

Strukturelle Korruption der Gesundheitsinstitutionen

Hille Haker

I. Einleitung: Gesundheit als öffentliches Gut

Weil Gesundheit eine Grundbedingung des (guten) Lebens für jeden Menschen ist, wird ihre Erhaltung, die Prävention bzw. Verringerung von Krankheitsrisiken, die Wiederherstellung der Gesundheit im Fall der Erkrankung sowie die Linderung des Leidens von unheilbaren Krankheiten als eines der wichtigsten und universalen öffentlichen Güter angesehen. Maßnahmen und Unterstützungsleistungen zur Krankheitsbekämpfung gelten zugleich international als individuelles Menschenrecht (UN-Menschenrechtskonvention Art. 12 sowie der UN-Pakt zu sozialen Rechten Art. 25), wobei freilich unbestimmt bleibt, wie die Grundversorgung von Dienstleistungen zur Förderung der Gesundheit zu unterscheiden ist. Die Aufgabe von Gesundheitsinstitutionen besteht darin, dem Gut des individuellen Wohlergehens zu dienen, das der Einzelne als ein Recht in Anspruch nehmen darf. Nun ist es sicherlich eine Sache, ein moralisches „Gut“ explizit zu benennen oder ein „Recht“ als einen Anspruch zu fassen; eine andere Sache ist es jedoch, die Strukturen zu schaffen, die notwendig sind, um das Recht auf Gesundheit auch wirklich umzusetzen. Dass es seit der Entwicklung der modernen Medizin ungeheure Fortschritte gegeben hat, wird niemand leugnen. Wahr ist aber auch, dass der WHO-Report von 2013, der die globale Gesundheitsstatistik erfasst, zu dem Schluss kommt, dass die Hälfte aller vom Bericht erfassten Länder Zugang nur zu ungefähr 50 Prozent der für eine Basisversorgung als essentiell betrachteten Medikamente hat.

In diesem Beitrag werde ich mich auf die *strukturelle* Korruption der Gesundheitsinstitutionen konzentrieren, die durch konfligierende Ziele der Pharmaunternehmen und der Forschungs- und Versorgungsinstitutionen entstehen. Es geht dabei nicht um die „guten“ medizinischen Institutionen und die „böse“ Pharmaindustrie, sondern vielmehr geht es darum zu zeigen, dass das ökonomische Paradigma, für das die Pharmaindustrie steht, sich mehr und deutlicher in der medizinischen Forschung und Versorgung niederschlägt, als dies der Fall sein *sollte*. Es geht mir dabei um die Korruption *innerhalb* der internationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen, und nicht um organisierte Kriminalität, bei der Organisationen zum Beispiel pharmazeutische Produkte fälschen und dann vermarkten. Diese wird von der internationalen Politik zumindest sehr ernst genommen und aktiv bekämpft¹, während die enge Verflechtung von Pharmaindustrie und wis-

wissenschaftlicher Forschung aktiv gefördert wird: Universitäre (medizinische) Forschung ist heute zum Beispiel ohne die Kommerzialisierung ihrer Ergebnisse kaum mehr denkbar. Pharmazeutische Unternehmen erforschen, entwickeln, produzieren und vermarkten Medikamente entsprechend im Verbund mit den Forschungs- und Gesundheitsinstitutionen, und nur etwa zur Hälfte gehen ihre Investitionen auf die öffentliche Förderung zurück. Sie sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in den Industrienationen und zunehmend auch in den Schwellenländern. In den OECD-Staaten liegt ihr Anteil am Bruttosozialprodukt bei knapp 10 Prozent, in den USA sogar bei 17 Prozent (Valverde 2013).

