

Es waren die modernen biotechnologischen Praktiken, die einige Zeit später meinen Alltag bestimmen sollten. Praktiken, die das in den Körper eingeschriebene Wissen von biopolitischen Interventionen erweiterten und kontinuierlich verschoben. In all den Jahren als viraler Symborg befand ich mich stets inmitten von Reprogrammierungen. Eine dieser Reprogrammierungen schien eine neue Form des Kapitalismus darzustellen.

ID9606/2a-c

Jana Vanecek

Jana Vanecek ID9606/2a-c

ID9606/2A-C

JANA VANECEK

ID9606/2A-C

Dispositive eines Virus

**transversal texts
transversal.at**

ISBN der Printversion: 978-3-903046-33-7

transversal texts

transversal texts ist Textmaschine und abstrakte Maschine zugleich, Territorium und Strom der Veröffentlichung, Produktionsort und Plattform - die Mitte eines Werdens, das niemals zum Verlag werden will.

transversal texts unterstützt ausdrücklich Copyleft-Praxen. Alle Inhalte, sowohl Originaltexte als auch Übersetzungen, unterliegen dem Copyright ihrer AutorInnen und ÜbersetzerInnen, ihre Vervielfältigung und Reproduktion mit allen Mitteln steht aber jeder Art von nicht-kommerzieller und nicht-institutioneller Verwendung und Verbreitung, ob privat oder öffentlich, offen.

Dieses Buch ist gedruckt, als EPUB und als PDF erhältlich.

Download: transversal.at

Umschlaggestaltung und Basisdesign: Pascale Osterwalder

transversal texts, 2022

eipcp Wien, Linz, Berlin, London, Málaga, Zürich

ZVR: 985567206

A-1060 Wien, Gumpendorferstraße 63b

A-4040 Linz, Harruckerstraße 7

contact@eipcp.net

eipcp.net | transversal.at

Das Jahresprogramm des eipcp wird gefördert von: Kulturabteilung der Stadt Wien, Foundation for Arts Initiatives.

Die ZHdK förderte die Veröffentlichung dieser Publikation im Gold Open Access. Außerdem wurde das Buch vom Master Transdisziplinarität (ZHdK) gefördert.



>sp|P26660.3|POLG_HCVJ6 RecName: Full=Genome polyprotein; Contains: RecName: Full=Core protein precursor; AltName: Full=Capsid protein C; AltName: Full=p23; Contains: RecName: Full=Mature core protein; AltName: Full=p21; Contains: RecName: Full=Envelope glycoprotein E1; AltName: Full=gp32; AltName: Full=gp35; Contains: RecName: Full=Envelope glycoprotein E2; AltName: Full=NS1; AltName: Full=gp68; AltName: Full=gp70; Contains: RecName: Full=Viroporin p7; Contains: RecName: Full=Protease NS2; Short=p23; AltName: Full=Non-structural protein 2; Short=NS2; Contains: RecName: Full=Serine protease/helicase NS3; AltName: Full=Hepacivirin; AltName: Full=NS3 helicase; AltName: Full=NS3 protease; AltName: Full=NS3P; AltName: Full=Viroporin p70; Contains: RecName: Full=Non-structural protein 4A; Short=NS4A; AltName: Full=p8; Contains: RecName: Full=Non-structural protein 4B; Short=NS4B; AltName: Full=p27; Contains: RecName: Full=Non-structural protein 5A; Short=NS5A; AltName: Full=p56/58; Contains: RecName: Full=RNA-directed RNA polymerase; AltName: Full=NS5B; AltName: Full=p68

> 31.01.17 29R 427834 3486375 Ein reiner Gedanke und damit Nichts. Irgendwo im Dazwischen Moleküle, die das Wachstum von Dornen stimulieren. Dieser Gedanke verdichtet sich zu einem Gefühl. Er verdichtet Synapsen. Erst hier, dann dort, und dünnt sie an anderer Stelle aus. Mein Herzschlag erhöht sich. Der Blutdruck steigt. Vor meinen Augen ein Flimmern. Das Blut verdickt sich. Die Temperatur steigt an. Ich schwitze. Mir

ist kalt. Die Bronchien verkrampfen sich. Die Luftröhre verengt sich. Ich habe Angst.

C₉H₁₃NO₃

Molar und Molekular

C₈H₁₁NO₃

Molar und Molekular

11 β ,17,21-Trihydroxypregn-4-en-3,20-dion

Bitter schmeckende, farblose Plättchen

C₂₁H₂₈O₅

Molar

Ein reiner Gedanke und damit Nichts. Eine Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Kortisol und Kortison. Ein Gefühl. Ein Nichts im Zwischenraum. Zwischen dir und mir besteht keine Differenz. Das Subjekt gibt es nicht. Du bist ein Partikel. Klein. Instabil. Mutationsfähig. Irgendwo zwischen Leben und Tod. Du bist das molekulare Andere, dieses Nicht-Ich, welches das Subjekt, das nicht ist, schon seit Jahren strukturiert und ausrichtet.

M.S. sieht keine Differenz mehr zwischen dir und mir. Wenn M.S. mich anschaut und mit mir redet, sieht M.S. nur noch, wie du deine RNA seit Jahren über eine direkte Proteinsynthese in meinen Hepatozyten replizierst, synthetisierst und kopierst. Ich höre die Angst in seiner Stimme. Mein Körper bedeutet nun eine Gefahr. M.S. spricht. Kriegsvokabular. Ich werde biologisiert. Ich werde essenzialisiert.

Zwischen dir und mir besteht keine Differenz mehr. Mein Körper ist dein Körper. Unser Körper. Dein Werden entsteht in meinem Blut. Unser Körper ist ein verstreutes textuell-mythisches System. Eine nano-maschinistische Multi-Spezies. Ein infektiöser Partikel. Ein soziales Narrativ. Ein Symborg. Ein kontagiöser Prozess. Irgendwo zwischen Leben und Tod. Dieser Prozess muss immer wieder mit diffusem Kriegsvokabular adressiert werden, damit die eigene *potentia* erhalten bleibt.

MSTNPKPQRKTKRNTNRRPQDVKFPGG
GQIVGGVYLLPRRGPRLGVRATRKTS
ERSQPRGRRQPIPKDRRSTGKSWGKPGYP
WPLYGNEGLGWAGWLLSPRGSRPSWGPND
PRHRSRNVGKVIDTLTCGFADLMGYIPVV
GAPLGGVARALAHGVRVLEDGVNFATGNLPG
CSFSIFLLALLSCITTPVSAAEVKNISTGYMVT
NDCTNDSITWQLQA AVLHVP GCVPCEKV
GNTSRCWIPVSPNVAVQQPGALTQGLRTHI
DMVMSATLCSALYVGDLCGGVMLAAQM
FIVSPQHHWFVQDCNC SIYPGTITGHRMA
WMMMMNWSPTATMILAYAMRVPEVIIDIIG
GAHWGVMFGLAYFSMQGAWAKVVVILLLAAG
VDAQHTTVGGSTAHNARTLTGMFSLGARQKI
QLINTNGSWHINRTALNCNDSLHTGFLASL
FYTHSFNSSGCPERMSACRSIEAFRVGWGAL
QYEDNVTNPEDMRPYCWHYPPRQC GVVSASSV
CGPVYCFTPSPVVVGTTDRLGAPTYTWGENET
DVLLNSTRPPQGSWFGCTWMNSTGYTKTC
GAPPCRIRADFNASMDLLCPTDCFRKHPDT
TYIKCGSGPWLT PRCLIDYPYRLWHYPCTVNY

TIFKIRMYVGGVEHRLTAACNFTRGDRCNLE
DRDRSQLSPLLHSTTEWAILPCTYSIDLALST
GLLHLHQNIVDVQFMYGLSPALTKYIVRWE
WVLLFLLLADARVCACLWMLILLGQAEAA
LEKLVLHAASAASCNGFLYFVIFVAAWYIK
GRVVPLATYSLTGLWSFGLLLLALPQQAYAY
DASVHGQIGAALLVLITLFTLTPGYKTLLSRFL
WWLCYLLTLAEAMVQEWAPPMQVRGGRD
GIIWAVAIFCPGVVFEDITKWLLAVLGPAYLLK
GALTRVPYFVRAHALLRMCTMVRHLAGGRY
VQMVLLALGRWTGTYYDHLTPMSDWAANGL
RDLAVAVEPIIFSPMEKKVIVWGAETAACGDILH
GLPVSARLGREVLGVPADGYTSKGWSLLAPI
TAYAQQTRGLLGTIVVSMTGRDKTEQAGEI
QVLSTVTQSFLGTTISGVLWTVYHGAGNKT
LAGSRGPVTQMYSSAEGDLVGWPSPPGTKSLEP
CTCGAVDLYLVTRNADVIPARRRGDKRGALL
SPRPLSTLKGSSGGPVLCPRGHAVGVFRAAVCS
RGVAKSIDFIPVETLDIVTRSPTFSDNSTPPAV
PQTYQVGYLHAPTGSKGSTKVPVAYAAQGYKV
LVLNPSVAATLGFAYLSKAHGINPNIRTG
VRTVTTGAPITYSTYKFLADGGCAGGAY
DIIICDECHAVDSTTILGIGTVLDQAETAG
VRLTVLATATPPGSVTTPHPNIEEVALGQEGEI
PFYGRAIPLSYIKGGRHLIFCHSKKKCDELAAL
RGMGLNAVAYYRGLDVSVIPTQGDVVVVAT
DALMTGFTGDFDSVIDCNVAVTQVDFSLDPT
FTITTQTVPQDAVRSQRRTGRGRLGIY
RYVSTGERASGMFDSVVLCECYDAGAAWYELT
PAETTVRLRAYFNTPGLPVCQDHLEFWEAVFT
GLTHIDAHFLSQTKQSGENFAYLTAYQATVCA
RAKAPPPSWDVMWKCLTRLKPTLVGPT
PLLYRLGSVTNEVTLTHPVTKYIATCMQADLE

VMTSTWVLAGGVLAAVAAYCLATGCVCIIGRL
HVNQRAVVAPDKEVLYEAFDEMEECASRAA
LIEEGQRIAEMLKSKIQGLLQQASKQAQDIQPA
VQASWPKEQFWAKHMWNFISGIQYLAGLST
LPGNPAVASMMAFSAALTSPLSTSTTILL
NILGGWLASQIAPPAGATGFVVSGLVGAAGSI
GLGKVLVDILAGYGAGISGALVAFKIMSGEKPS
MEDVVNLLPGILSPGALVVGVICAILRRHVG
PGEGAVQWMNRLIAFASRGNHVAPTHYVTES
DASQRTQLLGLSTITSLRRLHNWITEDCPIP
CSGSWLRDWDWVCTILTDFKNWLTSKLF
PKMPGLPFISCQKGYKGVWAGTGIMTTRCPC
GANISGNVRLGSMRITGPKTCMNIWQGTFPIN
CYTEGQCVPKPAPNFKIAIWRVAASEYAEVTQH
GSYHYITGLTTDNLKVPCLPSPEFFSWVDG
VQIHRFAPIPKPFFRDEVSFVGLNSFVVGSQL
PCDPEPDTDVLTSMLTDP SHITAETAARRLAR
GSPSEASSSASQLSAPSLRATCTTHGKAYD
VDMVDANLFMGGDVTRIESESKVVVLDSL
PMVEERSDLEPSIPSEYMLPKKRFPPALPA
WARPDYNPPLVESWKRDPDYQPATVAGCALPP
PKKTPTPPRRRRRTVGLSESSIADALQQLAICS
FGQPPSGDGLSTGADAADSGSRTPPDELAL
SETGSISSMPLEGEPPDLEPEQVELQPP
PQGGVVTGSGSGSWSTCSEEDDSVCCSM
SYSWTGALITPCSPEEEKLPINPLSNSLLRYHN
KVYCTTSKSASLRAKKVTFDRMQALDAHYS
VLKDIKLAASKVTARLLTLEEACQLTPPH
SARSKYGFGAKEVRSLSGRAVNHKSVWKDL
LEDTQTPIPTTIMAKNEVFCVDPTKGGKKAAR
LIVYPDLGVRVCEKMALYDITQKLPQAVM
GASYGFQYSPAQRVEFLLKAWAEKKDPMGFS
YDTRCFDSTVTERDIRTEESIYRACSLPEEAH

TAIHSALTERLYVGGPMFNSKGQTCGYRRCRAS
GVLTTSMGNTITCYVKALAACKAAGIAPTMLV
CGDDLVISESQGTEEDERNLRAFTEAMTRYS
APPGDPPRPEYDLELITSCSSNVSVLGPQGRR
RYYLTRDPTTPIARA AWETVRHSPVNSWLGN
IQYAPTIWARMVLMTHFFSILMAQDTLDQN
LNFEMYGAVYSVSPDLPAIERLHGLDAFSLH
TYTPHELTRVASALRKL GAPPLRAWKSRARAV
RASLISRGGRAAVCGRYLFNWAVKTKLKL
PLPEARLLDLSSWFTVGAGGGDIYHSVSRAR
PRLLLLGLLLL FVG VGLFLLPAR

Are you suffering from brain fog?

Arzt: Ich denke, eine Therapie wäre sicher das Beste für Sie.

-

[längeres Schweigen]

ID9606/2a-c: Das ist mir bewusst, aber –

Arzt: Aber?

ID9606/2a-c: Ist es tatsächlich so, dass die Versicherung nicht für die Behandlung aufkommt?

Arzt: Ja, fatalerweise ist das so. Wenn nicht bereits eine gewisse Schädigung vorhanden ist, ist es effektiv so, dass keine Krankenversicherung dafür aufkommt.

ID9606/2a-c: Was heißt denn eine gewisse Schädigung?

Arzt: F2

ID9606/2a-c: F2?

Arzt: Ein sogenanntes Stadium F2.
In diesem Stadium ist bereits eine gewisse Anzahl von Vernarbungen vorhanden.
Bei F2 handelt es sich bereits um eine mittelgradige Fibrose.

ID9606/2a-c: Ohh.

Arzt: Insgesamt gibt es vier Stadien.
Ab F2 werden die Kosten übernommen.
Bei F0 und F1 noch nicht.

ID9606/2a-c: Aha.

Arzt: Nur für F2, F3 und F4 wird gezahlt. Im Moment ist das zumindest so –

Möglicherweise wird sich dieser Zustand irgendwann ändern –

Aber im Moment –

ID9606/2a-c: Was bedeutet das?

Was kann ich mir unter dem Begriff F2 vorstellen?

Arzt: F2? Das ist eine Messgröße.

Diese wird durch ein relativ neues Verfahren ermittelt.

Eine sogenannte Transiente Elastographie. Ein Fibroscan.

Das ist eine Art Ultraschallverfahren,

also ein bildgebendes Verfahren.

Dieser Fibroscan wird zur Untersuchung der Leber

verwendet. Damit wird der Anteil des Bindegewebes in der Leber gemessen.

–

Wenn ein gewisser Wert überschritten wird –

7,5 Kilo-Pascal, dann entspricht das F2. Dies ist eine

histologische Diagnose, wie eine Biopsie etwa.

Mit dieser Methode kann eingeteilt werden,

wie fortgeschritten die krankhafte Vermehrung des

Bindegewebes in den Organen –

beziehungsweise wie stark die Fibrosierung ist.

ID9606/2a-c:

Hmm.

Arzt: F2. Diese Messgröße setzt die Kriterien.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Früher wurde für diese Diagnose eine Biopsie

gemacht, doch das macht man heutzutage nicht mehr.
Was man macht, ist eine Elastographie, einen Fibroscan.

–

Das sollten wir auf alle Fälle machen.

ID9606/2a-c: Ich verstehe.

Arzt: Machen lassen, besser gesagt.

ID9606/2a-c: Das wurde bei mir noch nie gemacht?

Arzt: Ich denke nicht.

Wir haben nur einen normalen Ultraschall gemacht.

Aber –

[schaut in der Akte nach]

Der Fibroscan ist erst seit Kurzem verfügbar.

[kurze Werbeeinblendung]

**Our patients, our communities and our world,
today and for years to come.**

Market Cap \$61.3B // NASDAQ: CELG \$89.14 // Sales \$13.5B

Arzt: Diese Untersuchung wird nicht von mir ausgeführt,
das macht Professor S.

ID9606/2a-c: Alles klar.

Arzt: Mein Vorschlag wäre, wir schauen zunächst einmal,

wie es bei Ihnen aussieht. –
Vom Labor her.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Wir lassen die Entzündungswerte und den viral load überprüfen.

ID9606/2a-c: Ja. Ok.

Arzt: Und danach lassen wir einen Fibroscan machen –
Wir werden sehen, was dabei rauskommt.
Je nach Resultat können wir entweder einen Antrag bei
der Krankenkasse stellen – oder wenn das nicht geht,
besteht die Möglichkeit, die Medikamente auf
Umwegen über Indien zu beziehen.

ID9606/2a-c: Genau, Indien. Ich habe einige Artikel
darüber gelesen.

Arzt: Ja, diesen Weg gibt es.

ID9606/2a-c: Wissen Sie mehr darüber? Haben Sie be-
reits Erfahrung mit diesem Buyers Club gemacht?

Arzt: Ja, ich habe erst vor Kurzem einen Patienten über
diesen Weg behandelt.

ID9606/2a-c: Tatsächlich?

Arzt: Ja. Es ist unkompliziert.

–

Aber –

Sie müssten selbst dafür aufkommen.

ID9606/2a-c: Das ist mir bewusst.

Arzt: Und es ist nicht ganz billig.
Es kostet ungefähr 1.500 Franken.

ID9606/2a-c: *[halbherzig]* Ich weiß.
[kurze Pause, ID9606/2a-c denkt nach]
Es gibt eine Organisation in Australien, die das
Monitoring macht. Stimmt das?

Arzt: So ist es. Es gibt diesen Buyers Club.
Der organisiert das. Und dann kommt das aus Indien –
über Umwege hierher.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Indien. *[lacht unsicher]*

ID9606/2a-c: *[schweigt]*

Arzt: Und es sind dieselben Medikamente!
Dieselben Medikamente, die hier 56.000 Franken kosten.
Dieselben.

ID9606/2a-c: Wie ist das möglich?

Arzt: Nun, der besagte Konzern hat einfach gewissen Län-
dern die Lizenz verkauft. Damit die Länder, die nicht die-
selben finanziellen Ressourcen haben wie die Schweiz, diese
Arzneimittel zum Selbstkostenpreis produzieren können.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Es wäre eigentlich gedacht gewesen, dass –

ID9606/2a-c: Ich habe gelesen, Indien lässt die Substanz in China produzieren. Stimmt das?

Arzt: Wo es letztendlich produziert wird, weiß ich ehrlich gesagt nicht. –

Aber im Grunde genommen war es vorgesehen, dass das Medikament für diejenigen Länder produziert wird, die keine finanziellen Mittel haben für so teure Therapien. Doch durch den Buyers Club kann man nun auch in den Ländern, die eigentlich nicht als Abnehmer dieser Generika vorgesehen waren, zu diesen Medikamenten kommen.

