben neuere lebensrettende Medikamente für weite Teile der Weltbevölkerung unbezahlbar.

Bekanntestes Beispiel ist hier Aids: Hohe Preise verhinderten über ein Jahrzehnt die Behandlung der Mehrzahl der Betroffenen – sie hatten das Pech, im südlichen Afrika oder anderen armen Regionen zu leben.

Allerdings ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis auch in reichen Ländern die Grenze der Belastungsfähigkeit erreicht sein wird. Daher sollte frühzeitig die Diskussion darüber beginnen, was sich ändern muss, um bezahlbare neue Medikamente zu entwickeln und gleichzeitig die Breite der Krankenversorgung sicherzustellen.

Die künstliche Verknappung von Medikamenten ist nicht das einzige Problem dieses profitgesteuerten Modells. Für bestimmte Erkrankungen, die vorwiegend in armen Ländern auftreten, wie zum Beispiel Malaria oder Tuberkulose, wird erst gar nicht an neuen Medikamenten geforscht. Angesichts der Erwartungen der Aktionäre lohnt sich dies schlicht nicht. Arme Erkrankte sind einfach »raus aus dem Spiel« – mit oft tödlichen Folgen.

Proteste gegen diesen zynischen Ausschluss vieler Menschen vom wissenschaftlichen Fortschritt flackern meist erst auf, wenn Patient*innen hierzulande betroffen sind. So kam es in der medizinischen Fachwelt gar nicht gut an, als die Firma Genzyme 2012 das Krebsmedikament MabCampath® (Wirkstoff: Alemtuzumab) in Europa »aus kommerziellen Gründen« vom Markt nahm.² Die Muttergesellschaft Sanofi machte den Wirkstoff 40-mal so teuer und führte das Mittel gegen Multiple Sklerose (MS) gleich wieder neu ein.

Warum dieser Schritt? Die Form von Blutkrebs, gegen die der Wirkstoff Alemtuzumab hilft, ist sehr selten. MS ist dagegen eine verbreitete Erkrankung, und die Betroffenen müssen über lange Zeit behandelt werden. Für MS wird aber nur ein Zehntel der Wirkstoffmenge wie für die Krebserkrankung benötigt. Mit dem Stopp des Medikaments gegen Blutkrebs wollte die Firma verhindern, dass die preiswertere vorhandene

Version kostensparend auch gegen MS eingesetzt wird. Denn das hätte die Gewinnerwartungen des Konzerns beschnitten. Erst nachdem der Rückzug von MabCampath® vollzogen war, wurden die Ärzt*innen informiert: »Uns ist bewusst, dass diese Entscheidung eine Einschränkung Ihrer Therapieoptionen in den Bereichen bedeutet, in denen Sie MabCampath® bislang erfolgreich zur Behandlung eingesetzt haben. Sollten Sie nun Patienten behandeln, bei denen die Therapie mit MabCampath® aus medizinischer Sicht alternativlos ist, wenden Sie sich bitte für weiterführende Informationen an die Firma Clinigen.«³ Also konnte das – für diesen Zweck nicht mehr zugelassene – Medikament für Krebskranke nur noch in einem umständlichen Einzelfallverfahren beschafft werden, mit unklarem Haftungsrisiko für die behandelnden Ärzt*innen.

Auf Dauer ging die Rechnung der Firma allerdings nicht auf. Wegen schwerer Nebenwirkungen wurde Alemtuzumab 2019 zum Reservemittel bei MS herabgestuft, und die Umsätze brachen ein.⁴

Die exorbitante Steigerung der Gewinnerwartungen auf dem Pharmamarkt kann man an der rasanten Preisentwicklung für Medikamente ablesen. 1977 galt schon der Buchtitel *Neunmal teurer als Gold* als ein Aufreger; er nimmt Bezug auf ein Diabetesmedikament, das damals die Krankenkassen am meisten Geld kostete: Ein Gramm Glibenclamid war so teuer wie neun Gramm Gold. 36 Jahre später, 2013, ließ sich Sanofi ein Gramm Alemtuzumab mit 29 Kilogramm Gold aufwiegen.⁵

Pharmaunternehmen sind eben keine Wohltätigkeitsunternehmen – auch wenn sie immer wieder versuchen, sich dieses Image zu verpassen. Ihr primäres Ziel ist, die Aktionäre zufriedenzustellen. Schlüssel zum Erfolg ist dabei die Beeinflussung von Politik, Wissenschaft, Ärzt*innen und Patient*innen. So finden auch fragwürdige und überteuerte Medikamente ihren Markt. Welche Strategien dabei angewendet werden, darum wird es u. a. im Folgenden gehen.