II. Strukturelle Korruption

Im November 2013 fand am Edmond J. Safra Foundation Center for Ethics der Harvard Law School ein denkwürdiges Symposium zum Thema „Korruption und pharmazeutische Politik“ statt. Lawrence Lessig, der Direktor des Centers, erläutert seine Definition der strukturellen Korruption, die er „institutional corruption“ nennt:

„Institutionelle Korruption besteht dann, wenn eine systemische und strategische Einflussnahme vorliegt, auch wenn diese rechtlich oder auch ethisch gerechtfertigt ist. Diese Einflussnahme untergräbt die Effektivität einer Institution, indem sie deren Zweck verkehrt oder die Durchsetzung ihres Zwecks schwächt. Dies kann einschließen, dass das öffentliche Vertrauen in die Institution, das für die Realisierung ihres Zwecks notwendig ist, oder die systemimmanente Vertrauenswürdigkeit, ebenfalls geschwächt werden.“ (Lessig 2013, 553)

Lessig betont, dass seine Definition bewusst darauf verzichtet, den jeweiligen Zweck einer Organisation oder Institution zu bewerten, weil er den Korruptionsbegriff analytisch und nicht normativ verstehen will. In Anlehnung an seine Definition können wir strukturelle Korruption in unserem Kontext so definieren: *Strukturelle Korruption der Gesundheitsinstitutionen liegt dann vor, wenn Beeinflussungen die Effektivität der Institutionen untergraben, indem ihr eigentlicher Zweck, nämlich Krankheiten zu heilen, Risiken zu reduzieren oder Leiden zu lindern, zugunsten anderer Zwecke geschwächt wird.* Korruption ist kein neutraler Begriff, bedeutet er doch eine Beschädigung der moralischen Integrität derjenigen Institutionen, denen Menschen in verletzlichen Situationen vertrauen können *müssen*. Korruption der Gesundheitsinstitutionen ist daher auch weit mehr als die Korruption in der pharmazeutischen Industrie. Sie ist jedoch in den vergangenen Jahren zu einem globalen Problem geworden: die Etablierung kommerzialisierungsfreundlicher Strukturen und die institutionellen Praktiken der Pharmaindustrie seit den 1980er Jahren haben dazu geführt, dass ökonomische Interessen soziale bzw. ethische Prinzipien der Gesundheitsversorgung *systematisch* verdrängen. Struktureller Korruption kann daher auch nicht dadurch begegnet werden, dass

man an die charakterliche Stärke bzw. individuelle ethische Tugenden etwa von WissenschaftlerInnen oder ÄrztInnen appelliert. Während es gute Problemanalysen gibt, mangelt es bis heute am Willen, den Ökonomisierungstrend umzukehren – nicht zuletzt deshalb, weil wir alle die Strukturen der Forschung und Entwicklung, aber auch der Vermarktung von Medikamenten nicht durchschauen, und weil wir von der Herstellung und Verteilung ihrer Produkte abhängig sind. Zudem leben wir in einer politischen Kultur, in der Politiker Eingriffe in Unternehmensstrategien scheuen, weil dies volkswirtschaftliche Effekte haben könnte, für die niemand verantwortlich zeichnen möchte.

Zu den Verflechtungen zwischen Gesundheitsinstitutionen und Pharmaindustrie gehören unterschiedliche Strategien, die zum Teil innovationsförderlich sind, zum Teil aber der Forschung und Gesundheitsversorgung *schaden*. Zu den korrumpierenden Unternehmensstrategien zählen zusammengefasst:

- finanzielle Anreizsysteme für Ärzte oder medizinische Forschungsinstitutionen (Kliniken, Universitäten) zur Verschreibung von Medikamenten und Medizinprodukten;
- Anreize zur Teilnahme an klinischen Studien und Rekrutierung von Versuchspersonen;
- Intransparenz in Bezug auf die Forschungs- und Entwicklungsprozesse durch Vertraulichkeitsklauseln für Datensätze;
- Intransparenz und Verschweigen von negativen Nebenwirkungen von zugelassenen Medikamenten bzw. Intransparenz in Bezug auf den Nutzen von Medikamenten;
- Werbung für pharmazeutische Produkte mit zweifelhaftem Informationsgehalt;
- aktiver politischer Lobbyismus und Einflussnahme auf Gesetzgebungen;
- die Verfälschung von Publikationen im Namen von WissenschaftlerInnen und die gezielte Lancierung von medizinischen Publikationen in Wissenschaftsjournalen und Massenmedien.