–

So auch in der Schweiz.

ID9606/2a-c: Ist das legal?

Also –

Also, ich –

Ich würde es auch machen, wenn es nicht legal wäre –
Es geht hier schlussendlich um mein Leben!

Arzt: *[überrascht ob der Vehemenz]* Oh-äähm

–

also, was ich gesehen habe –

was ich gelesen habe –

[wieder etwas gefasster]

Ich bin ja schlussendlich kein Jurist, aber nach Einschätzung der zuständigen Behörden ist das legal. In der Schweiz ist es erlaubt, für den Eigengebrauch Medikamente zu importieren.

–

Wenn es nicht gerade Dopingmittel sind, oder Drogen.
Der Import von normalen Medikamenten ist nicht
verboten, nur die Menge ist limitiert.
Woher diese Medikamente kommen, interessiert
eigentlich niemanden.

ID9606/2a-c: Aber auf dem offiziellen Weg –
Die Krankenkassen wollen das ja nicht übernehmen –
Erst ab einem gewissen Stadium –
F2.

Arzt: Genau!

ID9606/2a-c: Weshalb dürfen die Krankenkassen die
Finanzierung verweigern?
Verstößt das nicht gegen das Versicherungsgesetz?

Arzt: Ah, nein!
Das ist eine Vorgabe des BAG.
Es ist das Bundesamt für Gesundheit, das diese
Vorgaben macht. Es sind nicht die Krankenkassen, die
das entscheiden.

ID9606/2a-c: [*entsetzt*] Was?!
Aber in den Medien –

Arzt: [*vehement*] Nein!
[*sehr aufgebracht*]
Es ist der Bund, der die Limitation verfügt hat!
Und zwar aus finanziellen Gründen, denn die Therapie
ist ja nach wie vor relativ teuer.
Wobei, wenn man die Indikation ausweiten würde,

würde das Medikament auch in der Schweiz billiger werden – aber da sind die irgendwie –

Ach Bern! Bern ist Bern. *[lacht]*

Bern tickt irgendwie seltsam!

–

Andere Länder –

Beispielsweise Australien –

Die Bundesregierung in Australien hat angekündigt, dass Hepatitis C ausgerottet werden soll.

Es ist eines der wenigen Länder der Welt, das Hepatitis-C-Behandlungen zu geringen Kosten und ohne Einschränkungen anbietet!

ID9606/2a-c: Das habe ich auch gelesen.

Anscheinend will man dort flächendeckend –

Arzt: Ja genau! So ist es!

In den meisten Ländern wurde die Behandlung wegen der hohen Preise auf diejenigen mit sehr fortgeschrittener Lebererkrankung beschränkt.

Australien verfolgt eine andere Strategie.

–

Doch in der Schweiz ist das momentan nicht möglich – Obwohl wir eigentlich genug Geld hätten!

Die Einschränkung wurde vom BAG aufgrund der Wirtschaftlichkeit gemacht und – Dabei hätte man ja, wie in Australien auch, sagen können, dass man das Virus ausrotten will!

Wenn man alle testen und behandeln würde –

Dann kann auch niemand mehr neu angesteckt werden!

[macht eine kurze Atempause und fährt etwas zerknirscht fort]

Nein, das ist natürlich eine politische Entscheidung!

In der Schweiz – im Moment zumindest –
das muss man betonen – vielleicht ändert es sich noch,
aber im Moment ist es nicht geplant, dass
flächendeckend behandelt wird. –
Hier werden nur diejenigen behandelt,
–
[stockt ein wenig] die von dieser Behandlung profitieren.

ID9606/2a-c: Profitieren? Aber es würden doch alle –

Arzt: Es wird damit argumentiert, dass eine HCV-
Infizierung, also Hepatitis C, nicht bei allen Betroffenen
zu einer Leberschädigung führt. Wenn das Immunsystem
Hepatitis-C-tolerant ist, dann kann es tatsächlich sein,
dass die Leber intakt bleibt und –
Bern findet eine Einschränkung sinnvoll, da das BAG
behauptet, dass bei vielen der Betroffenen gar keine
gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch das Virus
entstehen, und wenn man nun flächendeckend
behandeln würde –
dann würde man Menschen behandeln, die angeblich
keine Therapie brauchen, weil sie keinen Leberschaden
haben.

ID9606/2a-c: Aber –

Aber es gibt doch erwiesenermaßen auch andere
Krankheiten, die dadurch ausgelöst werden können –

Arzt: Natürlich!

ID9606/2a-c: Oder anders gefragt –
die ganzen Entzündungen, oder die subfebrilen
Temperaturen, oder die ständige Erschöpfung,

Depressionen, oder dieser Brain Fog –
Stehen diese Symptome immer im Zusammenhang mit
der Leber?

Arzt: Nein, nicht unbedingt.

Bei diesen Symptomen kann die Leber unter Umständen
absolut intakt sein.

–

Aber ja, man kann natürlich andere gesundheitliche
Probleme bekommen.

Nicht nur einen Leberschaden.

–

Das ist bekannt.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Und ein ganz wichtiger Punkt,
der bei dieser Argumentation nicht berücksichtigt
wird, ist folgender: Jemand, der nicht behandelt wird,
da kein Leberschaden vorhanden ist, kann natürlich
potenziell wieder jemand anderen anstecken.

ID9606/2a-c: Hmm. Das stimmt.

Arzt: Von dem her gesehen ist diese Limitation
schlussendlich schon ziemlich riskant, oder?

ID9606/2a-c: Riskant? Verantwortungslos!

Arzt: Aber so ist die Argumentation des BAG.
Es ist durchaus denkbar, dass sich die Lage ändern
könnte, wenn der Preis noch mehr sinken würde.
Eine Preisreduktion hätte sicherlich einen großen

Einfluss auf die Situation.

[längeres Schweigen]

Der momentane Preis ist bekanntlich nicht viel höher als die alte Therapie –

Die Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin.

Wie Sie wissen, gab es damals keine Einschränkungen. Die Behandlung war nicht limitiert.

Das ist neu.

–

Tja, das ist schwer verständlich.

Doch die Situation wird leider immer verzwickter.

–

Prekärer.

–

Die Politik und die Beamten mischen sich immer mehr in die Behandlungen ein, obwohl sie im Grunde genommen nichts davon verstehen.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: *[angespannt]* Es geht letztendlich ums Geld.

[atmet tief aus]

Aber jetzt schauen wir erstmal, ob wir die Therapie machen können, ohne über Australien und Indien auszuweichen.

ID9606/2a-c: Ok. Ja.

Arzt: Ich denke, als Erstes müssen wir unbedingt eine Bestandsaufnahme machen.

Bei einer Untersuchung ordnete mein Hausarzt aufgrund der auffällig erhöhten Leberwerte mehrere Tests an. Laut den Ergebnissen lag weder eine Gallenwegserkrankung vor, noch war der Tumormarker erhöht. Als auch alle weiteren Tests zu keinem Ergebnis führten, griff der Arzt auf ein antikörperbasierendes Nachweisverfahren zurück. Drei Jahre zuvor hatte man ein Virus entdeckt, das als Hauptursache einer Posttransfusionshepatitis galt, die nicht auf die beiden bereits bekannten Erreger, das Hepatitis-A-Virus und das Hepatitis-B-Virus zurückgeführt werden konnte. Mein Arzt vermutete, dass dieser Erreger für meine erhöhten Alanine-Aminotransferasen verantwortlich sein könnte. Zwei Wochen später hatten wir die Ergebnisse des ELISA HCV Antibody Tests. Der Test zeigte die gesuchten Antikörper in meinem Blut an. Doch der Arzt wollte auf Nummer sicher gehen und wir ließen einen Recombinant Immunoblot Assay (RIBA) als sekundären Bestätigungstest machen. Zu seinem Entsetzen war auch dieser Befund positiv. Positiv auf HCV Antikörper. Mein Entsetzen hielt sich in Grenzen. Ich fühlte mich gesund und hatte schlichtweg keine Ahnung, was HCV Antikörper waren.

Da der Arzt aufgrund des Immunoblots nicht zwischen einer akuten, chronifizierten oder ausgeheilten Erkrankung unterscheiden konnte, ordnete er einige Zeit später eine Reverse-Transcriptase-Polymerase-Chain-Reaction (RT-PCR) an. Die Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion wird sowohl in der Forschung als auch in der Diagnostik verwendet. Sie besteht aus der Kombination von zwei molekularbiologischen Methoden und wird für den Nachweis von RNA genutzt. Reverse Transkriptasen (RT) sind Enzyme, die

die Umschreibung von RNA in DNA katalysieren. Die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) ist eine Methode, um die Erbsubstanz DNA in vitro zu vervielfältigen. Durch die PCR wird sehr rasch ein einzelnes DNA-Molekül millionenfach amplifiziert, d.h. vermehrt. Diese Methode wird zum Beispiel für die Erkennung von Erbkrankheiten und Virusinfektionen, für das Erstellen und Überprüfen genetischer Fingerabdrücke, für das Klonieren von Genen und für Abstammungsgutachten verwendet. Sie zählt zu den wichtigsten Technologien der modernen Molekularbiologie, und viele wissenschaftliche Fortschritte auf diesem Gebiet (z.B. im Rahmen des Humangenomprojekts) wären ohne diese Methode schlichtweg nicht möglich gewesen. In meinem Fall wurde diese molekularbiologische Technik dafür genutzt, um im Blut direkt nach dem Erbmaterial (HCV-RNA) des Virus zu suchen. Ist die HCV-RNA positiv, hat man Hepatitis C. Ist die HCV-RNA negativ und nur der Antikörpertest positiv, liegt vermutlich eine ausgeheilte Hepatitis C vor. Neben dem Antikörpertest war auch mein RT-PCR-Test positiv. Außerdem erbrachte die RT-PCR den Beweis, dass die Infektion nicht akut, sondern bereits chronifiziert war und seit mindestens sechs Monaten bestehen musste.

Es war drei Jahre nach dem Fall der Berliner Mauer, als mein Arzt mir das Ergebnis verkündete. Einerseits hatte ein sehr großer und, seit meine Eltern mit mir 1979 aus der Tschechoslowakischen Sozialistischen Republik geflüchtet waren, jahrelang als verbotene Zone geltender Teil der Welt seine Grenzen für mich geöffnet. Ich durfte nun ungestraft in das Gebiet der ehemaligen Sowjetunion und deren Satellitenstaaten einreisen. In der Schweiz jedoch schienen sich die Grenzen

immer mehr zu verschließen. Die Auswirkungen des Assimilations-Regimes der 1970er und 1980er Jahre waren immer noch spürbar und sollten sich weiterhin verschärfen. Obwohl es über zwanzig Jahre her war, dass James Schwarzenbachs Initiative abgelehnt worden war, hatte sie die schweizerische Migrationspolitik für immer verändert.

Schwarzenbach war Inhaber des Thomas Verlags, der faschistische, völkische und antisemitische Schriften publizierte. Im Parlament vertrat er die Zürcher Sektion der „Nationalen Aktion gegen Überfremdung von Volk und Heimat“. Seine Rolle als Pionier des europäischen Rechtspopulismus lässt sich sicherlich auf seine „Initiative zur Überfremdung“ zurückführen, die im Juni 1970 zur Abstimmung kam. Mit 75% Wahlbeteiligung konnte sein Referendum einen Rekord verzeichnen, wobei 45% der Stimmen Schwarzenbachs Vorschlag unterstützten. Der Vorschlag hätte, wenn er angenommen worden wäre, dazu geführt, dass die Schweizer Regierung ausländische Arbeitskräfte in der Schweiz auf 10% hätte beschränken müssen. Dies hätte die Abschiebung von bis zu 300.000 Ausländer_innen zur Folge gehabt. Obwohl das Referendum nicht verabschiedet wurde, sank die Zahl der verfügbaren Arbeitserlaubnisse. Nicht nur Rechtsaußen-Anhänger_innen hatten das Volksbegehren gutgeheißen, die Zustimmung reichte auch schon damals bis weit ins sozialdemokratische Lager. Bis sich die SVP Ende der 1980er Jahre des Themas annehmen und es zu einer Triebkraft ihres Aufstiegs machen sollte, wurde in der Schweiz über drei weitere „Überfremdungsinitiativen“ abgestimmt.

Etwa zur gleichen Zeit, als Schwarzenbach mit seiner Initiative die „schweizerische Identität“ bewahren wollte, hatte der Mikrobiologe Ananda Mohan Chakrabarty

in den USA durch molekulares Klonen und genetische Rekombination eine neue Spezies für den Multikonzern General Electric kreiert.¹ Indem Chakrabarty einen bestehenden Bakterienstamm mit ringförmigen, autonom replizierenden, doppelsträngigen DNA-Molekülen aus einem anderen Bakterienstamm modifizierte, hatte er einen neuen Organismus geschaffen, der fähig war, Erdöl zu zersetzen. Chakrabarty meldete seinen Mikroorganismus 1972 zum Patent an, was zunächst abgelehnt wurde. Doch die Veränderungen des politisch-ökonomischen Klimas und der technologische Fortschritt führten schließlich dazu, dass der United States Supreme Court aufgrund einer dynamischen gesetzlichen Auslegung die Bedeutung von Patentgesetzen aktualisierte. Da Chakrabartys Bakterium genetisch verändert und mit dem Ausgangsorganismus nicht mehr identisch war, in dieser Form also in der Natur so nicht vorkam und auch sonst alle Anforderungen für das Patentrecht erfüllte, entschied der Supreme Court der Vereinigten Staaten 1980 mit 5 gegen 4 Stimmen, dass neue Lebensformen unter die Zuständigkeit des Bundespatentgesetzes fallen, und machte dieses genetisch modifizierte Lebewesen zu einem patentierbaren Produkt.²

Aus patentrechtlicher Sicht stellte die Patentierung von biologischem Material – von Kritiker_innen als Patentierung von Lebewesen bezeichnet – jedoch keine

¹ Vgl. Chakrabarty, A M, J R Mylroie, D A Friello, und J G Vacca. „Transformation of *Pseudomonas putida* and *Escherichia coli* with plasmid-linked drug-resistance factor DNA.“ *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 72, Nr. 9 (September 1975): 3647–51.

² Vgl. *Diamond v. Chakrabarty*, 447 U.S. 303 (1980), sowie Vgl. Rabinow, Paul. *Making PCR: A Story of Biotechnology*. Chicago: University of Chicago Press, 1997. 20–21

große Neuerung dar. Pflanzen und ihre molekularen Bestandteile sind seit dem Plant Patent Act von 1930 patentierbar. Außerdem hatte das finnische Patentamt bereits im Jahr 1843 ein Patent für einen Mikroorganismus erteilt, und Louis Pasteur erhielt 1873 mit No.141072 das US Patent für seine gereinigten Hefebakterien. Da aber Chakrabarty einen weiterführenden Beitrag zur Technik erbracht hatte und für eine bereits in anderen Bakterien vorhandene Eigenschaft eine bislang nicht erkannte praktische Verwendung gefunden hatte, ging seine „ölfressende Bakterie“ als erstes patentiertes genmodifiziertes Lebewesen in die Geschichte ein.³

Meine Diagnose erfolgte zwölf Jahre später, im Jahr 1992. Ich war 16 Jahre alt, als mittels RT-PCR mein Status als meldepflichtige Wirtsperson des Hepatitis-C-Virus Genotyp 2a-c bestätigt wurde. Die kalifornische Gentechnikfirma, die für die Entdeckung des lange gesuchten Erregers verantwortlich war, hatte diesen bereits 1987 zum Patent angemeldet, und auf GenBank – heute eine der drei größten DNA-Sequenzdatenbanken – waren bereits 55.169.276 DNA-Basenpaare gespeichert.⁴ Während das Dispositiv, das wir heute mit dem Begriff Biotechnologische Industrie bezeichnen, schon längst mit den wissenschaftlichen und technologischen Möglichkeiten des Genetical Engineering, Cloning und der rekombinanten DNA (rDNA) diverse Entwicklungen in der Medizin beeinflusste, erlebte die „Nationale Aktion gegen Überfremdung von Volk und Heimat“ –

³ Vgl. Fuchs, Michael, et al. *Forschungsethik: Eine Einführung*. Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler, 2010. 142–143

⁴ Vgl. „GenBank. Nucleic Acids Res. 45(D1):D37-D42 (2017)“. <ftp://ftp.ncbi.nih.gov/genbank/gbrel.txt>.

unter ihrem neuen Namen „Schweizer Demokraten“ – ein erneutes Hoch.

Ein Jahr nachdem der Kanton Appenzell Innerrhoden aufgrund einer Bundesgerichtsentscheidung dazu gezwungen werden musste, als letzter Kanton das Stimmrecht für Frauen auf kantonaler Ebene einzuführen, zogen die „Schweizer Demokraten“ erneut mit fünf Sitzen ins Parlament ein.⁵

Obwohl mein Hausarzt für die Analyse auf die neuesten Technologien zurückgriff, war seine Art zu denken, zu sehen und zu praktizieren von einem Komplex von Diskursen und Praktiken geprägt, die sich mit der Herausbildung moderner Nationalstaaten etabliert hatten. Sein klinischer Blick speiste sich aus der Vorstellung eines in sich geschlossenen und abgrenzbaren Körpers, der durch disziplinäre Machttechniken formiert und parzelliert werden kann. Er war noch zu sehr in der Vorstellung verhaftet, dass Handlungsfähigkeit eine rein menschliche Eigenschaft sei und dass ausschließlich Menschen als soziale Akteure in Betracht kommen. Diese Handlungsfähigkeit konnte seiner Ansicht nach nur durch einen gesunden Körper entwickelt werden, den es gegen Erreger jeglicher Art zu schützen galt. Mit dieser Sicht stellte er jedoch keine Ausnahme dar. Denn im Jahr 1992 konnten die wenigsten ahnen, dass sich ein neues Interventionsniveau unterhalb der klassischen biopolitischen Pole „Individuum“ und „Bevölkerung“ etablieren würde, das, gekennzeichnet durch Molekularisierung und Digitalisierung, sowohl innerhalb als auch jenseits von Körpergrenzen operiert.