Die Machenschaften der Pharmaindustrie werden nur selten im Detail bekannt. Geschieht dies aber, tun sich Abgründe auf. Und nicht jeder Medikamentenskandal führt dazu, dass das Produkt auch vom Markt verschwindet. Etliche dieser Medikamente, die mehr Schaden anrichten anstatt zu heilen, finden weiterhin Anwendung. Aktuelle Beispiele zeigen, dass sich leider nichts grundlegend geändert hat. Wenn es das Geschäft betrifft, gehen Firmen ziemlich weit – und manchmal sogar über Leichen. Keine Frage, es gibt viele sinnvolle Medikamente, die uns bei Erkrankungen helfen. Doch das rechtfertigt nicht, dass uns Firmen ihre schlechten oder gezinkten Karten unterschieben.

Noch ein Wort zu den *guten Pillen*: »Keine Wirkung ohne Nebenwirkung« lautet eine Redensart. Wir sprechen üblicherweise von *Nutzen und Risiken*. Doch das ist ein falsches Begriffspaar. Dem deutsch-britischen Pharmakologen Andrew Herxheimer (1925-2016) war es wichtig, dass Patient*innen eine möglichst fundierte Entscheidung für oder gegen eine Behandlung treffen können. Deshalb bestand er darauf, dass wir immer von *Nutzen und Schaden* sprechen sollten. (Das alternative Begriffspaar wäre *Chancen und Risiken*.) Entscheidend ist doch: Welchen Nutzen kann ich von einem Medikament erwarten, und welchen Schaden kann es anrichten? Nur so kann man die am besten geeigneten Mittel auswählen.

Und noch einen weiteren Begriff sollte man mit Vorsicht verwenden: *Nebenwirkungen*. Manchmal scheint er passend, aber spätestens wenn von *tödlichen Nebenwirkungen* die Rede ist, wird die Absurdität deutlich. Deshalb spreche ich lieber von *unerwünschten Arzneimittelwirkungen* oder eben *Schaden*. Eine differenzierte Sichtweise erlaubt einen nüchternen Blick auf das, was wir von Medikamenten erwarten können – und was nicht.

Genug der Vorrede. Steigen wir doch erst einmal mit einer märchenhaften Geschichte ein.

Zauberhafte Gewinne dank Harry Potter

Was haben Harry Potter und die Zauberschule Hogwarts mit der Pharmaindustrie zu tun? Nichts, könnte man meinen, hätten sich nicht ein Pharmariese und zwei Investmentbanken den Zauberlehrling als Codewort für ein gemeinsames Projekt auserkoren, das ihnen satte Gewinne bescheren und staatlich geförderte Medikamentenforschung in einen Geldregen für Forschende und Firma verwandeln sollte: Um das Jahr 2010 herum zeichnete sich ab, dass man Hepatitis C künftig viel besser behandeln kann als bisher. An öffentlichen Laboren und Universitäten, darunter auch in Heidelberg, waren in jahrzehntelanger Arbeit bahnbrechende Vorarbeiten geleistet und neue vielversprechende Wirkprinzipien entwickelt worden.⁶

Der US-Konzern Gilead hingegen hatte bei der Suche nach einem eigenen Wirkstoff gegen Hepatitis C nicht so viel Glück. Die Firma wollte jedoch beim großen Geschäft unbedingt mit dabei sein. Deshalb wandte sie sich an die Investmentbank Barclays Capital und die Bank of America Merrill Lynch. So wurde das »Projekt Harry« geboren. Harry Potter, das Wunderkind an der Zauberschule Hogwarts, sollte zum Codewort für den erfolgversprechendsten Hepatitis-Wirkstoff werden. Und Gilead zum Haus *Gryffindor*. Wie im Roman bestand das Kunststück darin, den Zauberschüler *Harry* in das richtige Haus zu lotsen, damit er nicht bei der bösen Konkurrenz landet. Und das musste schnell geschehen, bevor die Mitbewerber *Harry* wegschnappten.

Aber wo steckte *Harry*? Er war nicht schwer zu finden. Da gab es in Princeton, New Jersey, die kleine Firma Pharnaset. Eine Gründung von vier Uni-Wissenschaftlern, die ihren Wirkstoff Sofosbuvir bereits erfolgreich an mehreren Hundert

Hepatitis-C-Patient*innen getestet hatte. Die Investmentbanken rechneten aus, wie hoch Gilead bei Übernahmeverhandlungen pokern müsste, um *Harry* nach *Gryffindor* zu locken und trotz hohen Kaufpreises noch dicke Gewinne mit dem Medikament erzielen zu können.