Da viele dieser Praktiken kaum bekannt und selbst für ExpertInnen im Einzelnen kaum durchschaubar sind, gelingt es in vielen Fällen, die Legalität von korrumpierenden Praktiken und Strukturen aufrechtzuerhalten, die ansonsten womöglich als systemschädigend, wenn nicht gar als illegale Praktiken gelten würden. Wenn diese Praktiken dazu führen, dass unsere Gesundheitsversorgung an Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit einbüßt, dann sind wir heute – trotz aller technischen Errungenschaften – womöglich verletzlicher als noch vor einigen Jahrzehnten. Die Frage ist, ob dies nicht ein zu hoher Preis ist, den wir uns aus sozialen und aus ethischen Gründen nicht leisten können. Dieser Beitrag dient daher vor allem einer Bestandsaufnahme auf der Grundlage verschiedener Studien zu den Praktiken, die in den letzten drei Jahrzehnten etabliert wurden.

1. Die Macht der Pharmaindustrie

Große Pharmaunternehmen agieren heute längst nicht mehr nur national, sondern global. Sie sind für die jeweiligen Volkswirtschaften, in denen sie angesie-

delt sind, ein wichtiger Faktor: Sie schaffen Arbeitsplätze, sorgen für eine gute Reputation in Bezug auf den Forschungs- und Entwicklungsstatus, und sie sorgen dafür, dass PatientInnen Zugang zu Medikamenten und Medizinprodukten haben. Anders als die mehrheitlich öffentlich finanzierten Gesundheitsinstitutionen müssen sie so viel Wachstum wie möglich erzielen, um im Wettbewerb zu bestehen. Dass dies nur *ein* Modell von Marktwirtschaft ist, das zum Beispiel von Seiten der christlichen Sozialethik seit über einem Jahrhundert kritisiert wird, sei dahingestellt; trotz anderslautender Initiativen etwa zur Herausbildung einer „corporate social responsibility“ ist die Pharmaindustrie heute weit von einer *sozialen* marktwirtschaftlichen Ausrichtung entfernt. Die zehn größten Pharmaunternehmen gehören zu den reichsten Firmen der Welt, und ihre Profitquote ist erheblich – Merck & Company machten zum Beispiel 2008 57 Prozent Profit, was nicht zuletzt an der Vermarktung des Schmerzmittels Vioxx lag, auf das ich noch zurückkommen werde (Leak 2011, 121).

Der Mythos, dass die Entwicklung neuer Medikamente den größten Teil der Investitionen ausmacht, ist seit langem entlarvt: Neue Medikamente machen etwa 1 Prozent der Investitionskosten aus; weitaus mehr Geld, etwa 20 Prozent, wird für die Forschung und Entwicklung von Varianten, sogenannten Analogpräparaten oder auch „me too“-Präparaten, ausgegeben, deren Nutzen oder Vorteil gegenüber bestehenden Medikamenten nicht eigens nachgewiesen werden muss – da die Entwicklung eines Medikaments aber mehr als zehn Jahre dauern kann, müssen die Kosten über Patente bzw. Lizenzen, die für zwanzig Jahre ein Marktmonopol garantieren, erwirtschaftet werden. Ein Teil dieser Lizenzgebühren wird an die beteiligten Forschungsinstitutionen abgeführt, die dadurch ihre weitere Forschung finanzieren können. 80 Prozent der globalen Forschung in der Biotechnologie werden von US-Firmen durchgeführt, und entsprechend halten US-amerikanische Firmen weltweit die meisten Patentrechte auf Medikamente. Für sie ist dabei nicht nur der wachsende Generikamarkt eine Bedrohung, sondern natürlich auch der Kostendruck, der auf der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung lastet (Valverde 2013, 54).

