https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/node/3888

Gen-ethischer Informationsdienst

Zukunftsmedizin für wenige

Eine globale Perspektive auf Präzisionsmedizin

AutorIn
Eric Breitinger

Die Personalisierte Medizin soll die Massenmedizin, die bisher einheitliche Behandlungen und Medikamente für alle beinhaltet, ablösen. Ein Blick auf die Preise der ersten Therapien dieser Art lässt allerdings befürchten, dass sie die globale Ungerechtigkeit in der medizinischen Versorgung verstärken wird.

Bluttests entdecken Krebs, Computer diagnostizieren Alzheimer anhand von Hirnscans. Eine Software ortet Tumore. Algorithmen warnen vor drohenden Erkrankungen, Gentherapien heilen die Bluterkrankheit mit einer einzigen Anwendung. Letzteres soll funktionieren, weil ein eingeschleustes Molekül die Zellen im Körper umprogrammiert, sodass sie neue Proteine produzieren, die Krankheiten bekämpfen. Der eigene Körper wird zur Medikamentenfabrik.
Für Verfechter*innen der „Personalisierten“, „zielgerichteten“ oder „Präzisionsmedizin“ gehören diese Beispiele zur nächsten Medizinrevolution. Für sie ist klar: Die neuen, auf jede*n Patient*in passgenau zugeschnittenen Therapien werden die Massenmedizin mit ihren Medikamenten für alle ablösen.
Doch die zielgerichtete Datenmedizin hat drei Haken: Volkskrankheiten wie Herzleiden oder Diabetes sind sich in ihren Ausprägungen oft sehr ähnlich. Betroffene brauchen keine Personalisierte Medizin. Zudem ist unklar, welche Versprechungen der Hersteller die neuen Methoden wirklich einlösen können. Viele Zulassungen basieren auf klinischen Mini-Studien. Was die angeblich so präzise Datenmedizin taugt, müssen erst weitere klinische Tests und vor allem die Praxis klären. Genauso offen ist, wer am Ende von den neuen Therapien profitieren wird.
Zwei Milliarden Menschen im globalen Süden haben laut der Weltgesundheitsorganisation WHO heute noch nicht mal Zugang zu den elementaren Medikamenten. Noch immer fehlen erschwingliche Heilmittel etwa gegen Malaria, Tuberkulose oder 20 Tropen-Krankheiten, die die WHO als „vernachlässigt“ einstuft. Dazu gehören Dengue, Chagas und die Hautkrankheit Leishmaniose. Studien zeigen: Nur rund ein Prozent der von 1975 bis 1999 weltweit neu entwickelten therapeutischen Produkte galten vernachlässigten Krankheiten. Von 2000 bis 2011 waren es vier Prozent. Im vergangenen Jahr laut Schätzungen 4,7 Prozent.
In manchen Fällen erschwert die Industrie sogar den Zugang: Zum Beispiel kostete der vollständige Impfschutz für ein Kind im Jahr 2001 laut der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ 0,67 US-Dollar, im Jahr 2014 waren es bereits 45,59 US-Dollar – das 68-fache. Folge: Viele Kinder bekommen nicht die nötigen Impfungen. Etwa gegen Pneumokokken, den häufigsten Verursacher von Lungenentzündungen. Laut dem Kinderhilfswerk Unicef stirbt südlich der Sahara im Durchschnitt eines von zwölf Kindern vor seinem fünften Geburtstag – in Industrieländern ist es eines von 147.
Sicher ist: Die Produkte der digitalen Medizin werden sich die meisten Patient*innen in Ländern des globalen Südens niemals leisten können. Denn die Hersteller fordern extrem hohe Preise und begründen dies

mit ihren enormen Entwicklungskosten. Luxturna, die erste Gentherapie für Blinde, soll 850.000 US-Dollar pro Patient*in kosten. Novartis verlangt in den USA für seine Immuntherapie Kymriah 475.000 Dollar und in Deutschland 320.000 Euro pro Behandlung. Eine Therapie mit Yescarta, einem Blutkrebs-Medikament von Gilead, kostet in den USA 373.000 Dollar. Novartis behauptet, dass schon eine Infusion der Gentherapie AVXS-101 das Leben von Kindern mit der Beeinträchtigung spinale Muskelatrophie um 13 Jahre verlängere. Das Mittel sei mehrere Millionen Euro wert.
Die neue digitale Medizin spitzt letztlich auch im globalen Norden die Frage zu, die exorbitant teure Heilmittel gegen Krebs oder Hepatitis C in den letzten Jahren aufgeworfen haben: Wie können solidarisch getragene Krankenversicherungen immer teurere Therapien auch in Zukunft finanzieren, ohne viele Patient*innen von der Behandlung auszuschließen? Für Jörg Schaaber von der Nichtregierungsorganisation BUKO Pharma-Kampagne ist „die erste Frage, ob die sogenannte Personalisierte Medizin überhaupt so teuer sein müsste, oder ob die Hersteller nicht einfach das verlangen, was der Markt hergibt?“ Er spielt den Ball an die Behörden zurück. Sie müssen den wahren Nutzen der neuen Verfahren streng prüfen und im Zweifel neue Studien von den Herstellern fordern. Und sie müssen die Preise hart verhandeln, um die Profitinteressen der Konzerne zu zügeln.
Klar ist auch: Die Biotech- und Pharmabranche versagt im globalen Süden. Anstelle der profitorientierten Medikamentenentwicklung braucht es hier neue, nicht-kommerzielle Forschungsmodelle, um bessere, erschwingliche Medikamente für die dortigen vernachlässigten Patient*innen zu entwickeln und bereitzustellen.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 248 vom Februar 2019
Seite 18