Dann wurde nicht lange gefackelt: Pharmasset wechselte Anfang 2012 für schwindelerregende 11,2 Milliarden US-Dollar den Besitzer. Nicht nur für die Verkäufer, auch für Gilead lohnte sich der Deal. Bereits 2013 kam das Medikament auf den Markt, und die Kosten für den spekulativen Kauf von Pharmasset wurden durch die Einnahmen mit Sofosbuvir in weniger als einem Jahr wieder eingespielt. Gilead erzielte 2015 einen Reingewinn von 55 % des Konzernumsatzes. Das war selbst für die erfolgsverwöhnte Pharmabranche ein Rekordwert.

Wie ist dieses Spiel aufgefliegen? Mit seiner Gewinnsucht stellte sich Gilead selbst ein Bein. Die Firma verlangte für Sofosbuvir 1000 US-Dollar pro Tablette, 84 davon sind für eine Behandlung notwendig. Das rief den US-Senat auf den Plan, denn das Gesundheitsunterstützungsprogramm *Medicare* für Rentner*innen wird aus Steuermitteln finanziert. Das Geld reichte nicht aus, um alle Betroffenen zu behandeln. Der Senat setzte einen Untersuchungsausschuss ein, befragte viele Akteure und ließ beide Firmen durchsuchen.

Dem 1990 Seiten dicken Bericht kann man noch weitere interessante Informationen entnehmen, die sonst nur selten das Licht der Öffentlichkeit erblicken.⁷ Zum Beispiel die Tatsache, dass die tatsächlichen Produktionskosten für Medikamente – gemessen am Verkaufspreis – oft lächerlich gering sind: Pharmasset kalkulierte die Herstellungskosten für Sofosbuvir auf rund einen US-Dollar pro Tablette. Gilead verlangte von den Patient*innen anschließend aber das Tausendfache.

Das Argument, dass die Forschungskosten durch den Verkaufspreis wieder hereingeholt werden müssten, rechtfertigt

im konkreten Fall nicht den hohen Preis. Denn Pharmasset wendete von 2003 bis 2011 für Forschung – einschließlich Fehlschlägen – und die Durchführung von klinischen Studien (→ Glossar) der Phase-2 mit Sofosbuvir gerade einmal 271 Millionen US-Dollar auf. Für die finalen Zulassungsstudien (Phase 3) hatte Pharmasset noch einmal 125,6 Millionen veranschlagt. Letztere wurden jedoch erst nach dem Verkauf von Gilead selbst durchgeführt. Die Summe, die der Konzern für Pharmasset zahlte, hatte also mit den Kosten für die Forschung gar nichts zu tun. Sie war von rein wirtschaftlichen Interessen gesteuert: Gilead wollte anderen Großkonzernen zuvorkommen, die ebenfalls Interesse an dem erfolgreichen Start-up-Unternehmen hatten.⁸

Johannes Kandlbinder, Leiter der Abteilung Market Access und Preisverhandlungen von Gilead Deutschland, bemerkte hierzu kühl: »Eine solche Investition muss natürlich zurückgespielt werden in den Markt.«⁹ Der *Markt*, das sind vor allem die öffentlichen Gesundheitsprogramme, also Steuergelder oder Krankenversicherungsbeiträge. Das staatliche Unterstützungsprogramm *Medicare* in den USA zahlte 2015 rund neun Milliarden US-Dollar für Sofosbuvir. Die deutschen Krankenkassen überwiesen im selben Jahr fast eine Milliarde Euro für Sofosbuvir-Medikamente.¹⁰ So finanziert die Allgemeinheit spekulative Aufkäufe und enorme Gewinne der Pharmaindustrie.

Aber das ist noch nicht die ganze Geschichte. Sofosbuvir ist auch ein Beispiel dafür, wie wichtig die Forschung an Universitäten und staatlichen Institutionen für die Entwicklung neuer Medikamente ist.¹¹ Denn Hepatitis C ist als Erkrankung noch gar nicht so lange bekannt. Man wusste nur, dass es sich um eine Leberentzündung handelt, die weder durch das Hepatitis-A- noch das B-Virus ausgelöst wird. Die Identifikation des Hepatitis-C-Virus wurde im Wesentlichen durch staatliche US-Institute geleistet. Doch um Wirkstoffe testen zu