Je größer der wirtschaftliche Druck ist, umso mehr wird sich die Forschung, Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten an Unternehmensstrategien und weniger an „sozialen“ oder „ethischen“ Zielen ausrichten, wie sie die UN-Konventionen festgelegt haben. Von den tausenden von Medikamenten, die heute angeboten werden, stuft die WHO nur etwa dreihundert als essentielle Medikamente ein. Es ist bezeichnend für die globale Gesundheitsversorgung, dass die ärmsten Menschen nicht einmal Zugang zu diesen Medikamenten erhalten, während auf der anderen Seite die Grenzen zwischen Medikamenten und Lifestyle-Produkten immer mehr verschwimmen.² Die präventive Medizin, die vor allem Risikofaktoren identifiziert und entsprechend behandelt, versucht Krankheiten auszuschließen, indem gesunde Menschen mit Medikamenten behandelt werden; leicht geraten wir dabei aber in eine Spirale der Medikalisierung, wo alternative Methoden der Risikoverminderung womöglich effektiver wären – genau dies wird aber gar nicht untersucht. Das Resultat dieser Entwicklung ist eine

- von den Pharmafirmen durchaus begrüßte - Zunahme von Diagnosen und Medikationen in allen Lebensphasen. Selbstverständlich gibt es die Krankheiten oder Risikofaktoren, für die die jeweiligen Medikamente zugelassen sind, und keineswegs sollten diese bedrohlichen Situationen bagatellisiert werden. Aber genau dies geschieht, wenn innerhalb eines kurzen Zeitraums immer mehr Symptome bei immer mehr Menschen diagnostiziert und behandelt werden, die bis vor wenigen Jahrzehnten zu den jeweiligen Lebensstadien dazugehörten. Unabhängige Informationen zu Medikamenten sind selbst für Ärzte und Ärztinnen schwer zu bekommen: Auch die einschlägigen Nachschlagewerke wie der *Physicians' Desk Reference* werden von der Pharmaindustrie finanziert; und in den einschlägigen Publikationen werden immer wieder negative Ergebnisse von Studien bzw. Nebenwirkungen verschwiegen oder heruntergespielt. Zudem dienen Konsultationsbesuche in Arztpraxen und Krankenhäusern natürlich nicht nur der Information, sondern sie sind Bestandteil der Vermarktungsstrategien der Pharmaunternehmen, deren Wirkung häufig nicht unmittelbar, sondern eher mittelbar und subtil ist (Healy 2012).

2. Die Forschung und Entwicklung von Medikamenten

Die Entwicklung eines Medikaments muss verschiedene Phasen durchlaufen; am wichtigsten für die Zulassung sind die klinischen Studien. Pro Medikament müssen ca. 4000 PatientInnen rekrutiert werden, und es werden im Schnitt über sechzig klinische Studien durchgeführt, bevor ein Medikament zugelassen wird. Sicherheit und Wirksamkeit eines Medikaments sind die entscheidenden Kriterien für die Zulassung; sie werden in drei oder vier Phasen erforscht und häufig mit Hilfe von Placebostudien überprüft. Die Bereitschaft, an klinischen Studien teilzunehmen, ist in den Industrienationen zu gering, um eine ausreichende Zahl von PatientInnen zu bekommen. Die Zurückhaltung ist verständlich: Insbesondere bei Analogpräparaten sind Placebostudien, die PatientInnen unter Umständen von bereits erprobten Therapien ausschließen, ethisch fragwürdig. Heute werden daher fast die Hälfte aller Studien außerhalb der Industrienationen durchgeführt. In Ländern wie Indien oder Südafrika ist die Pharmaindustrie ein wichtiger Motor der wirtschaftlichen Entwicklung - aber für die Etablierung funktionsnierender Review Boards bzw. Ethik-Kommissionen, die eine Vorbedingung der Durchführung klinischer Studien sind, werden kaum die notwendigen Strukturen geschaffen (Shah 2006). Die Herabsetzung der Standards in der Behandlung (*standard of care*) während der Studien führte in den vergangenen Jahren zu teils

Hille Haker hat den Lehrstuhl für Moraltheologie an der Loyola-Universität in Chicago, USA, inne. Promotion (1998) und Habilitation (2001) an der Universität Tübingen. Sie ist Mitglied der „European Group on Ethics in Sciences and New Technologies“ (EGE) der Europäischen Kommission. Veröffentlichungen u.a.: Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik (2011), Medical Ethics in Health Care Chaplaincy (Mitherausgeberin, 2009), Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge (Mitherausgeberin, 2013). Für CONCILIUM schrieb sie zuletzt über „Neue Erwägungen zu Solidarität und Gerechtigkeit“ in Heft 1/2014. Anschrift: Loyola University Chicago, 1032 W. Sheridan Rd., Chicago, IL 60660, USA. E-Mail: hhaker@luc.edu.

heftigen Diskussionen in den medizinischen und medizinethischen Fachgesellschaften (Haker 2011).