⁵ Vgl. Theresa Rohner und Mitbeteiligte gegen Kanton Appenzell I.Rh., BGE 116 IA 359. (1990)

Diese Biomacht, von der auch der französische Philosoph Michel Foucault in seinen Analysen spricht, zielte darauf ab, alle Subjekte in verfügbare Körper zu verwandeln. Foucault konzentrierte sich auf die Technologien der Subjektivierung, Techniken der Subjektformung und auf das ihnen zugrunde liegende Netz sozialer Beziehungen, die innerhalb von kulturellen Logiken und der politischen Ökonomie die Verwaltbarkeit des Lebens anstreben.⁶ Doch Foucaults Begriff der Biomacht „orientierte sich an einem ganz bestimmten Augenblick der Geschichte, der heute [und zum Zeitpunkt meiner Diagnose] bereits der Vergangenheit angehörte.“⁷

Bis zum Tag meiner Diagnose begriff ich meinen Körper im Rahmen von Gliedmaßen, Organen, Geweben, Blutströmen und Hormonen. Mein Selbstverständnis „meiner körperlichen Materialität“ – die Leiblichkeit des Subjekts – war auch vom Zeitalter der klinischen Medizin geprägt. Ich hatte zwar mitbekommen, dass James Watson und Francis Crick bereits vierzig Jahre zuvor ein räumliches Modell der DNA-Doppelhelix erstellt hatten, das auf den Röntgenbeugungsdaten von Rosalind Franklin und Maurice Wilkins beruhte. Doch die Vorstellung eines „molekularen Körpers“, beziehungsweise eines „Denkstils“, in dem das Konzept des „Individuums“ vollständig verschwindet oder durch den Fokus auf zelluläre und molekulare Wechselwirkungen im Verborgenen bleibt, war für mich undenkbar. Dies hatte

⁶ Vgl. Braidotti, Rosi. „Zur Transposition des Lebens im Zeitalter des genetischen Kapitalismus“. In *Bios und Zoë: Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*, herausgegeben von Martin G. Weiß. Suhrkamp Verlag Berlin, 2009. 109

⁷ Haraway, Donna J. *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan_Meets_OncoMouse: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge, 1997. 174

nicht nur damit zu tun, dass ich weder den Zugang noch das Wissen zu den erforderlichen Technologien und Prozessen hatte, die mir das Privileg einer solch partialen Perspektive verschafft hätten. Abgesehen davon war ein Modell der lebenden Welt, einschließlich der Welt der Menschen, das nicht einmal die Hypothese der menschlichen Person erfordert,⁸ zu diesem Zeitpunkt auch für die Wissenschaft noch Zukunftsmusik.

Das Human Genome Project (HGP) war erst zwei Jahre alt und steckte noch in den Kinderschuhen. Doch im selben Jahr, in dem mir die PCR das Vorhandensein einer molekularen Agency bestätigt hatten, deren Wirkmechanismus einige Jahre später auch meine körperliche Materialität prägen sollten, gab es bereits die ersten ethischen Uneinigkeiten. James Watson, der das Human Genome Project zu diesem Zeitpunkt leitete, verließ das Projekt nach einem Streit mit der Direktorin der wichtigsten US-amerikanischen Gesundheitsbehörde für biomedizinische Forschung, den National Institutes of Health. Watson lehnte Bernadine Healys Versuche, Gensequenzen patentieren zu lassen, ab. Wie viele menschliche Gensequenzen bis heute patentiert wurden, kann das HGP nicht eindeutig beantworten. Auf der Website der National Institutes of Health wird diese Frage zum HGP folgendermaßen beantwortet: „Es ist wahr, dass private Unternehmen in den letzten Jahren Tausende von Patenten auf menschliche Gene angemeldet haben. Wir wissen nicht, wie viele solcher Patente angemeldet wurden, ob die Patente erteilt werden, oder

⁸ Vgl. Atlan, Henri. „Biological Medicine and the Survival of the Person“. *Science in Context* 8, Nr. 1 (1995). 265–277, DOI:10.1017/S026988970000199X.

ob sie vollstreckbar sind. Die meisten Patentanmeldungen wurden nicht bearbeitet, sodass wir wirklich nicht wissen, wie viel des Genoms zu kommerziellen Zwecken frei verwendet werden kann.“⁹

Bei meinem ersten Kontakt mit der PCR hatte ich absolut keine Ahnung davon, dass es sich hier um eine sich vor meinen Augen vollziehende Mutation eines Machttypus handeln könnte. Eine Macht, die in enger Beziehung mit neuen Formen des Wissens stand und sich nicht länger eines klinischen, sondern eines genetischen Blicks auf meinen Körper bediente. Ein Körper, dessen Zerlegung und Rekombination mittels Biotechnologien von mir nicht verstanden wurde, aber dessen molekulare Neuartikulation meine Sichtweise auf biopolitische Problematiken noch nachhaltig prägen sollte. Heute, dreißig Jahre später, interpretiert die Biomedizin das Leben anders. Das Leben wird hinsichtlich der Eigenschaften und Umsetzungen von codierenden Sequenzen von Nukleotidbasen und deren Variationen verstanden, die molekulare Mechanismen, Genexpression und Transkription regulieren.¹⁰ Zudem lässt sich heutzutage mit ziemlicher Sicherheit behaupten, dass die Biomedizin, und insbesondere die Genetik, „[v]erglichen mit der Revolution in der Physik [...] vermutlich das größere Potential zur Umformung von Gesellschaft und Leben [birgt], da sie auf der Mikroebene vermittelt einer Reihe biopolitischer Praktiken und Diskurse

9 „The Human Genome Project FAQ | NHGRI“. <https://www.genome.gov/human-genome-project/Completion-FAQ>. Zugegriffen 14. Mai 2019.

10 Vgl. Rose, Nikolas. „Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital“. *Social Theory & Health* 5, Nr. 1 (1. Februar 2007): 3–29. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700084>.

in das gesamte soziale Gefüge eingebunden sein wird.“¹¹ Dieser Paradigmenwechsel wird allerdings eine Absage an die humanistische Vorstellung vom Menschen als Maß aller Dinge und als Zentrum aller diskursiven und sozialen Praktiken mit sich bringen. Er wird die Geisteswissenschaften vor ungeahnte Probleme ethisch-politischer Natur stellen.¹²

Am Tag meiner Diagnose fing gewissermaßen auch mein Denkstil langsam an zu mutieren. Der Arzt hatte mir erklärt, was eine Reverse Transkriptase, ein Genotyp und eine PCR ist. Ich hörte zum ersten Mal davon, dass Uracil anstelle von Thymin als Base in der RNA auftritt. Und meine Viren schienen aufgrund einer sehr hohen Fehlerrate ihrer RNA-abhängigen Polymerasen so schnell zu mutieren, dass sie extrem viele Varianten ihrer selbst produzierten. Diese Quasispezies halfen dem Virus, der Immunantwort des Körpers zu entgehen, und stellten einen Grund dar, weshalb nicht nur ich, sondern auch viele andere Menschen eine chronische HCV entwickelten. Keine Frage, ich war mit einem Schlag im molekularen Zeitalter angekommen. Ein Zeitalter, in dem das Erbmaterial sequenziert, als FASTA-Code gespeichert, in Biobanken gelagert oder in Stammzellenlinien kultiviert werden kann und nicht denselben biologischen Rhythmen unterworfen ist wie der organische Körper. Ein Zeitalter, in dem die Biologie nicht mehr als Entdeckungswissenschaft gilt, die Lebensprozesse registriert, dokumentiert und ordnet, sondern als eine Transformationswissenschaft begriffen wird, die

11 Rabinow, Paul. *Anthropologie der Vernunft: Studien zu Wissenschaft und Lebensführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2004. 138

12 Vgl. Braidotti, 2009. 108–114

Lebewesen aktiv verändern kann. Ein Zeitalter, in dem Moleküle und Lebensprozesse patentiert werden und der technologische Fortschritt in der Medizin bereits die sozialen Identitäten verändert hatte, neue Formen der politischen Assoziation schuf und ständig neue Kapitalkreisläufe eröffnete.

Der Begriff Individuum wurde für mich obsolet. Seine lateinische Bedeutung war nicht mehr praktikabel für mich. Das lag aber nicht nur daran, dass mein Blut infektiös war. Die Viren, diese 50 nm großen Hacker_innen in meinem Blut wurden gewissermaßen zu meinen Lehrmeister_innen. Sie zeigten mir durch ihre Anwesenheit und Tätigkeit, dass mein Körper keine in sich geschlossene Monade, kein organisches Substrat, sondern vielmehr ein Text ist, der gelesen und umgeschrieben werden kann. Ein Text, der nicht einfach eine modulierbare Hardware ist, sondern vielmehr eine molekulare Software, deren Prozesse reprogrammierbar sind. Ein Text, der mit anderen molekularen Softwares immer in Verbindung steht. Selbst dann, wenn es sich nicht um menschliche Tiere handelt. Doch es waren nicht die Viren allein, welche die epistemischen und normativen Grenzen zwischen Menschen und Nichtmenschen für mich auflösen sollten und in mir ein anderes Verständnis für das Verhältnis zwischen Leben und Tod etablierten. Es waren die modernen biotechnologischen Praktiken, die einige Zeit später meinen Alltag bestimmen sollten. Praktiken, die das in den Körper eingeschriebene Wissen von biopolitischen Interventionen erweiterten und kontinuierlich verschoben. In all den Jahren als viraler Symborg befand ich mich stets inmitten von Reprogrammierungen. Eine dieser Reprogrammierungen schien eine neue Form des Kapitalismus darzustellen.

ID9606/2a-c: Sind Sie sich da ganz sicher?

Arzt: Doch. Doch. Wir haben einige Untersuchungen in Auftrag gegeben.

ID9606/2a-c: Und?

Arzt: *[tippt auf der Tastatur]* Es sieht ganz gut aus.

ID9606/2a-c: Tatsächlich?

[beide blicken einander etwas unsicher an]

Arzt: *[zögerlich und etwas gedehnt]* Naja – um es präzise auszudrücken, sieht es nur für die Leber gut aus.

ID9606/2a-c: *[halbherzig]* Aber in diesem Fall, nicht gut für –

Arzt: Nicht gut für die Therapie. Leider.

ID9606/2a-c: *[ist einerseits erleichtert, andererseits stark verunsichert]*

Arzt: Nein, nur für die Leber sieht es gut aus.

[beide schweigen, die Körper sind angespannt]

Arzt: *[etwas verhalten]* Nun, wir haben zuallererst den Quick überprüfen lassen. Wenn die Leber bereits einen gewissen Schaden hat – und ein bestimmtes Gerinnungseiweiß nicht mehr ausreichend produziert – Dann wäre der Wert vermindert.

Doch mit 119% befindet sich dieser Wert bei Ihnen im Normbereich.

ID9606/2a-c: *[überrascht]* Hmm!

Arzt: Bei einer Fibrose oder Zirrhose wäre die Syntheseleistung reduziert. –
Das ist bei Ihnen nicht der Fall.

ID9606/2a-c: *[atmet leise aber erleichtert aus]*

Arzt: Das ist schon einmal gut.

ID9606/2a-c: *[nickt]* Hmm.

Arzt: Außerdem haben wir den Eisenwert messen lassen, der liegt bei 75, das ist weder zu hoch noch zu tief.

–

Dann Creatinin, das ist ein Nierenretentionsparameter. Das ist insofern wichtig, weil das Hepatitis-C-Virus auch die Nieren beeinträchtigen kann.

ID9606/2a-c: *[nickt]*

Arzt: Es sieht gut aus.
Ihr Creatinin-Wert befindet sich im Normbereich.

ID9606/2a-c: Gut zu hören.
[atmet hörbar aus]

Arzt: Dann die Leberwerte –
Die sind normal.

–

Auch die Transaminasen sind normal.

Der GPT liegt bei 44.

[zögert kurz]

Gut, wenn keine Hepatitis C vorhanden wäre, dann –

Dann wäre dieser Wert vermutlich noch tiefer.

Würde ich jetzt mal so behaupten.

ID9606/2a-c: Wie meinen Sie das?

Arzt: 44 bedeutet, dass der GPT bei Ihnen nicht über den Normwert hinausgeht. Der GPT muss unter 50 sein und das ist bei Ihnen der Fall. Wobei 44 eher etwas –

ID9606/2a-c: *[blickt den Arzt fragend an]*

Arzt: Innerhalb des Normwerts befindet sich Ihr Wert eher im oberen Bereich. –

Früher lag die Definition für die obere Normgrenze bei 35 und nicht bei 50. Diese Definition wurde in den letzten Jahren nach oben angepasst. –

Wie einige andere auch.

ID9606/2a-c: Und was –

Arzt: Der GPT ist der wichtigste Leberwert, der uns Aufschluss über die Leberfunktion geben kann. Wenn die Leber geschädigt ist, dann steigt dieser Wert an.

–

Es handelt sich dabei um Enzyme, die sich in der Zelle befinden –

Genauer gesagt: Enzyme, die sich eigentlich im Zytoplasma der Leberzellen befinden sollten. Werden die Zellen aufgrund der Infektion zerstört, wird das

GPT freigesetzt und gelangt ins Blut. Das ist quasi ein Ausdruck für die Entzündung.

ID9606/2a-c: Ach so.

Arzt: Und die Entzündung ist bei Ihnen minimal.

ID9606/2a-c: Ich verstehe.

Arzt: Die Entzündung Ihrer Leber ist kaum messbar.

[kurze Werbeeinblendung]

We do more than treat diseases.

We aim to make a remarkable impact on people's lives.

Market Cap \$165.3B // ABBV \$80.02 // Sales \$29.6B

ID9606/2a-c: Ok.

–

Das Virus –

Das vermehrt sich doch – ähhhm–

–

Das kann sich nicht selbst vermehren, oder?

Das muss sich über diese Leberzellen vermehren?

Arzt: Ja genau!

Das Virus missbraucht quasi diese Leberzellen, um neue Viren zu bilden.

Alle Viren brauchen Zellen für die Reproduktion – beziehungsweise Replikation.
Sie sind auf den Stoffwechsel einer Wirtszelle angewiesen.

–

Das Virus programmiert die Zelle um, und diese produziert dann neue Viren. Wie eine kleine Fabrik.
Eine molekulare Fabrik.

ID9606/2a-c: Und das Immunsystem?

–

Es ist doch das Immunsystem, welches die Zellen als befallen erkennt und schlussendlich zerstört?
Oder würden die Viren selbst auch diese Zellen zerstören?

Arzt: Nein, nein! Es ist das Immunsystem!

–

Es gibt allerdings immuntolerante Menschen, die eine sehr hohe Virenanzahl in der Leber oder überhaupt im Körper haben können, ohne dass sich das Immunsystem dagegen wehrt.

–

Ein typisches Beispiel ist ein Baby, das bei der Geburt mit Hepatitis B angesteckt wird.

–

Neugeborene kommen bekanntlich mit einem unvollständig ausgebildeten Immunsystem zur Welt.
Doch das Virus ist schon da. Genauer gesagt:
Das Virus ist bereits vorhanden, bevor das Immunsystem vollständig ausgebildet ist, und dementsprechend ist das Virus für das Immunsystem nicht mehr fremd.

ID9606/2a-c: [*nickt*]

Arzt: Unter diesen Umständen schenkt das Immunsystem dem Virus weder Beachtung, noch wehrt es sich dagegen. Das Virus ist alles andere als interessant. Es ist einfach da, und das Immunsystem reklamiert nicht.

ID9606/2a-c: Hmm. Ich verstehe.

Arzt: Ein ähnliches Beispiel kann aber auch in späteren Lebensphasen vorkommen. Es gibt Menschen, die eine relativ hohe Anzahl Viren im Blut haben, deren Transaminasen aber den Messwerten nach im Normbereich liegen.

Dem Immunsystem ist es in diesem Fall völlig egal, dass das Virus vorhanden ist.

ID9606/2a-c: Und zu welcher Sorte gehöre ich?

Arzt: Ähhhm –

[schaut in den Unterlagen nach]

Sie haben nicht so wahnsinnig viele Viren.

Es sind nur 634.000 pro ml/mol.

ID9606/2a-c: Waren es nicht schon mal mehr?

Arzt: Hmm. Das ist denkbar.

[wühlt in den Unterlagen]

Aber viele waren es noch nie.

ID9606/2a-c: Könnte es sein, dass meine Viren einfach faul sind? Oder vielleicht wollen sie sich nicht replizieren? Oder sie verweigern sich! – Wie Bartleby!

Arzt: Ja, vielleicht –
Hmmm, faule Viren, die die Reproduktion verweigern.
*[der Arzt findet an dieser Vorstellung gefallen und
kichert vor sich hin, während er weiter in den
Unterlagen sucht]*
Hmm–
[etwas leiser, fast schon zu sich selbst sprechend]
Da haben wir 300.000.
*[murmelt leise weitere Zahlen vor sich hin, die er von den
Unterlagen abliest]*
[spricht wieder lauter, an ID9606/2a-c gewendet]
Nein, bei Ihnen liegt die Anzahl immer im selben
Bereich.
Mit gewissen Schwankungen.
Einmal waren es sogar nur 117.000 –
Nein! Noch weniger!
68.000 war der tiefste Wert –

ID9606/2a-c: War dies nach der Therapie mit
Interferon und Ribavirin?

Arzt: Ja, das stimmt. Das war nach der Therapie.
Da war die Anzahl sehr tief. Doch letztendlich waren
ihre Werte immer so um ein paar 100.000 herum.
Nein. Sie haben keine hohen Virenmengen im Blut.
Weil – wenn man wirklich eine hohe Anzahl Viren im
Blut hat

–

Also, als hoch gilt eine Menge ab 6 Millionen, und
davon waren Sie immer weit entfernt.

ID9606/2a-c: Alles klar.

Arzt: Es ist im Prinzip eine nicht so aktive Virus-Erkrankung, und dementsprechend liegen auch alle Werte im Normbereich. Allerdings sagt das nicht unbedingt etwas über Ihren Gesundheitszustand aus. Die Zahlen bezeugen vielmehr, dass Ihre Viren nicht so aktiv sind.

ID9606/2a-c: *[mehr zu sich selbst]* Sie sind faul.
[kichert]

Arzt: *[wendet sich, immer noch schmunzelnd, wieder den Laborergebnissen zu]*

Das Bilirubin ist auch nicht erhöht. Das ist sehr gut!
[blickt auf, zu ID9606/2a-c gewandt]

Bilirubin wird in der Leber gebildet, wenn die roten Blutkörperchen abgebaut werden.

Normalerweise wird es durch die Galle ausgeschieden. Doch wenn Bilirubin in hoher Konzentration im Blut vorkommt, färbt es die Haut und Augen gelb.

–

Deshalb der Name Gelbsucht.

ID9606/2a-c: *[nickt]*

Arzt: Dann das Albumin –

Das ist ein Eiweiß, das die Leber produzieren sollte.

Das macht Ihre Leber. Ganz normal.

Wie wenn nichts wäre.

ID9606/2a-c: Gut.

Arzt: Dann haben wir das Alpha-Fetoprotein gemessen. Das ist ein Protein, das beim Menschen

durch das AFP-Gen kodiert wird.
Dieser Wert dient uns als Tumormarker. –
Im Rahmen einer fortgeschrittenen Lebererkrankung
– sprich Leberzirrhose – kann ja ein Lebertumor
auftreten.