Seit den 1980er Jahren übernehmen immer mehr sogenannte kommerziell arbeitende Auftragsforschungsinstitute (*contract research organizations*) die Planung und Organisation vieler klinischer Studien - im Jahr 2010 wurden zwei Drittel aller Studien auf diese Weise von Pharmafirmen ausgelagert, mit steigender Tendenz. Firmen schaffen zudem Anreizsysteme insbesondere für Kliniken, die für die Rekrutierung von PatientInnen bezahlt werden - leicht entstehen dadurch Interessenkonflikte. Da die meisten Studien heute international durchgeführt werden, ist es weder den einzelnen WissenschaftlerInnen noch den ÄrztInnen möglich, einen Überblick über den Verlauf großer Studien zu gewinnen; sie arbeiten nach wissenschaftlichen bzw. medizinischen Kriterien, während die Auswertung der Daten weitgehend von den Auftragsforschungsinstituten erfolgt - ohne dass diese je einen Patienten oder eine Patientin gesehen haben müssen oder in die Durchführung vor Ort einbezogen sind. Normalerweise liegen die Datensätze bei den Firmen, die die Studien größtenteils finanzieren, unter Verschluss, und so entsteht in den Jahren der Forschung und Entwicklung eines Medikaments ein System der kommerzialisierten Forschung und Entwicklung, das gemeinsam von Pharmaindustrie und Forschungs- bzw. Gesundheitsinstitutionen getragen wird. Es besteht aus einem fast unüberschaubaren Dickicht von PatientInnen- und ProbandInnengruppen, medizinischen Daten, medizinischen und wissenschaftlichen Akteuren, Publikationsorganen und den Vorgaben der Regulierungsbehörden. Aufsehen erregte zum Beispiel der Fall des Grippemittels Tamiflu, bei dem die Datensätze der Studien jahrelang von der Firma Roche unter Verschluss gehalten wurden; nach ihrer erzwungenen Veröffentlichung stellte sich die Unwirksamkeit des Medikaments heraus, an dem Roche zuvor jedoch Milliarden von US-Dollars verdient hatte (Loder 2014).

Die strukturelle Korruption wird durch die intransparente Kooperation zwischen Forschung und Industrie einerseits und klinischer Praxis und Industrie andererseits begünstigt; die Frage ist, ob die verschiedenen Paradigmen, unter denen die jeweiligen Akteure arbeiten, überhaupt in Einklang miteinander gebracht werden können oder ob Interessenkonflikte unausweichlich sind, die das System der medizinischen Innovation korrumpieren. Die meisten KritikerInnen der engen Kooperation weisen darauf hin, dass die großen Pharmaunternehmen immer stärker in Wissenschaft und medizinische Versorgung eindringen und durch immer subtilere Anreizsysteme die Unabhängigkeit der Akteure - und letztlich die Integrität der Institutionen selbst - zerstören; haben diese KritikerInnen Recht, dann betrifft dies nicht nur das Vertrauen der Öffentlichkeit in die medizinische Versorgung, sondern in der Tat ihre Vertrauenswürdigkeit. Welche Formen der Kooperation zwischen Pharmaindustrie, Wissenschaft und Medizin sowie den Regulierungsbehörden aber zuträglich sind und welche zur strukturellen Korruption führen, ist empirisch kaum erforscht (Taylor 2013). Taylor fasst das Dilemma so zusammen: Die Gesellschaft fördert die Zusammenarbeit und verachtet sie gleichzeitig; umgekehrt fordert sie die Unabhängigkeit der ForscherInnen

und WissenschaftlerInnen, hat aber gleichzeitig ein Finanzierungs- und Regulierungssystem geschaffen, das eine strukturelle Unabhängigkeit nahezu unmöglich macht.

3. Die Vermarktung der Medikamente

In den USA kann durch die Zahlung von Gebühren (englisch: *user fees for fast track reviews*) eine schnellere Prüfung durch die US Food and Drug Administration (FDA) erreicht werden, in Europa übernimmt die European Medicines Agency (EMA) die Prüfung. Begleitet wird die Forschung und Entwicklung bis zur Marktzulassung von wissenschaftlichen Publikationen, die Peer-Reviews unterliegen und den Standards der guten wissenschaftlichen Praxis entsprechen müssen. Inzwischen werden aber Wissenschaftlern, die an klinischen Studien beteiligt sind, so genannte Ghostwriter-Dienstleistungen angeboten, die die Interpretation der Daten bis hin zur Entwurfsfassung der wissenschaftlichen Publikationen übernehmen – als Autoren und Autorinnen erscheinen aber trotzdem die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen. In den USA und in Großbritannien gibt es allein 50 Firmen, die medizinische Publikationen (*medical writing*) anbieten – laut Healy sind die Angestellten häufig gut ausgebildete, zum Teil promovierte Wissenschaftlerinnen, die die Artikel in Heimarbeit verfassen. Offenkundig ist es auch möglich, Artikel „on demand“ in wissenschaftlichen Zeitschriften zu lancieren, um die Markteinführung eines Medikaments auf diese Weise „wissenschaftlich“ zu begleiten (Healy 2012).

Nicht nur in der nichtakademischen Werbung werden offensichtlich die negativen Auswirkungen systematisch verschwiegen, sondern ebenso in den Wissenschaftsjournalen. Für die Vermarktung eines Medikaments wird weitaus mehr, in den USA bis zu zwei Drittel mehr, Geld ausgegeben als für die Forschung und Entwicklung. Unternehmen sind nicht verpflichtet, Studien nach der Zulassung durchzuführen oder Ergebnisse zu veröffentlichen – im Gegenteil, sie kommunizieren und manipulieren die medizinischen Professionen, indem sie kommerzielle Interessen hinter Informationen, Werbeveranstaltungen hinter Fortbildungen, Wissenschafts- und Politiklobbyismus hinter Beiratspositionen und Konsultationsverträgen verschleiern. Selbst Patientenorganisationen, die für die Erforschung von Krankheiten, an denen sie oder ihre Angehörigen leiden, kämpfen, werden „ins Boot“ geholt: Sie erhalten von den Unternehmen Informationen, wie sie ihre Interessen politisch durchsetzen können, und im Gegenzug können sie als Lobbygruppe eingesetzt werden, um den Interessen der Pharmaunternehmen mehr Gewicht zu geben. Solche strategischen Partnerschaften sind ebenfalls bisher kaum erforscht.³ Und auch wenn sie zu einem Teil gewiss notwendig sind, so sind sie zu einem anderen Teil eben doch auch korruptionsförderlich, und sie bergen das Potential, die Integrität der beteiligten Gesundheits- oder Patientenorganisationen insbesondere dann zu gefährden, wenn die Verbindungen nicht klar benannt werden.