ID9606/2a-c: *[rutscht verkrampft auf dem Stuhl herum]* Ich weiß.

Arzt: Und dementsprechend –
[räuspert sich]
Wäre das Alpha-Fetoprotein erhöht.
Aber dieser Wert ist bei Ihnen völlig normal.
[hustet]
Sie haben keine Leberzirrhose.

ID9606/2a-c: *[wird etwas lockerer und atmet tief aus]*
Gut!

Arzt: Dann das Vitamin D –
Das ist eher ein bisschen tief.
Hier könnten Sie ein wenig mehr vertragen.
Der Wert liegt bei 52. Er befindet sich knapp im
Normbereich.

ID9606/2a-c: Kann ich eine Spritze haben?

Arzt: Ja klar, ich kann Ihnen eine Spritze geben.
[murmelt zu sich]
Ich muss das kurz notieren.
*[sucht ein Formular und einen Stift und kritzelt etwas
aufs Papier]*
Dann ähhhm –

Dann haben wir den Urin geprüft.

–

Aber auch dort haben wir nichts Spezielles festgestellt.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Der viral load liegt –

Wie bereits erwähnt, bei 634.000.

Das ist im üblichen Bereich.

–

Dann haben wir noch einmal den Genotyp bestimmen lassen. Es handelt sich um den Genotyp 2, Subtyp a-c. Wir müssen sichergehen, dass es sich tatsächlich um den Genotyp zwei handelt. Das ist für die Therapieplanung enorm von Bedeutung. Aber es handelt sich auf jeden Fall um den Genotyp 2. Ob a oder c spielt bei diesem Medikament eigentlich keine Rolle.

[atmet aus und spricht dann lauter weiter]

Ok. Das wars!

Ah nein!

Der Fibroscan!

Der sieht auch gut aus!

Die Elastizität Ihrer Leber liegt bei 3,6 – völlig normal.

[nimmt den Bericht in die Hand]

Laut dem Bericht von Herrn Professor S.
ist keine Fibrose erkennbar.

ID9606/2a-c: *[atmet erleichtert aus]* Gut.

[fast unhörbar] Zum Glück.

Arzt: Also, von der Leber her sieht es –

Ahh, Moment!

Das hier haben wir ja auch noch!

[zieht ein weiteres Papier aus der Akte hervor]

Ihr Blutbild wurde ebenfalls untersucht:

Der CRP – das ist ein Entzündungsmarker.

Der ist kleiner als fünf, so wie es sein muss.

–

Weiße Blutkörperchen: 4300 – das ist normal.

–

Hämoglobin –

Das ist der eisenhaltige Proteinkomplex, der in den roten Blutkörperchen Sauerstoff bindet und ihnen die rote Farbe verleiht. Der Blutfarbstoff sozusagen. Dieser Wert liegt bei 135 Gramm pro Liter.

Das ist auch gut!

–

Und die roten Blutplättchen –

die können im Zusammenhang mit der Hepatitis vermindert sein – Doch auch die sind bei Ihnen völlig normal mit 252.000.

Also, wenn man diese Werte betrachtet und den Ultraschall respektive den Fibroscan anschaut, dann scheint alles in Ordnung zu sein.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Das heißt aber auch, dass Sie die Kriterien nicht erfüllen.

–

Äh hm –

die Kriterien, die vom BAG festgelegt wurden für eine Kostenübernahme der Hepatitis-C-Behandlung.

ID9606/2a-c: Das ist mir klar. Leider.

Arzt: Das Einzige, was wir jetzt machen können, ist –
Wir haben doch das letzte Mal darüber gesprochen,
dass Sie Beschwerden haben, die nicht in den
Kriterienkatalog aufgenommen wurden.

ID9606/2a-c: Ja, das stimmt.

Die bestimmen auch massiv mein Leben.
Und auch meine Arbeitsfähigkeit.

–

Erschöpfungszustände –
massive Konzentrationsstörungen –
bis hin zu totalen Blackouts.

Arzt: [*nickt verständnisvoll*]

Diese Symptome sind übrigens im Zusammenhang mit
der Hepatitis C wohlbekannt.

ID9606/2a-c: Dann die jahrelange Geschichte mit den
Depressionen.

Arzt: Auch das kann im Zusammenhang stehen!

In den Forschungen stellt dies keine neue Erkenntnis
dar, doch diese Symptome wurden einfach außer
Acht gelassen. Das BAG hat den Kriterienkatalog
nur auf die Erkrankungen der Leber reduziert. Die
extrahepatischen Manifestationen wurden in der
Limitation zwar vermerkt, aber nicht differenziert
ausgeführt. Es besteht kein Katalog.

ID9606/2a-c: [*atmet mutlos aus*] Ich weiß.

Arzt: Also –

[richtet sich in seinem Bürostuhl auf]

Mein Vorschlag wäre folgender –

Ich würde dies nun alles zusammenstellen –

ID9606/2a-c: Ja?

Arzt: Und einen Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse stellen. Mit der Begründung, dass diverse extrahepatische Manifestationen vorhanden sind.

–

Doch gemäß der Limitation besteht allerdings ein Problem.

ID9606/2a-c: Ja? Welches denn?

Arzt: Das Problem der Interpretation.

ID9606/2a-c: Wie darf ich das verstehen?

Arzt: Es ist eine Ermessensfrage.

ID9606/2a-c: Das heißt?

Arzt: Ob eine Kostenübernahme garantiert wird oder nicht, ist völlig abhängig von der Person, die Ihren Fall beurteilen wird.

–

Es ist schlichtweg eine Glückssache.

ID9606/2a-c: Sie sprechen von Willkür.

[kurze Werbeeinblendung]

A novel paradigm for a comfortable and happy life
Market Cap \$30.3B // KRX: 068270:KS \$184.49 // Sales \$898M

Arzt: Das ist etwas scharf formuliert, aber ja.
So unrecht haben Sie damit nicht. –
Nichtsdestotrotz sollten wir es auf alle Fälle versuchen!

ID9606/2a-c: Ja. Klar. Sicher! Ja!

Arzt: Uuuund –
Falls die Versicherung das Gesuch ablehnen würde –
gäbe es ja noch den Ausweg über Indien.

ID9606/2a-c: Den Buyers Club?

Arzt: Ganz genau! Ich habe Erfahrung damit.

ID9606/2a-c: Gut!

Arzt: Ich habe einen Patienten betreut, der die
Medikamente über den indischen Bezugskanal
organisieren musste.

ID9606/2a-c: Es braucht aber ein Rezept, oder?

Arzt: Allerdings.
Das stimmt –
Ohne Rezept bekommt man auch in Indien keines von

diesen Medikamenten. Aber ich kann Ihnen ein Rezept ausstellen. Das ist überhaupt kein Problem.

ID9606/2a-c: Ok. Danke.

Arzt: Wie bereits erwähnt, ich habe das Prozedere schon einmal mit einem Patienten durchexerziert. Und es funktioniert!

ID9606/2a-c: Mit diesem Rezept kann ich die Generika einfach online über diesen FixHepC Buyers Club bestellen. Ist das richtig?

Arzt: Ja, das ist richtig!
Der Buyers Club bestellt die Medikamente über eine Apotheke in Indien und leitet sie weiter in die Schweiz. Falls die Kostenübernahme abgelehnt wird – würden wir diesen Weg einschlagen!

ID9606/2a-c: Ok. Das beruhigt mich ein klein wenig. So habe ich zumindest nicht das Gefühl, jede Handlungsmacht zu verlieren. Einen Plan B zu haben, bedeutet doch eine minimale Entscheidungsfreiheit.

Arzt: [*nickt betroffen*] Ich verstehe.

ID9606/2a-c: Ich habe noch eine Frage bezüglich des Genotyps: Ist es trotz der neuen Medikamente nach wie vor üblich, bei diesem Genotyp eine Kombinationstherapie mit Ribavirin zu verschreiben?

Arzt: Das muss ich nachlesen.

–

Ich weiß, dass bei diesem Genotyp die Therapie nicht besonders einfach ist.

ID9606/2a-c: Ja genau. Das ist mir auch bekannt.

Arzt: Hmm –

Genotyp 2a-c –

Es gibt ein pangenotypisches Medikament –

[denkt angestrengt über den Handelsnamen nach]

Ach, wie heißt es schon wieder –

Ähmm –

Esss –

Esss, Escura –

Nein, es heißt –

ID9606/2a-c: *[springt dem Arzt ins Wort]*

Das ist ganz neu? Oder?

Arzt: Ja, es wurde erst kürzlich zugelassen.

Esss, Esss, Moment –

[wendet sich ab und schaut in den Akten nach]

ID9606/2a-c: Ich wäre froh, wenn ich das Ribavirin nicht noch einmal nehmen müsste.

Arzt: *[wendet sich wieder ID9606/2a-c zu]* Ja klar!

Das kann ich gut verstehen! Wobei Ribavirin alleine, ohne Interferon, einigermaßen erträglich ist.

[betonend] Einigermaßen.

–

Ich würde das Gesuch für das neue Medikament einreichen.

ID9606/2a-c: *[erleichtert]* Ja?

Arzt: Esss, Esss –

Ich muss nachschauen.

Ich habe die Bezeichnung vergessen.

In letzter Zeit kommen ständig neue HCV-Medikamente auf den Markt.

[wendet sich ab und sucht in seinen Unterlagen]

ID9606/2a-c: Ja, das ist mir auch aufgefallen!

Wenn ich mich recht erinnere, ist auch das neue Medikament von Gilead Sciences?

Arzt: *[ist mit dem Körper immer noch abgewendet und sucht in seinen Unterlagen]*

Ja, das stimmt. Auch dieses Medikament ist von Gilead Sciences.

ID9606/2a-c: Irgendwie total extrem, in welcher kurzen Zeitspanne mehrere neue HCV-Therapien zugelassen wurden.

Wird die alte Therapie mit Ribavirin und Interferon überhaupt noch verschrieben?

Arzt: *[wendet sich aufgrund dieser Frage abrupt von den Akten ab und ID9606/2a-c zu]*

[vehement] Nein!

Um Himmels willen!

[noch viel vehement] Also ich verschreibe das sicher nicht mehr!

[wendet sich wieder ab und sucht weiter in den Aktschränken, fährt ohne Unterbrechung fort, nur etwas lauter]

Ich habe letztthin ein Gesuch für eine der neuen Therapien gestellt. Es handelte sich dabei um eine Patientin, die noch nie Interferon genommen hat. Sie hat aufgrund der bekannten Nebenwirkungen und der niedrigen Erfolgsquote die Therapie mit Interferon und Ribavirin schon gar nicht angefangen. Verständlicherweise! Und dieses Gesuch wurde mit der Begründung abgelehnt, es gebe eine günstigere Therapie auf dem Markt: Interferon und Ribavirin!

[lacht hörbar, irgendwo zwischen verzweifelt und genervt]

ID9606/2a-c: *[schüttelt sichtlich entsetzt den Kopf]*

Unglaublich! Auf der ethischen Ebene ist diese Antwort inakzeptabel! Aber, auch wirtschaftlich gesehen – das scheint hier ja die einzige Relevanz zu sein – so viel günstiger ist doch die alte Therapie gar nicht?

–

Oder?

Arzt: *[immer noch abgewandt]*

Ich habe daraufhin zurückgeschrieben, dass dies gar nicht stimmt!

[wendet sich aufgebracht ID9606/2a-c zu]

Dass dies *so* nicht stimmt! Da die Erfolgsaussichten maximal bei 50% liegen! Eher weniger als mehr!

Von den Folgeschäden mal abgesehen!

Es kann doch aufgrund dieser wissenschaftlich belegten Tatsachen nicht die Rede davon sein, dass dies eine wirksame Alternative darstellen soll!

[etwas rubiger]

Nach dieser Antwort hat die Kasse das Gesuch für die neue Therapie akzeptiert.

ID9606/2a-c: *[erleichtert]* Glücklicherweise!

Ich kann mich gut daran erinnern, wie es mir mit dieser Therapie ergangen ist.

Arzt: *[nickt zustimmend]*

ID9606/2a-c: Es hat zwei Jahre gedauert, bis ich endlich wieder einigermaßen auf die Beine gekommen bin!

–

Zum Teil spüre ich gewisse Folgen heute noch.

–

Und genützt hat es nichts!

Arzt: *[sortiert die Papiere]* Ich kann mich erinnern, Ihr Blutbild sah gar nicht gut aus. Sehr prekär!
Wir mussten die Therapie frühzeitig abbrechen.

–

Nein!

–

Diese Therapie ist nicht mehr in Betrieb!

–

Definitiv nicht!

ID9606/2a-c: Gut so!

Arzt: Zumindest bei mir nicht!

–

Ich weiß allerdings nicht, wie es bei anderen aussieht.

–

Ob es noch Ärzt_innen gibt, die das verschreiben?

Aber –

Das kann ich mir ehrlich gesagt nicht vorstellen.

Ich kenne niemanden.

ID9606/2a-c: Aber bezahlt wird sie noch?

Arzt: Bezahlt wird sie noch. [*genervt*] Natürlich!

Es ist einfach unglaublich!

Trotz niedriger Erfolgsquote und Folgeschäden ist keine Limitation vorhanden!

Es gibt keine Restriktionen und keine Probleme mit der Kostenübernahme!

ID9606/2a-c: Könnte es daran liegen, dass es sich bei Pegasys (Interferon) und Copegus (Ribavirin) um zwei Schweizer Produkte handelt?

–

Roche und Novartis –

Arzt: Hmm –

Ich denke eher nicht.

Ich glaube, es hat vielmehr damit zu tun, dass es sich hier um einen Fall handelt –

Der –

[*räuspert sich*]

von früher her –

wo man noch nicht so eingegriffen hat.

[*sortiert seine Unterlagen*]

ID9606/2a-c: Was genau meinen Sie mit „nicht so eingegriffen hat“?

Arzt: Früher – [*räuspert sich*]

als sich das Bundesamt für Gesundheit – oder

um welche Institution es sich dann effektiv

handeln mag – noch nicht auf diese Weise in die

Therapiemöglichkeiten eingemischt hat.

ID9606/2a-c: Ach so.

Arzt: Früher war man als Arzt relativ frei in diesen Entscheidungen. –

Ich will es mal so sagen, als Arzt ist es meine Aufgabe, alles Mögliche zu tun, um meinen Patient_innen zu helfen!

Und früher konnte man in der Regel alles veranlassen, was man als Arzt im jeweiligen Fall für richtig empfunden hat. Medizinisch gesehen, und selbstverständlich in Absprache mit den Patient_innen.

Das war früher Standard!

–

In Hinblick auf Interferon beispielsweise, hatten wir nie Einschränkungen.

ID9606/2a-c: Weshalb hat der Staat dem ärztlichen Personal das Monopol für die diagnostischen Entscheidungen entzogen?

Das sind doch alles Fachpersonen?

Arzt: Das ist mit den neuen Substanzen gekommen. Gut – diese waren anfangs doppelt so teuer wie die einjährige Kombinationstherapie mit Ribavirin und Interferon – Doch mittlerweile sind die neuen Therapien etwa gleich teuer und trotzdem werden sie durch den Staat rationiert.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Hinzu kommt, dass die Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der alten Kombinationstherapie sehr abschreckend waren und die Erfolgsquote zu gering.

Dementsprechend haben sich verhältnismäßig wenige den Risiken dieser Behandlung ausgesetzt. Die meisten hatten Angst davor. Verständlicherweise. Aber mit diesen erfolgsversprechenden neuen Therapien, die zudem auch noch gut verträglich sind – Wie Zuckerwasser quasi! *[lacht]* Da hatte der Bund wohl die Befürchtung, dass plötzlich eine große Anzahl von Infizierten auf einmal behandelt werden will.

ID9606/2a-c: Ich verstehe.

Arzt: Aller Voraussicht nach wäre dies sogar der Fall gewesen – Demzufolge befürchtete Bern, dass dementsprechend hohe Kosten entstehen könnten – So hoch, dass das gesamte – *[lacht]* Gesundheitswesen zusammenbrechen würde.

ID9606/2a-c: *[zieht die Augenbraue hoch]* Ernsthaft?

Arzt: *[zuckt mit den Schultern]* Das war die Argumentation.

ID9606/2a-c: *[schüttelt ungläubig den Kopf]* Aber – Wie ich den offiziellen Statistiken des BAG entnehmen konnte, sind die Einnahmen im Gesundheitswesen gestiegen und die Ausgaben gesunken.

–

Zumindest nach der letztjährigen Statistik. Das ist doch ein wenig absurd –

Arzt: Ja gut –

Es ist leider eine Tatsache, dass die Prämien von Jahr zu Jahr ansteigen –
Und das ist der Faktor, der die Leute entsprechend verunsichert.

ID9606/2a-c: Klar.

Arzt: Wenn das so weitergeht, stellt sich ohnehin die Frage, wer sich letztendlich Gesundheit noch leisten kann!

ID9606/2a-c: Allerdings!

[mehr zu sich selbst] Diese Frage stelle ich mir schon länger.

Arzt: Im Gesundheitswesen ist natürlich alles ein wenig kontrovers.

Da wird alles Mögliche und Unmögliche behauptet.

ID9606/2a-c: Aber –

ich beziehe mich mit meiner Aussage auf die offiziellen Statistiken –
diejenigen, die vom BAG publiziert wurden –
und laut diesen Zahlen sind die Ausgaben gesunken und die Einnahmen gestiegen.

Arzt: Ich nehme an, Sie meinen die Ausgaben bezüglich der Medikamente?

–

Also nicht generell alles?

ID9606/2a-c: Ja. Wenn ich mich richtig erinnere, betrifft es nur die Medikamente.

Arzt: Ja, diese Ausgaben sind zurückgegangen.
Wobei man hier betonen muss: kurzfristig
zurückgegangen!

–

Bei den ständig steigenden Preisen für Arzneimittel
muss man leider annehmen, dass dieser Kostenfaktor in
Zukunft explodieren wird.

ID9606/2a-c: Sofern ich mich richtig erinnere –

Arzt: Doch. Doch. Das stimmt schon!
Die Ausgaben für Medikamente konnten tatsächlich
ein wenig reduziert werden. Aber insgesamt –
wenn alle Kosten berücksichtigt werden –
sind die Ausgaben eher gestiegen als zurückgegangen.
In erster Linie haben die ambulanten Leistungen
in den Spitälern erheblich zugenommen, da viele
Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden direkt
ins Spital statt zum Hausarzt gehen. –
Das ist vergleichsweise sehr kostenintensiv.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Also –
[räuspert sich]
Das neue Medikament heißt Epclusa
*[reicht das Dokument, das er vorhin gesucht hat, über den
Tisch]*

ID9606/2a-c: *[studiert das Papier]* Okay, Epclusa.
[überlegt kurz]

Wenn jetzt die Versicherung die Kostenübernahme
ablehnen würde, wäre dieses Medikament auch über

Indien erhältlich? Oder ist der Parallelimport nur auf Sovaldi und Harvoni begrenzt?

Arzt: Nein. Die Möglichkeit des Parallelimports besteht auch für Epclusa.

–

Ich kann mich an einen Patienten erinnern, der vom Genotyp her eine andere Wirkstoff-Kombination benötigte als Sovaldi oder Harvoni. Dieses Medikament haben wir auch über Indien bezogen.

ID9606/2a-c: *[erleichtert]* Ok. Alles klar.
[es ist eine Weile still im Raum, da der Arzt am Computer ein Dokument sucht]

Arzt: Also bei der offiziellen Zulassung –
[es ist wieder eine Zeit lang still, Arzt sucht weiter, bis das Telefon klingelt]

Arzt: *[nimmt das Telefon ab]* Ja?

–

[bestätigend] Ja.
[hängt das Telefon auf]
[zu ID9606/2a-c]

Was den Parallelimport betrifft, das müssten wir im gegebenen Fall möglicherweise noch etwas genauer anschauen.

–

Doch die offizielle Zulassung –
[liest vom Bildschirm ab]
Epclusa ist zugelassen für den Genotyp 3.

–

Und dann, ähhh –

[liest weiter]

Wenn eine Leberzirrhose vorhanden ist –

Was bei Ihnen jedoch nicht der Fall ist

–

Und dann, ähhh

–

[liest weiter]

Ist es noch zugelassen für –

im Zusammenhang mit –

[räuspert sich] zusätzlich mit –

[erstaunt] in Kombinationstherapie mit Ribavirin,

um alle anderen Genotypen zu behandeln, bis auf den

Genotyp 1

ID9606/2a-c: Was? Wie bitte?

Arzt: Ich bin auch etwas perplex, doch in der Limitation steht, Epclusa sei nur zugelassen für den Genotyp 3. Für alle anderen Genotypen, bis auf den Genotyp 1, sei eine Kombinationstherapie mit Ribavirin erforderlich. Das betreffe auch Ihren Genotyp, den Genotyp 2.

ID9606/2a-c: *[ist sichtlich irritiert]* Ribavirin?

Arzt: Ja, das steht hier –

aber ich werde mir das noch genauer anschauen.

Epclusa ist das erste pangenotypische HCV-Medikament,

da erscheint mir eine Kombination mit Ribavirin

absolut überflüssig. Machen Sie sich keine Sorgen!

Wir werden das schon irgendwie hinkriegen!

ID9606/2a-c: *[immer noch etwas unsicher]* Ok.

Arzt: Also, dann hätten wir alles.

Ich werde dieses Gesuch schreiben und dann –
Sollten Sie in der Regel eine Kopie vom Bescheid bekommen. –

Und – sobald ich mehr weiß, werde ich mich telefonisch bei Ihnen melden.

ID9606/2a-c: Alles klar. Danke!

Arzt: Und dann schauen wir; wie es weitergeht.

ID9606/2a-c: Was denken Sie, wie lange wird es dauern, bis das Prozedere durch ist?

Arzt: Tjaaa –

Es geht oftmals sehr lange, bis eine Antwort kommt.
Als Erstes muss ich zunächst das Gesuch verfassen –
Und dies so, dass die Versicherung möglichst ja sagt –
[lacht]

Und dann –

Dann geht es schon mehrere Wochen – je nachdem.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Erfahrungsgemäß geht es nicht besonders schnell.

Man weiß nie genau, wer wieder wegen was –
[verdreht die Augen] Ach!

Ich kann es Ihnen leider nicht genau sagen.

Wenn mit extrahepatischen Manifestationen argumentiert werden muss –

Das kann sehr lange gehen.

Schenkt man dem schweizweit verbreiteten Narrativ

Glauben, könnte man davon ausgehen, es handle sich bei Hepatitis C um eine Infektion, die ausschließlich die Leber betrifft. Auch im medialen Diskurs ist es nicht unüblich, eine Infektion mit HCV dadurch zu charakterisieren, dass die Betroffenen gut damit leben können. Immer unter der Voraussetzung, dass die Leber nicht bereits einen gewissen Schaden davongetragen hat. Hepatitis C wird dabei als eine meist symptomlos verlaufende und nur in Ausnahmefällen gefährliche Infektion beschrieben. In aller Regel wird davon ausgegangen, dass sich die gesundheitlichen Auswirkungen meist auf die Leber beschränken. Davon seien jedoch maximal – je nach Quellenangaben – zehn bis fünfzehn % der Infizierten betroffen. Dieses Narrativ ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass selbst das Bundesamt für Gesundheit und Interpharma (Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz) in ihren früheren Publikationen und öffentlichen Stellungnahmen behaupteten, dass „chronisch Infizierte [...] meistens jahrelang symptomlos weiter[leben]“¹³ und „das Virus [...] im Körper [bleibt], ohne Schäden anzurichten [und] eine Behandlung nicht [zwingend] nötig ist.“¹⁴ Mit derselben Argumentation hatte das Bundesamt für Gesundheit auch die Limitation der Therapie mit den

13 Bundesamt für Gesundheit. „Hepatitis C“. <https://web.archive.org/web/20170410041415/https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/hepatitis-c.html>.

14 Sibylle Augsburg, Natalia Aeple, und Roland Schlumpf, „Hepatitis C die stille Epidemie: Eine Informationsbroschüre der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz“ (Interpharma Basel, Juni 2012): 5. https://biotechlerncenter.interpharma.ch/wp-content/uploads/2020/02/informationsbroschuere_hepatitis-c-die-stille-epidemie_d.pdf.

seit 2013 erhältlichen Polymerase-Inhibitoren legitimiert.

Medizinisch gesehen ist das Narrativ einer symptomlos verlaufenden Infektion aber ein Trugschluss, da diverse epidemiologische Studien die Häufigkeit von polymorphen extrahepatischen Manifestationen belegen. Bei einer chronischen Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus handelt es sich erwiesenermaßen um eine systemische Erkrankung, die fast alle Organe des Körpers betreffen kann.¹⁵ ¹⁶ Menschen, die mit diesem Virus infiziert sind, haben unabhängig von einem Leberschaden ein viel höheres Risiko in Bezug auf Diabetes, Nierenschäden und Herz- und Kreislauferkrankungen.¹⁷ ¹⁸ Zudem stellen hormonale Dysregulation, chronische Erschöpfung (Fatigue) und eine verminderte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit häufige Begleiterscheinungen dar. Auch das Auftreten von langjährigen Depressionen ist in diesem Zusammenhang bekannt, und nicht selten werden durch die chronischen Entzündungen Autoimmun-Krankheiten wie Hashimoto

15 Vgl. Cacoub, Patrice, Cloe Comarmond, Fanny Domont, Lea Savey, Anne C Desbois, und David Saadoun. „Extrahepatic Manifestations of Chronic Hepatitis C Virus Infection“. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, o. J., 12. <https://doi.org/DOI:10.1177/2049936115585942>.

16 Vgl. Rosenthal, Eric, und Patrice Cacoub. „Extrahepatic Manifestations in Chronic Hepatitis C Virus Carriers“. *Lupus* 24, Nr. 4–5 (1. April 2015): 469–82. <https://doi.org/10.1177/0961203314556140>.

17 Vgl. Goossens, Nicolas, und Francesco Negro. „Cardiovascular Manifestations of Hepatitis C Virus“. *Clinics in Liver Disease* 21, Nr. 3 (August 2017): 465–73. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2017.03.003>.

18 Vgl. Reau, Nancy, Francis Vekeman, Eric Wu, Yanjun Bao, und Yuri Sanchez Gonzalez. „Prevalence and Economic Burden of Extrahepatic Manifestations of Hepatitis C Virus Are Underestimated but Can Be Improved with Therapy“. *Hepatology Communications* 1, Nr. 5 (Juli 2017): 439–52. <https://doi.org/10.1002/hep4.1049>.

getriggert.¹⁹ Neben den zahlreichen Evidenzen, die für eine frühzeitige Behandlung sprechen, kommt die Tatsache hinzu, dass das Stadium einer bereits fortgeschrittenen Leberfibrose oder -zirrhose nicht umkehrbar ist und zu einem Leberkarzinom führen kann. Obwohl die Relevanz viraler Infektionen für die Entwicklung von Krebs beim Menschen ein umstrittenes Thema darstellt, ist gesichert, dass mindestens sechs humane Viren – das Epstein-Barr-Virus, das Hepatitis-B-Virus, das Hepatitis-C-Virus, das Humane T-lymphotrope Virus 1, das Humane Herpesvirus 8 und einige Genotypen aus der Gruppe der Humanen Papillomviren – zu 10 bis 15 % der Krebserkrankungen weltweit beitragen.²⁰ In Schätzungen geht man davon aus, dass bis zu 40 % der Leberkrebsfälle durch eine Hepatitis-C-Infektion ausgelöst sein könnten. In der Schweiz lag die HCV-bedingte Mortalität viel höher als die HIV-bedingte. Im Jahr 2014 starben fünfmal mehr Menschen an den Folgen von HCV als an HIV.²¹

Das Hepatitis-C-Virus wird *nicht* durch Alltagskontakte übertragen. Weltweit ist nachweislich kein Fall bekannt, wo es durch Anhusten, Anniesen, Händeschütteln, Umarmen oder Küssen, durch Benutzung

19 Vgl. Yeoh, Sern Wei, Alex C. N. Holmes, Michael M. Saling, Ian P. Everall, und Amanda J. Nicoll. „Depression, fatigue and neurocognitive deficits in chronic hepatitis C“. *Hepatology International* 12, Nr. 4 (Juli 2018): 294–304. <https://doi.org/10.1007/s12072-018-9879-5>.

20 Vgl. Martin, D, und J S Gutkind. „Human Tumor-Associated Viruses and New Insights into the Molecular Mechanisms of Cancer“. *Oncogene* 27, Nr. S2 (Dezember 2008): 31–42. <https://doi.org/10.1038/onc.2009.351>.

21 Vgl. Keiser, O., F. Giudici, B. Müllhaupt, C. Junker, J.-F. Dufour, D. Moradpour, P. Bruggmann, u.a. „Trends in Hepatitis C- Related Mortality in Switzerland“. *Journal of Viral Hepatitis* 25, Nr. 2 (Februar 2018): 152–60. <https://doi.org/10.1111/jvh.12803>.

von Türklinken oder Toiletten, durch Trinken aus dem gleichen Glas oder der gleichen Flasche zu einer Infektion gekommen wäre. Das Virus wird parenteral²² über infiziertes Blut übertragen. Bis zur Entwicklung wirksamer Testverfahren und systematischer Screenings der Blutversorgung in den frühen 1990er Jahren stellten Blut- und Organtransfusionen, kontaminierte Blutprodukte oder Hämodialysen mit 80 % den häufigsten Übertragungsweg dar. Seither können die meisten Neuinfektionen im globalen Norden auf intravenösen Drogenkonsum zurückgeführt werden. Weitere Übertragungsmöglichkeiten stellen in sehr seltenen Fällen das gemeinsame Nutzen von Rasierklingen, Nagelscheren oder Zahnbürsten dar. Zudem kann das Virus während der Schwangerschaft oder bei der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden, was jedoch einen verschwindend kleinen Prozentsatz ausmacht. Eine HCV-Übertragung durch Geschlechtsverkehr ist zwar möglich, aber relativ selten. Bei einer gleichzeitig vorliegenden HIV-Infektion liegt das Risiko jedoch deutlich höher. Es steigt während der Menstruation sowie bei „harten“ und verletzungsträchtigen Praktiken (z.B. ungeschützter Analverkehr, Fisting oder BDSM). Eingriffe mit unzureichend sterilisiertem Injektions- oder Operationsmaterial spielen, global gesehen, leider immer noch eine bedeutsame Rolle und das Krankenhauspersonal ist, durch Verletzungen mit Kanülen oder Nadeln, gleichfalls einem Risiko ausgesetzt. Hygienemängel bei anderen invasiven Eingriffen (z.B. Tätowierungen,

²² Bei einer parenteralen Infektion handelt es sich im wörtlichen Sinn um eine Infektion, bei der die Krankheitserreger „am Darm vorbei“, also nicht über den Verdauungstrakt, in den Organismus gelangt sind.

Piercings, Akupunktur) können ebenfalls zur Infektion führen. Bei etwa 30 % der Erkrankungsfälle kennt man die Infektionsquelle allerdings nicht.²³ Bis zu seiner Identifizierung wurde das Hepatitis-C-Virus zu den sogenannten Non-A/Non-B-Hepatitisviren gerechnet. Diese galten als Erreger einer Leberentzündung, die durch die Diagnostik für Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Viren nicht erfasst werden konnten.²⁴

Zu Beginn der 1980er Jahre isolierte der Virologe David W. Bradley am Center of Disease Control (CDC) eine gereinigte Form des Non-A/Non-B-Hepatitisvirus aus dem Serum eines infizierten Schimpansen. Bradley hatte herausgefunden, dass bestimmte Leberenzyme während der chronischen Phase der Erkrankung einen wichtigen Marker für hohe Hepatitis-Titer im Blut darstellen. Seine Entdeckung erregte die Aufmerksamkeit des kalifornischen Biotechnologieunternehmens Chiron Corporation. 1982 ging Chiron eine Zusammenarbeit mit dem CDC und Bradley ein, bei der Chiron mit rekombinanten Verfahren versuchte, das Virus aus den von Bradley zur Verfügung gestellten Proben zu klonen. Alle Beteiligten wussten, dass ein erfolgreiches Klonen nicht nur medizinisch gesehen von großem Wert sein würde.²⁵

23 Vgl. Moradpour, Darius, und Beat Müllhaupt. „Hepatitis C: Epidemiologie, natürlicher Verlauf und Diagnostik“. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum* 15, Nr. 17 (21. April 2015). <https://doi.org/10.4414/smf.2015.02264>.

24 Vgl. Modrow, Susanne, Dietrich Falke, Uwe Truyen, und Hermann Schätzl. *Molekulare Virologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2010. 213–214

25 Vgl. Daniel W. Bradley, Plaintiff-appellant, v. Chiron Corporation, William J. Rutter, Edward E. Penhoet, Michael Houghton, Qui Lim Choo, George Kuo Andortho Diagnostic Systems Inc., Defendants-appellees, 136 F.3d 1317 (Fed. Cir. 1998).

Schließlich führte ein neuartiger Ansatz zur Isolierung eines einzelnen kleinen cDNA-Klons, der nach verschiedenen molekularen und serologischen Kriterien aus dem HCV-Genom abgeleitet werden konnte. Die Entdeckung wurde zunächst aber aus wirtschaftlichen Erwägungen geheim gehalten und erst im Jahr 1988 auf einem kleinen Symposium an der University of California in San Francisco bekannt gegeben. Aufgrund der kommerziellen Bedeutung der Entdeckung hielt Chiron gleich am nächsten Tag eine Pressekonferenz ab, um an erster Stelle seinen Aktionär_innen Zugang zu den Informationen zu ermöglichen.²⁶ In der offiziellen Presseerklärung, die sich eher mit Marketing als mit wissenschaftlichen Entdeckungen befasste, ließ Chiron verlauten, dass die fünfjährige Forschung zum Teil unter der Schirmherrschaft der Biocine Company – einem eigens dafür gegründeten Joint Venture bestehend aus Chiron und der Ciba-Geigy AG – durchgeführt wurde. Biocine sei für die Erforschung, Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Impfstoffen zuständig, und mit der Unterstützung seines Partners Ortho Diagnostic Systems – einer Tochtergesellschaft von Johnson & Johnson – werde Chiron die daraus resultierenden immunodiagnostischen Tests vermarkten.²⁷

Einige Tage nach Chirons offizieller Presseerklärung verkündete die Zeitschrift *Nature*, dass das Unternehmen gemäß der Aussage von Michael Houghton

26 Vgl. Ezzell, Carol. „Candidate cause identified of non-A, non-B hepatitis“. *Nature* 333, Nr. 6170 (19. Mai 1988): 195. <https://doi.org/10.1038/333195a0>.

27 Vgl. Penrose, George William, Scotland, und Scottish Government. *The Penrose Inquiry: Final Report*, 2015. <http://www.penroseinquiry.org.uk/finalreport/>. 1383–1384

ein Protein aus einem Virus geklont und exprimiert hatte, welches mit Antikörpern von mehr als der Hälfte der mit Non-A/Non-B-Hepatitis Infizierten reagierte. Gemäß Houghton handelte es sich bei dem Virus um ein einzelsträngiges RNA-Virus mit einem Genom von etwa 10.000 Nukleotiden. Dem Virologen zufolge war das Virus schwer zu untersuchen, da es in den infizierten Geweben nur in sehr geringen Konzentrationen vorkam. Doch sein Team hatte 30 bis 40 % des Virus sequenziert und etwa 10 % seines Kodierungspotenzials durch rekombinante Mittel exprimiert. Houghton hoffte, die detaillierten Forschungsergebnisse noch im selben Jahr veröffentlichen zu können. Doch bereits in der Woche zuvor wurden die Verkäufe der Chiron Aktie dermaßen angeheizt, dass ihr Preis um 30 % stieg. Aufgrund des hohen Aktienwechsels mussten die Funktionäre der NASDAQ den Handel der Aktie kurzzeitig einfrieren, was darauf hindeutet, dass noch vor den offiziellen Pressekonferenzen Informationen durchgesickert waren.²⁸ In Chirons offizieller Pressemitteilung vom 10. Mai 1988 wurde allein der potenzielle US-amerikanische Markt für den Diagnosetest auf 85 Millionen US-Dollar pro Jahr geschätzt.²⁹

Zum Zeitpunkt der Bekanntgabe hatte Chiron längst einen Prototyp-Immunoassay (Antikörpertest) für das neu entdeckte Virus entwickelt, und die vorklinischen Studien waren bereits im Gange. Chiron plante, sich bis Ende 1988 für klinische Tests zu bewerben.³⁰ Das

²⁸ Vgl. Ezzell (1988): 195

²⁹ Vgl. Penrose (2015): 1383–1384

³⁰ Vgl. Ezzell (1988): 195

US-Patent mit der Nummer 5350671 beweist im Verlauf der zugehörigen Antragsdaten, dass Chiron bereits am 18. November 1987 den ersten Patentantrag für ein HCV-immunodiagnostisches Produkt eingereicht hatte und am 1. Dezember 1987 eine cDNA-Bank für die erste exprimierte Gensequenz des geklonten Virus in der American Type Culture Collection Datenbank registrieren ließ.³¹ Doch Chiron hatte nicht die gesamte Erbsubstanz des Virus isoliert und geklont. Spätere Forschungen zeigten auf, dass die signifikante Entität, die identifiziert worden war und speziell durch die Tests bestimmt wurde, die Chiron zu diesem Zeitpunkt bereits entwickelt und angekündigt hatte, auf eines der Proteine des Virus beschränkt war. Es handelte sich dabei um das NS4-Protein. Allerdings besitzen nicht alle Varianten des Hepatitis-C-Virus NS4-Proteine, und diese Einschränkung hatte selbstverständlich Einfluss auf den Nutzen des angekündigten Antikörper-Tests.