III. Neue Strategien gegen strukturelle Korruption sind notwendig

Medikamente und Medizinprodukte sind anderen Waren nicht gleichzustellen, auch wenn sie viele Merkmale mit ihnen teilen. Medikamente greifen unmittelbar in unseren Körper und in unsere Psyche ein, und wir brauchen sie in Phasen der Krankheit notwendig, um leben und überleben zu können – deshalb genießen sie einen besonderen Schutz und sind besonderen Kontrollen unterstellt. Aber im größten Markt, den USA, gibt es keinerlei Prioritäten, welche Krankheiten erforscht werden sollten; es gibt auch keine Pflicht, den Nutzen eines neuen Medikaments gegenüber einem bereits bestehenden nachzuweisen, weshalb die Analogpräparate so attraktiv für Pharmaunternehmen sind. Es besteht weder eine Informationspflicht bezüglich negativer Studienergebnisse noch die Pflicht zu Studien nach Markteinführung eines Medikaments. Erst wenn die Behörden gewichtige Hinweise auf Schädigungen bekommen, können sie reagieren. Aber auch an dieser Schaltstelle der Kontrolle gibt es enge Vernetzungen von Behörden und Unternehmen, die keineswegs immer transparent sind – so scheint zum Beispiel im Fall des bereits erwähnten Schmerzmittels Vioxx die enge Zusammenarbeit zwischen Merck & Co und der FDA eine erhebliche Rolle bei der zögerlichen Aufklärung der Studienergebnisse gespielt zu haben. Vioxx war 1999 als Schmerzmittel zugelassen worden, musste aber 2004 zurückgezogen werden, weil es mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko einhergeht; Tausende von Todesfällen wurden mit der Einnahme von Vioxx in Verbindung gebracht. Im Gerichtsverfahren stellte sich heraus, dass Studien mit Hinweisen auf diese Nebenwirkungen zurückgehalten worden waren. Wie auch immer dies im Einzelfall zu beurteilen ist: Im Hinblick auf möglichst schnelle Wege von der Forschung bis zur Behandlung von PatientInnen stimmen die ansonsten unterschiedlichen Paradigmen von Regulierungsbehörden und Pharmaunternehmen überein: Das Ziel der Gesellschaft und ihrer Vertreter in den Behörden, so schnell wie möglich Therapien für Krankheiten zu finden, korreliert mit dem Ziel, möglichst schnell neue Nischen für den globalen pharmazeutischen Markt zu finden. Dass statistische Fehler gemacht oder allgemein Auswertungsfehler übersehen werden, dass Nebenwirkungen bei Analogpräparaten unterschätzt werden, dass es zu Fehlern bei überhasteten Prüfverfahren kommen kann – dies ist nur dann nachvollziehbar, wenn man die Motivation beider Institutionen, die Dauer der Medikamentenentwicklung zu verkürzen, versteht. In Ausnahmefällen – wie im Fall Vioxx – werden zwar Medikamente vom Markt genommen, aber die meisten Klagen enden dennoch mit Vergleichen, die in keinem Verhältnis zu den Umsatzzahlen der betreffenden Unternehmen stehen.

Transparenz und Offenlegung aller Informationen, die Analyse der Interessenkonflikte und die Unterscheidung von zuträglichen und abträglichen Kooperationen, die Entflechtung von institutionellen Verbindungen, die zu forschungs- und systemschädigenden Interessenkonflikten führen – dies sind die Minimalbedingungen für eine Korrektur der strukturellen Korruption. Der Schutz der Integrität

der medizinischen Institutionen, der Wissenschafts- und der Forschungsinstitutionen allerdings bedarf einer gesellschaftlichen Diskussion in allen Ländern; denn Wissenschaft und Forschung sowie die Integrität medizinischer Institutionen ist eine Bedingung für Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit – und diese war eine der wichtigsten Errungenschaften der modernen Medizin im 19. und 20. Jahrhundert. Die soziale und ethische Neuausrichtung der pharmazeutischen Industrie im Sinne menschenrechtsorientierter ethischer Standards ist daher eine globale Herausforderung, die letztlich weit über den Gesundheitssektor hinausweist. Die theologische und kirchliche Bioethik kann und muss ihre sozioethische Tradition für die Kritik der strukturellen Korruption sowie für die konstruktive Mitarbeit in einem Prozess der Neuorientierung nutzen – und sie muss Alternativen aufzeigen, wie Universitäten und Forschungsinstitutionen, Kliniken und Krankenhäuser mit der Pharmaindustrie so kooperieren können, dass das Ziel der globalen Gesundheitsversorgung nicht zu einer rhetorischen Floskel verkommt. Nicht zuletzt ist es die Würde eines jeden einzelnen Menschen, insbesondere aber eines kranken und verletzlichen Menschen, die zum Umdenken zwingen sollte.

¹ Vgl. etwa die 2011/12 verabschiedete Konvention des Europarats über Arzneimittelfälschung: (Europarat 2011) sowie die 2013 von der UN verabschiedete Resolution 20/6 zu gefälschten Arzneimittelprodukten (United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice 2013).