Am 13. Mai 1988 wurde Chirons Ankündigung auch in der Zeitschrift der American Association of Blood Banks (AABB) publiziert. Viele Wissenschaftler_innen hätten seit mehreren Jahrzehnten versucht, das besagte Virus zu isolieren. Jedoch ohne Erfolg, da bei infizierten Patient_innen nur eine geringe Anzahl an Viruspartikeln verfügbar ist und das Virus nicht in Zellkultur wächst. Durch die Verwendung von DNA-Klonierungsverfahren habe es Chiron jedoch geschafft, signifikante Mengen des Virus in Bakterien zu produzieren. Auch der angekündigte Test schien der AABB erfolgsversprechend, da Chiron bei der Food and Drug Administration die

31 Vgl. Houghton, Michael, Qui-Lim Choo, und George Kuo. United States Patent: 5350671 - HCV immunoassays employing C domain antigens. 5350671, issued 27. September 1994.

Genehmigung für einen Screening-Test (HCV-ELISA) zum Nachweis von Antikörpern gegen die Viruspartikel vorgelegt hatte.³² Der Jubel über die Entdeckung war groß. Trotzdem blieb einige Skepsis gegenüber den Ergebnissen bestehen, bis im Jahr 1989 der offizielle Nachweis in *Science* publiziert wurde.

Im *Science*-Artikel wurde das von Chiron identifizierte und isolierte Hepatitis-Virus zum ersten Mal als „Hepatitis-C-Virus“ oder „HCV“ und als eine Hauptursache der Non-A/Non-B-Posttransfusions-Hepatitis bezeichnet.³³ Die im Artikel beschriebenen Technologien und die Sprache spiegelten ein hochspezifisches Wissen über die Biologie der Virusreplikation wider. Ende der 1980er Jahre war dies jedoch nur für wenige Wissenschaftler_innen verständlich. Auch wenn die wissenschaftliche Basis für die Arbeit nicht ohne Weiteres nachzuvollziehen war und das allgemeine Verständnis sich erst im Laufe der Zeit entwickeln sollte, war das Echo auf den Artikel groß. Es war das erste Mal, dass ein Virus geklont wurde, bevor es in Gewebekultur gezüchtet oder anderweitig isoliert worden war. Aufgrund dieser Entdeckung erhielt Chiron Corporation in mehr als 20 Ländern über 100 HCV-bezogene Patente, und das Hepatitis-C-Virus war weltweit das erste patentierte Virus.³⁴ Da Chiron aber eine Patentanmeldung

32 Vgl. Penrose (2015): 1384–1385

33 Vgl. Choo, Q., G. Kuo, A. Weiner, L. Overby, D. Bradley, und M. Houghton. „Isolation of a CDNA Clone Derived from a BloodBorne Non-A, Non-B Viral Hepatitis Genome“. *Science* 244, Nr. 4902 (21. April 1989): 359–62. <https://doi.org/10.1126/science.2523562>.

34 Vgl. The Free Library. „Chiron Files Infringement Suit in Japan Against Roche On HCV“. <http://www.thefreelibrary.com/Chiron+Files+Infringement+Suit+in+Japan+Against+Roche+On+HCV+Patent.-a020497328>. Zugegriffen 14. Mai 2019.

eingereicht hatte, die David W. Bradley nicht als „Co-Erfinder“ beteiligte, kam es zwischen den beiden Parteien zum Rechtsstreit.³⁵ Doch das sollte nicht der einzige Patentstreit in Chirons Geschichte bleiben. Nach der Übernahme der Chiron Corporation im Jahr 2006 wurde der Schweizer Pharmakonzern Novartis zum Patenthalter. Für die Entwicklung neuer Testverfahren stellte sich der umfassende Patentschutz weiterhin als ein erhebliches Hindernis heraus.

1991 wurde das erste vollständige Hepatitis-C-Genom sequenziert.³⁶ Der Vergleich von Genomsequenzen, die von Isolaten aus verschiedenen Teilen der Welt stammten, zeigte auf, dass es sich dabei um verschiedene Genotypen handelte. In der Virologie bezeichnet der Genotyp eine auf dem genetischen Material in den DNA- oder RNA-Strängen basierende Klassifizierung eines Virus. Das Hepatitis-C-Virus weist aber ein hohes Maß an genetischer Heterogenität auf, was die Klassifizierung erheblich erschwert. Die einzelnen HCV-Genotypen unterscheiden sich um 31 bis 33 % auf der Nukleotidebene. Innerhalb eines Genotyps gibt es die nächste Unterteilungsebene, die Subtypen. Diese Varianten desselben Genotyps unterscheiden sich 20 bis 25 % voneinander. Trotz dieser Sequenzdiversität teilen alle HCV-Genotypen ein identisches Komplement von colinearen Genen ähnlicher Größe. Das jüngste

35 Vgl. Slind-Flor, Victoria. „Chiron challenged on hepatitis-C patent“. *Science* 267, Nr. 5194 (6. Januar 1995): 23. <https://doi.org/10.1126/science.7809602>.

36 Vgl. Choo, Q. L., K. H. Richman, J. H. Han, K. Berger, C. Lee, C. Dong, C. Gallegos, D. Coit, R. Medina-Selby, und P. J. Barr. „Genetic Organization and Diversity of the Hepatitis C Virus“. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 88, Nr. 6 (15. März 1991): 2451–55. <https://doi.org/10.1073/pnas.88.6.2451>.

Klassifizierungsschema hat 8 verschiedene Genotypen und 90 bestätigte Subtypen identifiziert.³⁷ Bei einer Infektion mit Hepatitis C sind Patient_innen im Allgemeinen nur mit einem Genotyp infiziert. Doch jeder Genotyp ist tatsächlich eine Mischung eng verwandter Viren, die als Quasi-Spezies bezeichnet werden. Diese Quasi-Spezies haben die Fähigkeit, sehr schnell zu mutieren und immun gegen aktuelle Behandlungen zu werden. Die genetische Heterogenität und Mutationsfreude des Virus erklärt, weshalb eine chronische Hepatitis C so schwierig zu behandeln ist.

Die Subtypen des HCV unterscheiden sich nicht nur in der Häufigkeit des Auftretens, sondern auch bezüglich ihrer geographischen Verteilung und im Vorkommen innerhalb bestimmter Risikogruppen. So werden die Infektionen durch die Genotypen 1b, 2a und 2b mit früheren Bluttransfusionen in Verbindung gebracht und treten am häufigsten innerhalb der USA, Europas und Asiens auf. Hier von ist der Genotyp 1b der häufigste Typ, der über 70 % der gesamten HCV-Infektionen ausmacht. Der Genotyp 1a wird am häufigsten in den Vereinigten Staaten und Europa gefunden und oft mit intravenösem Drogenkonsum assoziiert. Die Genotypen 2a und 2b sind in Nordamerika, Europa und Japan verbreitet und machen 10 bis 30 % des weltweiten HCV aus. Genotyp 2c kommt hauptsächlich in Norditalien vor. Der Genotyp 3 ist in

37 Vgl. Rajhi, M., Haddad-Boubaker, S., Chouikha, A., Bourquain, D., Michel, J., Hammami, W., Sadraoui, A., Touzi, H., Ghedira, K., Triki, H. (2021). „Identification of two novel hepatitis C virus subtype 2 from Tunisia (2v and 2w)“. *PloS one*, 16(3), e0248249. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248249>.

Südostasien und Indonesien prominent, während der Subtyp 3a hauptsächlich in Westeuropa und den USA vorkommt, vorwiegend bei Personen, die Drogen intravenös konsumieren. In Nordafrika und im Nahen Osten ist der Genotyp 4 weit verbreitet, und die Genotypen 5 und 6 sind gewöhnlich in Südafrika und Hong Kong zu finden. Die Genotypen 7 bis 11 beschränken sich größtenteils auf Vietnam, Indonesien, Thailand und Burma.³⁸ Ein deutliches Muster viraler Diversität findet sich in Gebieten wie der Subsahara und in Südostasien, wo Infektionen mit individuellem Genotyp über große geographische Gebiete dominieren (wie Genotyp 1 in Zentralafrika, Genotyp 2 in Westafrika und Genotyp 6 in Südostasien). Das in der Verbreitung des HCV beobachtete Muster der Diversität stellt sowohl die Folge der jüngsten Ausbreitung der Epidemie in neue Risikogruppen dar, die überlagert wird von der viel älteren „endemischen“ Zirkulation von HCV in Subsahara-Afrika und Südostasien.³⁹

Laut Schätzungen der WHO waren im Jahr 2019 weltweit ungefähr 58 Millionen Menschen mit HCV infiziert, und jedes Jahr treten circa 1,5 Millionen Neuinfektionen auf.⁴⁰ Neueste Forschungen gehen jedoch von

38 Vgl. Fung, James, Ching-Lung Lai, und Man-Fung Yuen. „Treatment of Chronic Hepatitis C with Different Genotypes“. In *Hepatitis C Virus Disease: Immunobiology and Clinical Applications*, herausgegeben von Emilio Jirillo. New York, London: Springer, 2008. 132–133

39 Vgl. Simmonds, Peter. The Origin of Hepatitis C Virus. In: Bartenschlager, Ralf, Hrsg. *Hepatitis C Virus: From Molecular Virology to Antiviral Therapy*. Bd. 369. Current Topics in Microbiology and Immunology. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2013. 4–5

40 Vgl. „Hepatitis C“. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.

71 Millionen⁴¹ oder noch höheren Zahlen aus. Die Bestimmung der aktuell bekannten Genotypen und jeweiligen Subtypen spielt nicht nur bezüglich der geographischen Unterschiede in der Verteilung eine wichtige Rolle. Sie stellt eine notwendige Grundlage für den Erfolg einer Behandlung dar, da sowohl die Art und Dauer als auch die Heilungschancen einer Hepatitis-Behandlung je nach Genotyp und Subtyp variieren. Außerdem haben die Häufigkeit des Vorkommens und die regionale Prävalenz der jeweiligen Subtypen einen nicht von der Hand zu weisenden Einfluss auf die Priorisierung innerhalb der HCV-Forschung. Dies betrifft sowohl die Forschungs-Subventionen als auch die Zugangsbeschränkungen von medizinischen Leistungen mittels konkreter Patentrechte und biopolitischer Steuerungen.

Kurz nach der ersten vollständigen Sequenzierung des HCV-Genoms wurde die Verwendung von Interferon-alpha (IFN- α), welches bisher ausschließlich gegen Haarzelleukämie und die HIV-bedingte Krebserkrankung Karposi-Sarkom eingesetzt wurde, von der FDA 1991 auch zur Behandlung von Hepatitis C zugelassen.⁴² Einige Jahre später (1998) wurde die Kombination von IFN- α und Ribavirin genehmigt. Im Jahr 2001 wurde pegyliertes IFN- α (peg-IFN- α) eingeführt, welches im Vergleich zu IFN- α eine

41 Vgl. Miguel Angel Martinez und Sandra Franco. „Discovery and Development of Antiviral Therapies for Chronic Hepatitis C Virus Infection“. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 1322 (2021): 139–57. https://doi.org/10.1007/978-981-16-0267-2_6.

42 Vgl. Lawrence M. Fisher. „Interferon Set to Treat Hepatitis“, *The New York Times*, 26. Februar 1991, Abschn. Business. <https://www.nytimes.com/1991/02/26/business/interferon-set-to-treat-hepatitis.html>.

verbesserte Pharmakokinetik und Wirksamkeit aufweisen konnte.⁴³ Das hatte den Vorteil, dass es nur noch einmal pro Woche gespritzt werden musste – statt wie bisher mehrmals pro Woche.⁴⁴ Bis zum Aufkommen der zweiten Generation von Direct Acting Antiviral Drugs galt die klassische Doppeltherapie mit Interferon und Ribavirin über zwanzig Jahre lang weltweit als Standard für die Versorgung von Patient_innen mit chronischer Hepatitis C. Diese Therapie wurde unabhängig vom infizierenden Genotyp eingesetzt. Doch obwohl diese Behandlung die vollständige Eliminierung des Virus zum Ziel hatte, konnten dadurch insgesamt nur mäßige Heilungsraten erzielt werden. Außerdem war die Akzeptanz der Therapie bei den Betroffenen aufgrund der vielfältigen und häufig massivsten Nebenwirkungen entsprechend gering. Oftmals musste diese Form der Therapie auch wegen gesundheitlicher Komplikationen abgebrochen werden.⁴⁵

In der HCV-Therapie spielten Interferone insofern eine Rolle, als es sich bei ihnen um Proteine oder Glykoproteine handelt, die eine immunstimulierende, vor allem antivirale und antitumorale Wirkung entfalten. Sie werden als körpereigene Gewebshormone

43 Vgl. Goossens, Nicolas, Sophie Clément, und Francesco Negro, Hrsg. *Handbook of Hepatitis C*. Springer International Publishing Switzerland: ADIS, 2016. doi:10.1007/978-3-319-28053-0.

44 Vgl. Cornberg, Markus, Heiner Wedemeyer, und Michael P. Manns. „Treatment of Chronic Hepatitis C with PEGylated Interferon and Ribavirin“. *Current Gastroenterology Reports* 4, Nr. 1 (Februar 2002): 23–30. <https://doi.org/10.1007/s11894-002-0034-y>.

45 Vgl. Heathcote, J., und J. Main. „Treatment of Hepatitis C“. *Journal of Viral Hepatitis* 12, Nr. 3 (Mai 2005): 223–235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2005.00600.x>.

in menschlichen und tierischen Zellen gebildet.⁴⁶ Für eine industrielle Herstellung von humanen Interferonen muss jedoch ein Prozess eingesetzt werden, der Rekombination genannt wird. Denn nur mithilfe von Mikroorganismen können ausreichende Mengen produziert werden.⁴⁷ Um dies zu erreichen, verwenden die Forscher_innen sogenannte Restriktionsenzyme, die auch als molekulare Scheren bezeichnet werden. Diese treten unter anderem in Bakterien und Archaeen auf und dienen dort der Phagenabwehr. Beim Genetic Engineering benutzt man diese Enzyme, um bakterielle DNA-Moleküle an definierten Stellen zu schneiden. Die unregelmäßigen Schnitte, die die Restriktionsenzyme an den Moleküleenden hinterlassen, werden als „klebrige Enden“ bezeichnet. An diesen Stellen kann nun fremde DNA eingefügt werden, und die Bakterien beginnen, die neue DNA so zu exprimieren, als wäre sie ihre eigene.

Eine solche rekombinante DNA (rDNA) wurde erstmals 1973 vom Biochemiker Herbert W. Boyer an der University of California in Zusammenarbeit mit dem Genetiker Stanley Cohen von der Stanford University erzeugt. Die Wissenschaftler hatten mit dieser Methode gentechnisch veränderte Kolonien von *Escherichia coli*-Bakterien entwickelt, die dank der eingefügten DNA eine bestimmte Antibiotikaresistenz

46 Vgl. Puchades Renau, Lorena, und Marina Berenguer. „Introduction to Hepatitis C Virus Infection: Overview and History of Hepatitis C Virus Therapies: Overview and History of Hepatitis C Therapies“. *Hemodialysis International* 22 (April 2018): 8–21. <https://doi.org/10.1111/hdi.12647>.

47 Vgl. British Medical Journal Publishing. „Interferon Production by Genetic Engineering“. *British Medical Journal* 282, Nr. 6265 (28. Februar 1981): 674–75. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6265.674-a>.

entwickelten.⁴⁸ Diese molekulargenetische Anwendung stellte einen Meilenstein in der Entwicklung der modernen Biotechnologie dar, da sie die Herstellung biologischer Moleküle komplett veränderte. Anstelle von ineffizienten herkömmlichen Methoden, beispielsweise dem Ableiten von Proteinen aus Tieren, konnten diese nun in Gärungsbehältern von Mikroben kostengünstig in großen Mengen hergestellt werden. Drei Jahre später gründete Boyer mit dem Investor Robert A. Swanson 1976 eines der ersten „modernen“ Biotechnologieunternehmen namens Genentech.⁴⁹ Kurz darauf begann die kommerzielle Anwendung der Gentechnologie. Nachdem der Pharmakonzern Eli Lilly jahrzehntelang das Hormon Insulin aus Kuh- und Schweinepankreas gewonnen hatte, gelang Genentech im Jahr 1979 der große Durchbruch, indem der Konzern Humaninsulin mithilfe von rekombinanter DNA in großen Mengen erzeugte. Genentech sollte auch zu einem der führenden Unternehmen werden, die die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Biotechnologiekonzerne, deren Einnahmen häufig auf der Patentierung von in der Natur vorkommenden Molekülen beruhen, mit aggressiven Patentrechtsklagen ausweiteten. Im Jahr 1980 ging Genentech als erstes Biotechunternehmen an die Börse und erzielte beim Börsengang 35 Mio. US-Dollar (35 Millionen US-Dollar entsprechen heutzutage ca. 114 Mio. US-Dollar). Die Aktie stieg innerhalb von einer

48 Vgl. Cohen, Stanley N., Annie C. Y. Chang, Herbert W. Boyer, und Robert B. Helling. „Construction of Biologically Functional Bacterial Plasmids In Vitro“. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 70, Nr. 11 (November 1973): 3240–44.

49 Der Name Genentech leitet sich von Genetic Engineering Technology ab.

Stunde von 35\$ auf 88\$.⁵⁰ Nach langjähriger Markteinführung von Medikamenten kaufte der Mehrheitsaktionär Roche (60% seit 1990) die restlichen Aktien für 46,8 Milliarden US-Dollar auf⁵¹ und führte ein Delisting durch.⁵²

Zur gleichen Zeit wie Genentech etablierten sich auf der Basis von Risikokapital auch andere kleine Firmen wie Biogen, Cetus und Amgen. Diese hatten das Ziel, Arzneimittel ausschließlich mithilfe von Gentechnologie zu produzieren. Einem der Gründer von Biogen, dem Molekularbiologen Charles Weissmann, gelang 1979 schließlich die Übertragung von menschlichen Interferon-Genen in Bakterien.⁵³ Dank dieser genetisch modifizierten Organismen (GMOs) wurde die Herstellung von reinem Interferon in beliebigen Mengen möglich und konnte 1991 zum ersten Mal in der Hepatitis-C-Behandlung eingesetzt werden.⁵⁴ Das allgemeine Behandlungsprotokoll bestand darin, 3 Millionen Einheiten Interferon dreimal wöchentlich über 48 Wochen hinweg zu injizieren. Die anhaltenden virologischen Ansprechraten⁵⁵ waren jedoch minimal. Sie betragen ungefähr 9 % für den Genotyp 1 und 30 %

50 Vgl. Julia Schüler, *Die Biotechnologie-Industrie* (Berlin, Heidelberg: Springer, 2016), <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47160-9>. 50

51 Vgl. ebd.

52 Ein Delisting ist die Aufhebung der Börsennotierung.

53 Vgl. Weissmann, Charles. „Recombinant Interferon – the 20th Anniversary“. In *Recombinant Protein Drugs*, herausgegeben von Peter Buckel. Milestones in Drug Therapy. Basel, Boston: Birkhäuser Verlag, 2001. 3–6

54 Vgl. Franciscus, Alan. „A Brief History of Hepatitis C“. *HCV Advocate*. 2017. 2

55 eine negative Viruslast 6 Monate nach der Behandlung

für die Genotypen 2 und 3.⁵⁶ Lange Zeit galt Interferon als einzige Behandlungsmöglichkeit für die Betroffenen, bis die Food and Drug Administration (FDA) als zuständige US-Arzneimittelbehörde im Jahr 1998 Ribavirin zur Kombinationstherapie zuließ.

Bei Ribavirin handelt es sich um ein Virostatikum, welches das virale Enzym zur Vermehrung des Erbmateri- als, die Polymerase, hemmt. Dadurch wird sowohl die Vermehrung von DNA- als auch von RNA-Viren unter- bunden. Außerdem soll Ribavirin auch einen Einfluss auf das Immunsystem ausüben, wobei diese Wirkungs- weise nicht vollständig geklärt ist.⁵⁷ Der Wirkstoff wur- de 1971 patentiert und 1986 für medizinische Zwecke zugelassen. Über eine Dekade galt die Kombination von Peg-IFN- α und Ribavirin als ein Eckpfeiler der HCV- Behandlung. Sie erforderte jedoch sehr hohe Arznei- mitteldosen und war mit signifikanten Nebenwirkungen verbunden. Diese umfassten grippeähnliche Symptome, Neutropenie (Abnahme der weißen Blutkörperchen), Thrombozytopenie (ein Mangel an Blutplättchen), aber auch neuropsychiatrische Effekte, wie Depression Major, Angstzustände, Schlafstörungen und Erschöpfung sowie Aggressionsschübe. In einigen Fällen kam es aufgrund der Zerstörung von roten Blutzellen zu einer lebens- bedrohlichen hämolytischen Anämie. Zudem bestand ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines Leber- versagens. Die Behandlung dauerte, abhängig vom Genotyp und der Schwere einer eventuell bereits

56 Vgl. Franciscus (2017): 3

57 Vgl. Crotty, Shane, Craig Cameron, und Raul Andino. „Ribavirin’s Antiviral Mechanism of Action: Lethal Mutagenesis?“ *Journal of Molecular Medicine* 80, Nr. 2 (Februar 2002): 86–95. <https://doi.org/10.1007/s00109-001-0308-0>.

bestehenden Lebererkrankung, zwischen 24 und 48 Wochen und führte nur bei etwa 40 bis 50 % der Patient_innen mit Genotyp 1 und 4 zu einer anhaltenden virologischen Ansprechrate. Die Ansprechrate bei Betroffenen mit Genotyp 2,3,5 und 6 lag etwas höher.⁵⁸ Dies komplizierte die Behandlung bei 60 bis 70 % der Patient_innen, und ein Abbruch der Therapie aufgrund der Beschwerden stellte keine Seltenheit dar. Bei einigen Genotypen und Subtypen zeigte sich die „klassische Kombinationstherapie“ als komplett wirkungslos und war nicht selten mit lebenslangen Folgeschäden für die Betroffenen verbunden.⁵⁹

Angesichts dieser Tatsachen versuchte eine große Anzahl von Biotech- und Pharmakonzernen neue Medikamente gegen das Hepatitis-C-Virus zu entwickeln. Diese sollten Interferon und idealerweise auch Ribavirin ablösen. Einige der fortgeschritteneren Programme in der klinischen Entwicklung untersuchten HCV-Proteaseinhibitoren, die sich als sehr vielversprechend erwiesen, allerdings nur in Kombination mit Interferon und Ribavirin. Außerdem fehlte diesen Molekülen immer noch die Fähigkeit, die Vielfalt aller Genotypen und Subtypen abzudecken. Überdies hatte das Virus, dank seiner hohen Mutationsfähigkeit, bereits eine gewisse Resistenz gegen die Kombinationstherapie entwickelt.

Arzt: Die Situation hat sich endlich geändert.

ID9606/2a-c: *[schwankt zwischen erstaunt und erfreut]*

Ja?

⁵⁸ Vgl. Goossens et al. (2016): 64–65

⁵⁹ Vgl. Cornberg et al. (February 2002): 23–30

Aber –
[zögert]
Weshalb eigentlich?

Arzt: Die Bedingungen wurden endlich gelockert!

ID9606/2a-c: Tatsächlich?

Arzt: Ja, die Limitation wurde per 1. Oktober aufgehoben.

ID9606/2a-c: *[erstaunt]* Okayyy

Arzt: Der Bund hat neu festgelegt, dass jetzt alle Betroffenen behandelt werden können –
Ohne Rücksicht auf irgendwelche Auflagen.

ID9606/2a-c: *[runzelt irritiert die Stirn]*

Hmm. Eigenartig.

[nimmt eine Sammelmappe hervor und blättert durch die mitgebrachten Unterlagen]

Im Bericht, den ich von der Versicherung erhalten habe, steht, dass die Therapie noch nicht freigegeben ist, ich aber alle Bedingungen erfüllen würde.

[reicht Arzt ein Dokument über den Schreibtisch]

Arzt: *[liest Dokument]* Hmm?

Ihre Versicherung schreibt tatsächlich, dass immer noch eine Limitation bestehen soll.

Aber auf was sich diese Limitation bezieht?

Da bin ich ehrlich gesagt etwas überfragt –

Ich muss kurz nachschauen.

[es entsteht eine längere Pause]

[Arzt klickt mit der Maus und blickt auf den Bildschirm]
[der Arzt findet, was er gesucht hat]

Da!

ID9606/2a-c: *[richtet sich interessiert im Stuhl auf]*

Arzt: *[sieht auf den Bildschirm und liest laut vor]*

Epclusa ist

–

tatsächlich –

immer noch als limitiert gekennzeichnet.

–

[zu ID9606/2a-c] Es ist im Prinzip das Übliche.

–

[liest wieder vor] Die Indikation beschränkt sich auf
Chronische Hepatitis C –

[zu ID9606/2a-c] logischerweise!

[liest wieder vor] Jedoch ohne Auflagen und

–

Die maximale Vergütung ist auf eine Therapiedauer
von zwölf Wochen limitiert und wenn eine

Leberzirrhose vorhanden wäre, dürfte man die

Therapie unter Umständen verlängern. Die

Verschreibung darf ausschließlich von Fachärzt_innen

der Gastroenterologie, insbesondere Hepatologie, und

Fachärzt_innen für Infektiologie gemacht werden.

[leise für sich] Hmm, ansonsten gibt es keine Limitation.

[wieder an ID9606/2a-c gewandt] Nein. Ansonsten

ist keine Limitation mehr vorhanden. Es gibt keine

Einschränkungen mehr bezüglich der Kriterien, die Sie

als Betroffene zu erfüllen haben.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Eine Hepatitis C muss vorhanden sein.
Das ist klar. Aber ansonsten muss man keine weiteren Bedingungen mehr erfüllen.

ID9606/2a-c: *[verärgert]* Welche gesunde Person würde sich schon freiwillig einer solchen Therapie unterziehen.

Arzt: *[heftig gestikulierend]* Sie können sich kaum vorstellen, wie oft von der Versicherung nachgefragt wird, weshalb ich jemandem diese Medikamente verschreiben möchte. Selbstverständlich nimmt man diese Medikamente nur ein, wenn man sie auch tatsächlich braucht.

–

Ich möchte eine gesunde Person sehen, die sich aus freien Stücken einer solchen Prozedur unterziehen würde?!

ID9606/2a-c: Denken scheint wohl nicht ganz deren Stärke zu sein!

Arzt: *[hört überhaupt nicht zu, sondern schimpft weiter]*
Ich habe keine Ahnung – was die am Schreibtisch – für absurde Vorstellungen haben. Wer sollte das sonst einnehmen? Wenn kein Bedarf besteht!

ID9606/2a-c: *[muss schmunzeln]* Logisch!

Arzt: *[schimpft weiter]* Es lässt sich wohl kaum vergleichen mit, ähm –
Wenn beispielsweise jemand Valium einnimmt, um etwas beschwingter durch den Tag zu kommen.

Ein Substanz-Missbrauch kann bei der Hepatitis C Therapie mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden! Hier besteht höchstens die Gefahr von Nebenwirkungen, aber sicherlich keine aufhellende Wirkung. Es steht wohl außer Frage, dass sich überhaupt kein subjektiver Profit daraus ziehen lässt, wenn keine Infektion vorhanden ist. Ohne Hepatitis-C bringt es rein gar nichts, diese Medikamente zu schlucken. *[tippt sich an die Stirn]*

Da fehlt jeglicher Bezug zur Realität!

[seufzt und fährt etwas weniger aufgebracht fort]

Es bestehen tatsächlich immer wieder Nachfragen, weshalb nun jemand dieses oder jenes Medikament einnehmen soll. Ich schreibe dann meistens zurück, dass ich noch nie jemanden erlebt habe, der freiwillig eine solche Substanz einnehmen würde, wenn nicht tatsächlich eine Indikation besteht.

ID9606/2a-c: Absolut einleuchtend!

Arzt: Jedenfalls bin ich der Ansicht, dass man sich Nachfragen dieser Art ersparen könnte.

ID9606/2a-c: Allerdings!

Arzt: So!

–

Nun können wir mit der Therapie starten.

ID9606/2a-c: *[nickt]*

Arzt: Die letzte Blutabnahme haben wir im Juni gemacht. Es wurde abgeklärt, ob gegebenenfalls

noch andere Infektionen bestehen. Insbesondere Hepatitis-B. Zumal unter Epclusa das Risiko einer Hepatitis-B-Reaktivierung besteht. In mehreren Fällen führte das zu einer fulminanten Hepatitis – In einigen sogar zu Leberversagen und Tod.

ID9606/2a-c: *[blickt entgeistert zu Arzt]*

Arzt: Und wir haben nichts gefunden!
Weder Viren noch Antikörper.
Sie haben sich nie mit Hepatitis B infiziert.

ID9606/2a-c: *[etwas unverkrampfter]* Das wäre mir auch neu.

Arzt: *[rattert die Werte runter]* Die Transaminasen waren ein wenig erhöht. Doch das wird sich durch die Therapie wieder normalisieren. Ansonsten die Eiweißelektrophorese – das war in Ordnung. Dann die Schilddrüsenwerte – man hat überprüft, ob Auto-Antikörper vorhanden sind, im Sinne von Antikörpern gegen Zellstrukturen – auch den Rheumafaktor haben wir abklären lassen –
Alles negativ.

–

CMV –
das haben Sie mal durchgemacht, ist aber schon lange her.

–

EBV –
haben Sie auch mal durchgemacht, aber das ist eine alte Geschichte.

FSME –

ID9606/2a-c: CMV?

Arzt: Das Humane Cytomegalievirus. Das ist ein relativ verbreitetes Virus. Die Übertragung erfolgt meistens in der Kindheit. Wenn man sich als erwachsene Person infiziert, dann kann es zu Problemen führen. Aber als Kind macht das meistens keine Probleme. In der Kindheit wird es in der Regel nicht einmal bemerkt.

ID9606/2a-c: Aha.

Arzt: FSME ist auch negativ. Das ist die Frühsommer-Meningoenzephalitis, die durch Zecken übertragen wird. Auf Rickettsien haben wir Sie auch untersucht. Auch das war negativ. Dann haben wir noch das Parvovirus B19 überprüft – da sind IgG vorhanden aber keine IgM – das ist auch eine alte Geschichte, das haben Sie wahrscheinlich auch als Kind gehabt. Das sind alles so Virus-Erkrankungen, die im Erwachsenenalter Probleme machen können, hingegen als Kind weniger. Bei einigen spürt man kaum etwas.

ID9606/2a-c: Mhh –

Arzt: Dann haben wir noch nach Enteroviren gesucht, die auch nicht vorhanden waren.

[kurze Pause]

Also, im Prinzip sieht alles gut aus.

ID9606/2a-c: Ist es wahr, dass sich das Eppstein-Barr-Virus wieder reaktivieren kann?

Arzt: Tja, das ist so eine umstrittene Geschichte. Man kann zumindest mit Sicherheit sagen, dass man es nicht mehr los wird.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Das EBV gehört zur Gruppe der Herpes-Viren – das hier übrigens auch, das CMV –
[zeigt mit dem Kugelschreiber auf das Dokument mit den Testergebnissen]

Wenn sich diese Viren einmal im Körper befinden, bleiben sie ewig.
Die leben ewig.
Also lebenslang.

–

Doch in der Regel verursachen diese Viren selten Probleme. Meistens nur, wenn das Immunsystem nicht mehr richtig funktioniert.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Voilà, Ihre Kopie. *[reicht das Papier mit den Testergebnissen über den Schreibtisch]*

ID9606/2a-c: *[studiert schweigend das Dokument]*

Arzt: Heute werde ich Sie noch einmal zur Blutentnahme überweisen. Damit wir wissen, mit welchen Ausgangswerten wir die Therapie starten.

[kurze Werbeeinblendung]

Our mission is clear.

What we are doing is going to make a difference.

Not a small difference, a massive difference.

Market Cap \$59.6B // NASDAQ: BIIB \$325.25 //Sales \$11.3B

ID9606/2a-c: *[schaut vom Dokument auf]*

Was sind denn Cocksackie –

Arzt: Cocksackie A1-22,24 und B1-6?

Die gehören zur Gattung der Enteroviren –

Je nach Serotyp können die auch eine Hepatitis auslösen.

ID9606/2a-c: *[kann mit dieser Erklärung nicht viel anfangen]* Aha.

Arzt: *[zeigt mit dem Kugelschreiber auf einen Wert im Dokument]* Aus diesem Grund haben wir das hier testen lassen.

ID9606/2a-c: *[weiß nach dieser Erklärung nicht viel mehr als vorher]* Ok.

Arzt: *[studiert das Dokument mit den Testergebnissen]*
Hmm.

[es entsteht eine Pause, beide blicken jeweils auf das Papier mit den Testergebnissen, das Sie in den Händen halten]

ID9606/2a-c: Haben Sie schon viele Patient_innen betreut, die Epclusa eingenommen haben?

Arzt: *[mit fester überzeugter Stimme]* Ja!

Es hat bei allen funktioniert.

Es sind alle geheilt.

Und in der Regel haben es alle relativ gut vertragen.

In der Regel.

ID9606/2a-c: Das klingt erfreulich!

Arzt: So weit, so gut!

Wir starten!

Epclusa!

Eine Tablette pro Tag.

ID9606/2a-c: Am Morgen oder am Abend?

Spielt das eine Rolle?

Arzt: Das ist egal. In der Regel wird es am Morgen eingenommen. Aber es spielt so gut wie keine Rolle. Grundsätzlich ist das egal. Wenn Sie möchten, können Sie heute schon die erste Tablette einnehmen.

ID9606/2a-c: Ich denke, das werde ich tun.

Allerdings erst am Abend.

Arzt: Sie können selbst entscheiden, wann Sie die Pille einnehmen möchten.

ID9606/2a-c: Es verursacht keine Schlaflosigkeit?

Arzt: Hmm, nein, da ist mir nichts bekannt.

ID9606/2a-c: Wenn ich ehrlich bin, macht es mich schon ein wenig nervös. Ich denke, ich werde bis zum Abend warten. Falls mir davon übel wird, bin ich wenigstens zu Hause.

Arzt: Ich verstehe, dann sind Sie auf der sicheren Seite. Aber keine Sorge, es wird schon nichts passieren. Sie werden kaum etwas spüren.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: In der Regel ist es zumindest so, dass man nichts spürt.

ID9606/2a-c: Ich denke, meine Unsicherheit kommt von –

Arzt: Von ihren Erfahrungen mit der alten Therapie?

ID9606/2a-c: Ja, ich denke schon.
Diese Pillen haben einen ganz anderen Funktionsmechanismus – Dessen bin ich mir selbstverständlich bewusst, aber –
Ich will zumindest bei der ersten Tablette –

Arzt: Auf der sicheren Seite sein? Das ist doch verständlich. *[es entsteht eine Pause, der Arzt füllt am Computer ein Formular aus]*

Arzt: Ok. Wir werden die Leberwerte bestimmen, damit wir einen Ausgangswert haben. Das Creatinin – wegen der Verträglichkeit – und den viral load.

ID9606/2a-c: Ja. Ok.

Arzt: Sie bekommen heute die erste Packung.
Diese enthält 28 Tabletten. Das reicht für vier Wochen.
In knapp vier Wochen sollten wir uns noch einmal
sehen. Für eine weitere Blutentnahme. Anhand der
Laborwerte werden wir sehen, ob es funktioniert.
Ob Sie auf die Therapie ansprechen.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Es funktioniert bestimmt!
Aber wir müssen es trotzdem überprüfen.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: *[räuspert sich]* Und dann

–

Es dauert zwölf Wochen.

–

Dann ist es vorbei.

ID9606/2a-c: *[nickt]*

Arzt: Wir können davon ausgehen, dass Sie mit mehr
als –
Ähhhhm – 90% Sicherheit geheilt sein werden.

ID9606/2a-c: Hmmm –

[Wieder entsteht eine Pause. Beide schweigen.]

Arzt: Also, Epclusa heißt das Ding.
[im Hintergrund läuft der Drucker zur Hochform auf]

Und wie gesagt –
Eine Tablette am Tag.
[der Drucker spuckt ein Papier nach dem anderen aus]

ID9606/2a-c: Ok.
*[es entsteht eine sehr lange Pause, der Arzt sortiert die
Papiere, die er dem Drucker entnommen hat]*

Arzt: Und falls doch irgendetwas sein sollte –
Irgendwelche Nebenwirkungen –
Probleme –
Dann können Sie mich jederzeit anrufen!
Aber seien Sie unbesorgt, Eplclusa ist etwas völlig
anderes als Ribavirin und Interferon.

ID9606/2a-c: Ich bin mir dessen bewusst.

Arzt: Ich erwarte wirklich keine Komplikationen.
Nichts. Überhaupt nichts.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Gar nichts!

ID9606/2a-c: Ja.

Arzt: Nichts!

ID9606/2a-c: Ja. Ok.

Arzt: Ich erwarte, dass Sie überhaupt nichts davon
spüren!