² Zumindest die US-amerikanische pharmazeutische Industrie stand der WHO-Liste der essentiellen Medikamente lange sehr kritisch gegenüber, und zwar mit der expliziten Begründung, dass sie den unternehmerischen Interessen entgegenstehen. Vgl. zum Zusammenhang von Pharmaindustrie und Weltgesundheit und der Veränderung der Rahmenbedingungen in den 1980er Jahren (Chetley 1990).

³ Vgl. das Konsensabkommen zwischen Teilen der Pharmaindustrie und einigen Patientenorganisationen vom Januar 2014: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA) 2014.

Literatur

Chetley, Andrew: *A Healthy Business? World Health and the pharmaceutical industry*, London/New Jersey 1990

Europarat: *Konvention des Europarats über die Fälschung von Arzneimittelprodukten und ähnliche Verbrechen, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen*: Report for Europarat 2011

Haker, Hille: *Interests, Rights and Standards of Care in the Context of Globalized Medicine*, in: *Journal of Internal Medicine* 269 (2011/4), 370–374

Healy, David: *Pharmageddon*, Berkeley/Los Angeles 2012

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA): *Consensus Framework for Ethical Collaboration* (2014), www.ifpma.org/ethics/ifpma-code-of-practice/about-ifpma-code-of-practice.html

Leak, Terry L.: *Phantom Billing, Fake Prescriptions, and the High Cost of Medicine. Health Care Fraud and What to do About it*, Itaca/London 2011

- Lessig, Lawrence: *Foreword: "Institutional corruption" defined*, in: J. Law Med. Ethics Journal of Law, Medicine and Ethics 41 (2013/3), 553-555
- Loder, Elizabeth - Tovey, David - Godlee, Fiona: *The Tamiflu Trials*, in: BMJ (Clinical research ed.) 348 (2014).
- Shah, Sonia: *The body hunters : testing new drugs on the world's poorest patients*. New York 2006
- Taylor, Patrick L.: *Innovation Incentives or Corrupt Conflicts of Interest? Moving Beyond Jekyll and Hyde in Regulating Biomedical Academic-Industry Relationships*, in: Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics 13 (2013/1), 135-197
- United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice: *Countering Fraudulent Medicines, in Particular their Trafficking*: Report for 2013
- Valverde, José Luis: *The Pharmaceuticals Industry in Trouble*, in: Pharmaceuticals Policy and Law 15 (2013/1-2), 51-69

Gibt es ein konstantinisches Zeitalter?

Korruption und moralischer Verfall in der Kirche

Paolo Prodi

Im vergangenen Jahr 2013 waren 1700 Jahre seit dem Erlass des sogenannten Edikts von Mailand vergangen. Aus diesem Anlass wurden Sammelbände veröffentlicht, Ausstellungen organisiert und Kongresse einberufen. Ohne hier eine Bilanz oberflächlicher Initiativen und neuer Forschungsergebnisse vorlegen zu wollen, denke ich doch, dass dieses Gedenkjahr angesichts der geschichtswissenschaftlichen Kritik Anlass geben kann zu einem ernsten Nachdenken über unsere heutigen Probleme, zur Diskussion über das Vorhandensein von Korruption und moralischem Verfall in der Kirche und über deren Beziehung zur Macht. Der Begriff bzw. das Paradigma „konstantinisches Zeitalter“, wie es in der Geschichtswissenschaft verwendet wird für die lange Zeitspanne der Geschichte der Kirche vom 4. Jahrhundert bis heute, wurde in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts erarbeitet von Theologen wie Karl Barth und anderen im Zusammenhang mit der Forderung nach einer Reform der Kirche im Sinne einer Rückkehr zu ihrer ursprünglichen „Form“. Dies geschah in Reaktion auf die „politische Theologie“ Carl Schmitts und auf totalitäre Ideologien. Diese Forderung wurde dann am Vorabend des Zweiten Vatikanischen Konzils vor allem von Marie-Dominique Chenu erneut vorgetragen.¹

Die Genealogie dieses Begriffes aber kann auch viel weiter, bis ins Mittelalter zurückgehend rekonstruiert werden. In der gesamten europäischen Literatur, bei