> 13.11.17. 32T 465442 5246577 Bevor ich M.F.G. zum Geburtstag gratuliere, schlucke ich die erste Tablette im Wert von 368,45 CHF. Dreiundachtzig weitere Tabletten werden noch folgen. Laut dem letzten Kurs, der den heutigen Börsenhandel mit Rohstoffen beendete, entspricht diese eine Tablette einem Äquivalenzwert von 9,05 Gramm Gold oder 1517,9 Kilogramm Reis. Täglich ertrinken Menschen, die vor Krieg, Armut und Unterdrückung fliehen. Und an der Grenze in Lager gepfercht warten die Überlebenden und hoffen so wie ich auf ein neues Leben. Spätestens seit dem Beginn der Moderne klopfen Menschen, die vor den Gräueln des Krieges, dem Terror der Despotie oder einem aussichtslosen Dasein fliehen, an die Türen anderer Menschen. Doch Migration ist alles andere als eine neue Erscheinung. Denn zur kapitalistischen Produktionsweise gehört die Produktion „überflüssiger“ Menschen. Nicht wenige (über)leben in Armut, Elend und Verachtung inmitten einer Gesellschaft, die sie auszustoßen trachtet und sich zugleich der Großartigkeit ihres unvergleichlichen Komforts und Reichtums rühmt. In den letzten Jahrzehnten ist ihre Zahl gewachsen, und sie wird unaufhaltsam weiterwachsen, wenn Menschen anderen Menschen Respekt, Sorge und Anerkennung weiterhin verweigern.⁶⁰

Die WHO führt im März 2017 die Wirkstoffkombination von Sofosbuvir und Velpatasvir (Epclusa) auf ihrer zwanzigsten *Model List of Essential Medicines* zur

⁶⁰ Vgl. Zygmunt Bauman, *Die Angst vor den anderen: Ein Essay über Migration und Panikmache*, übers. von Michael Bischoff, (Berlin: Suhrkamp Verlag, 2016).

Behandlung von Hepatitis C auf.⁶¹ Laut WHO sollen diese „Unentbehrliche[n] Arzneimittel [...] den vorrangigen Gesundheitsversorgungsbedarf der Bevölkerung decken. Sie sollen im Rahmen funktionierender Gesundheitssysteme jederzeit in ausreichender Menge, in geeigneter Darreichungsform, in gesicherter Qualität und zu Preisen verfügbar sein, die sich Individuen und die Gemeinschaft leisten können.“⁶² Die Realität sieht aber für Tausende von Menschen ganz anders aus. Sie haben keinen Zugang zu einer für sie überlebenswichtigen Therapie. Manche von ihnen haben nicht einmal Zugang zu drei Mahlzeiten am Tag.

Mir ist kotzschlecht, wenn ich an diese Zahlen und ihre Bedeutung denke. Mir ist kotzschlecht, weil ich weiß, dass ich zu sehr Mensch bin und meine einzige Mutationsfähigkeit sich auf einen Tumor in der Leber beschränkt hat. Mir ist kotzschlecht von Epclusa. Mir ist kotzschlecht, weil ich in diesem System privilegiert bin und nicht genau weiß, wie ich mich mit den Menschen, die für mich keine Derivate darstellen, solidarisieren könnte. Mir ist kotzschlecht, denn obwohl ich gewissermaßen privilegiert bin, weiß ich trotzdem nicht, wo ich das Geld für den Selbstbehalt dieser Therapie hernehmen soll.

>15.11.17. 32T 465442 5246577 Ich schlucke eine weitere Tablette. Irgendwie rieche ich seltsam.

⁶¹ Vgl. „eEML – Electronic Essential Medicines List“. <https://list.essentialmeds.org/medicines/290>.

⁶² „Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines“. <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/controlled-substances/work-on-controlled-medicines/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines>.

>18.11.17. 32T 465442 5246577 Nach der Lohnarbeit erkunde ich die Fluchtlinien im Steppmuster meiner Matratze. Ich schlucke die nächste Tablette. Nichts geschieht. So hatte ich mir deinen Tod nicht vorgestellt.

Obwohl die goldenen Jahre der klinischen Medizin längst vorbei sind, scheint sich die „molekulare“ Ontologie der Technomedizin noch nicht in meine Denkweise eingeschrieben zu haben. Irgendwie hat mich das Versprechen dieser Tabletten vergessen lassen, dass ich mich nicht als organische Einheit sehe. Ausgehend vom Körper als „molarem Territorium“ hatte ich angenommen, dass dein Widerstand gegen die pharmakratische Gesellschaft – ausgetragen auf dem Schlachtfeld unseres Körpers – spektakulär sein würde. Monatelang hatte ich mich auf ein großes Gefecht vorbereitet, indem ich in meiner Werkzeugkiste nutzlose Phrasen – gespickt mit kriegerischer Metaphorik – deponierte, die ich dann bei Bedarf hervorholen könnte, um zu beschreiben, was die Chemo mit uns macht.

Meine Spekulationen über deinen Tod wurden geprägt von der Vorstellung des Angriffs und Gegenangriffs von Virus und Protease-Inhibitoren. Zwischen endlosen Möglichkeiten des Werdens, verkörpert durch dich, einen Schwarm von Trickstern, der durch das Programmieren von Fluchtmutanten immerwährend Quasispezies hervorbringt – und der molekularen Biopolitik, verschleiert durch eine hellrosafarbene Tablette.

Die militaristische Verzerrung mysteriöser Entitäten ist so alt wie Platons Metapher des Organismus für das soziale Gefüge und dient als Bindeglied zwischen wissenschaftlichen und politischen Diskursen. Indem politischen Argumenten der Anschein wissenschaftlicher Begründung gegeben wird, kann ein mehr oder weniger

subtiler Gebrauch von Sprache im Dienste moralistischer Demagogie zur Rechtfertigung von Kriegen, Rassismus und Kolonialismus missbraucht werden. Biologie als Gesellschaft. Gesellschaft als Biologie. Aber auch als Anti-Platon verkommt die Insurrektion zur Ware.

Während ich mich inmitten dieser De- und Re-Subjektivierungsprozesse befinde, gleiten meine Finger über die Tastatur. Eine Lüge. Ein Trick. Ich schreibe diesen Satz, weil sich dadurch eine Vorstellung besser verkaufen lässt. Weil dieser Satz bereits gelesene Sätze und Vorstellungen vom Schreiben reaktiviert. Egal. Meine Finger gleiten nicht. Sie stottern. In diesem stotternden Werden des Textes, in meiner Wunschproduktion, fabuliere ich meinen verbleibenden viral load als *Mothra*. Eine geschlechtslose rätselhafte *Kaiju*. Eine empfindungsfähige Raupe, die nach ihrer Metamorphose in der Form einer freundlichen Imago-Motte, maskiert als Tagpfauenauge, gegen die dunkle Seite der Macht kämpft, um den Planeten zu retten. Auch wenn du den Kampf gegen Godzilla verlieren wirst, hast du deine Eier bereits gelegt und somit auf Samsara verwiesen – den immerwährenden Zyklus des Werdens und Vergehens. Es gibt weder Anfang noch Ende. Still wie du gekommen bist, so still wirst du auch gehen. Ich kenne weder das Datum deiner Ankunft, noch werde ich jemals erfahren, wann genau und ob du gestorben bist. Doch deine Nachkommen werden aus diesen Eiern schlüpfen und mit ihrem Serum sprühen sie ein Netz aus Seidenfäden, das Godzilla erstarren und im Meer verschwinden lässt.

In dieser Fabulation spielt der Körper die Rolle der *Shobijin*. Zwei kleine Zwilling-Humanoide, die mit dir in telepathischem Kontakt stehen und dich durch ein magisches Lied zu Hilfe rufen, damit unser Körper und

seine stotternden Finger mithilfe von Algorithmen Texte produzieren, durch die wir sprechen können. Denn es sind die tentakulären Netze beunruhigender Beziehungen, die von Bedeutung sind, und nicht die Genealogien des Denkens eines (In)dividuums.

Obwohl sich die „klassische Kombinationstherapie“ mit Interferon und Ribavirin bei einigen Genotypen und Subtypen als komplett wirkungslos erwiesen hatte und mit massiven Nebenwirkungen und Folgeschäden für die Betroffenen verbunden war, galt sie Jahrzehnte lang als einzige Möglichkeit in der HCV-Behandlung.⁶³ Dieser Tatbestand sollte sich erst ändern, als das Biotechnologieunternehmen Pharmasset Inc. im Jahre 2008 anfang, den Wirkstoff PSI-7977 zu entwickeln, der einige Jahre später von Gilead Sciences unter den Namen Sovaldi, Harvoni (in Kombination mit Ledispavir), Epclusa (in Kombination mit Velpatasvir) und schließlich Vosevi (in Kombination mit Velpatasvir und Voxilaprevir) auf den Markt gebracht werden sollte.⁶⁴

Pharmasset wurde im Jahr 1998 von vier medizinischen Forschern in einem Vorort von Atlanta gegründet.⁶⁵ Raymond F. Schinazi, ein Co-Gründer von

63 Ab 2011 wurde die Therapie zum Teil noch mit einem HCV-Proteasehemmer (Boceprevir und Telaprevir) kombiniert. Trotzdem blieben Peg-Interferon und Ribavirin ein notwendiger Bestandteil bei jeder Hepatitis-C-Behandlung.

64 Vgl. Sofia, Michael J. „Enter Sofosbuvir: The Path to Curing HCV“. *Cell* 167, Nr. 1 (September 2016): 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2016.08.044>.

65 Vgl. Hatch, Orrin G, und Ron Wyden. „The Price of Sovaldi and Its Impact on the U.S. Health Care System“. USA: Committee On Finance United States Senate, 2015. 23

Pharmasset, prägte gemäß eigenen Angaben den Namen Pharmasset, abgeleitet aus pharmaceutical assets. Vermögenswerte zu schaffen, die an Unternehmen verkauft werden können, war Schinazi zufolge der ursprüngliche Geschäftsplan.⁶⁶ Obwohl die Ressourcen mit 15 Angestellten und ohne eigene Labore sehr begrenzt waren, unterzeichnete das Startup bereits einige Jahre nach seiner Gründung die ersten Lizenzverträge für eventuelle Arzneimittelkandidaten, die während der universitären Forschung entdeckt worden waren.⁶⁷ Zudem konnten noch zusätzliche Vereinbarungen mit mehreren Pharmaunternehmen, unter anderem auch mit Roche, getroffen werden. Pharmasset definierte sich zu diesem Zeitpunkt als ein Unternehmen, das verschiedene Arzneimittelprojekte in klinischen Studien untersucht und sich der Entdeckung, Entwicklung und Vermarktung neuartiger Medikamente zur Behandlung von Virusinfektionen verschrieben hat. Das Hauptaugenmerk der Firma lag auf der Entwicklung von oralen Therapeutika zur Behandlung des Hepatitis-C-Virus.⁶⁸ Im Jahr 2007 ging Pharmasset an die Börse und wurde im NASDAQ als VRUS gelistet.⁶⁹

66 Vgl. Berkrot, Bill. „Gilead Could Have Had Pharmasset Cheap: Founder“. Reuters, 22. November 2011. <https://www.reuters.com/article/us-pharmasset-founder-idUSTRE7AL2ES20111122>

67 Vgl. Hatch & Wyden (2015): 13

68 Vgl. „Corporate Overview – Pharmasset, Inc.“, 1. November 2011. <https://web.archive.org/web/20111101132704/http://www.pharmasset.com:80/about/default.aspx>.

69 Vgl. „PHARMASSET INC FORM 10-K (Annual Report): Filed 12/31/07 for the Period Ending 09/30/07“. United States Securities and Exchange Commission (SEC), 31. Dezember 2007. <https://web.archive.org/web/20120425083743/http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReports/PDFArchive/vrus2007.pdf>.

Die ersten präklinischen Studien für PSI-7977 begannen im Jahr 2008, und bis ins Jahr 2011 hatte Pharmasset 62,4 Millionen US-Dollar in die Forschung und Entwicklung von PSI-7977 investiert. Diese Forschungsgelder enthielten unter anderem auch einen Bundeszuschuss von 244.479,25 US-Dollar im Rahmen des Qualified Therapeutic Discovery Program.⁷⁰ PSI-7977 schien ein vielversprechender Kandidat zu sein, und mehr als ein Jahr vor dem Beginn der ersten Akquisitionsgespräche mit Gilead Sciences informierten die Führungskräfte von Pharmasset ihren Vorstand darüber, dass das Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil des Arzneimittels in diesen Studien großes Potential gezeigt hatte. Außerdem schien PSI-7977 weniger riskant zu sein als andere Medikamente, die sich bereits in Vorbereitung befanden. Pharmasset erhielt daraufhin von anderen Pharmaunternehmen unaufgeforderte Buyout-Angebote, was das Unternehmen dazu veranlasste, Morgan Stanley – ein US-amerikanisches Investmentbanking- und Wertpapierhandelsunternehmen – als Berater zu engagieren.⁷¹ Die meisten großen Pharmaunternehmen mit antiviralen Franchise-Unternehmen spekulierten damit, dass Hepatitis C der nächste große antivirale Markt nach HIV sein würde, und legten Wert darauf, schnellstmöglich die Marktführerschaft zu erreichen. Angesichts der vielversprechenden Daten aus

⁷⁰ Vgl. Hatch, Orrin G, and Ron Wyden. (2015): 13. Das Qualified Therapeutic Discovery Program sollte Steuererleichterungen und Zuschüsse für kleine Unternehmen vorsehen, die ein erhebliches Potenzial für die Herstellung neuer und kostensparender Therapien aufweisen, US-Jobs unterstützen und die Wettbewerbsfähigkeit der USA steigern. Die Antragsteller mussten ihre Forschungsprojekte für den Kredit oder die Finanzhilfe zertifizieren lassen.

⁷¹ Vgl., ebd.

den präklinischen Studien und dem potenziellen Markt würde PSI-7977 mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit für eine temporäre Monopolstellung sorgen. Diese Ausgangslage ließ die Pharmasset-Aktien in die Höhe schnellen. Innerhalb eines Jahres hatte sich ihr Wert verdreifacht.⁷²

Die neue Situation führte schließlich dazu, dass die Führungskräfte von Pharmasset begannen, nach Wegen zu suchen, die Firma, die sich bisher auf Forschung konzentriert hatte, in ein Unternehmen zu verwandeln, das HCV-Medikamente international vertreiben konnte. Darüber hinaus drängte Pharmasset auch weiterhin auf zusätzliche Budgetgenehmigungen für die Weiterentwicklung von PSI-7977.⁷³ Der Wirkstoff wurde im Juni 2011 sofort zur Phase-II-Studie⁷⁴ zugelassen und zeigte in der Kombination mit Ribavirin eine außergewöhnliche Wirksamkeit bei den Genotypen 1, 2 und 3.⁷⁵ Es war jedoch erst eine klinische Studie namens ELECTRON,

72 Vgl. „Gilead Bets \$11 Billion on Hepatitis in Pharmasset Deal“. Reuters, 21. November 2011. <https://www.reuters.com/article/us-gilead-pharmasset/gilead-to-buy-pharmasset-for-11-billion-idUSTRE7AK0XU20111121>.

73 Vgl. Hatch and Wyden (2015): 13

74 Phase-II-Studien werden an größeren Gruppen (100–300) durchgeführt und dienen der Beurteilung der Wirksamkeit des Arzneimittels sowie der Fortsetzung der Phase-I-Sicherheitsbewertungen bei einer größeren Gruppe von Freiwilligen und Patienten. Gentests sind häufig, insbesondere wenn Anzeichen für eine Variation der Stoffwechselrate vorliegen. Wenn der Entwicklungsprozess für ein neues Medikament fehlschlägt, tritt dies normalerweise in Phase-II-Studien auf, wenn festgestellt wird, dass das Medikament nicht wie geplant wirkt oder toxische Wirkungen hat.

75 Vgl. „Study to Determine the Safety and Effectiveness of Antiviral Combination Therapy to Treat Hepatitis C Virus (HCV) in Patients Who Have Previously Not Received the Standard of Care – ClinicalTrials.Gov“. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01359644>.

die das volle Potenzial von PSI-7977 aufzeigen sollte. In dieser Studie an Patient_innen mit HCV-Genotyp 2 und 3 führte die über 12 Wochen dosierte Interferon-freie Kombination von Sofosbuvir und Ribavirin zu einer Heilungsrate von 100%. Dieses Ergebnis war von entscheidender Bedeutung, da zum ersten Mal ein Interferon-freies Regime hohe Heilungsraten zeigte, gut vertragen wurde und keine Arzneimittelresistenz aufwies.⁷⁶ Aufgrund der Daten vermutete die FDA, dass PSI-7977 das Potenzial hatte, Interferon *und* Ribavirin in der HCV Therapie zu ersetzen. Die Behörde garantierte dem Unternehmen am 18. August 2011 ihre Unterstützung, um einen schnellen Wechsel zur Monotherapie zu ermöglichen. Als Pharmasset am 6. November 2011 die Ergebnisse von ELECTRON veröffentlichte, stellte dies für die weltweit ca. 200 Millionen HCV-Infizierten eine noch nie dagewesene Chance auf eine Heilung dar.⁷⁷ Nur einige Tage später kündigte Gilead Sciences – der weltweit größte Hersteller von HIV-Medikamenten – an, Pharmasset für 11,2 Milliarden US-Dollar zu kaufen.⁷⁸

Die Gilead-Führungskräfte zeigten sich sehr zuversichtlich über den Kandidaten PSI-7977, der zu diesem Zeitpunkt in die Endphase der von der FDA unterstützten Zulassungsprüfungen eintrat. Als die Übernahme jedoch am 21. November 2011 bekannt gegeben wurde, löste dies einen Sell Off der Gilead-Aktie aus und

76 Vgl. Sofia (September 2016): 25–29

77 Vgl. Hatch and Wyden (2015): 13–14

78 Vgl. Tirell, Meg. „Gilead to Buy Pharmasset for \$11 Billion to Win in Hepatitis“. Bloomberg, 21. November 2011. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2011-11-21/gilead-to-acquire-pharmasset-for-11-billion-to-add-hepatitis-c-medicines>.

wurde von Finanzanalysten, die das Geschäft als äußerst riskant betrachteten, scharf kritisiert. „Dass Gilead effektiv ein Drittel seines Wertes für einen unbewiesenen Vermögenswert aufgibt, der immer noch einem erheblichen klinischen Risiko unterliegt, scheint bemerkenswert“, schrieb Geoffrey Porges, Biotechnologie-Analyst bei Sanford C. Bernstein & Company.⁷⁹ Thomas Wei von Jefferies & Company schätzte, dass der Verkauf von Hepatitis-C-Medikamenten durch Gilead jährlich 4 Milliarden US-Dollar erreichen müsste, um den Kaufpreis zu rechtfertigen. Dies sei zwar schwierig – aber nicht unmöglich.⁸⁰

Aufgrund der von Pharmasset veröffentlichten Ergebnisse ihrer ELECTRON Studie, konnten sich die Gilead-Manager, trotz Zweifel von Analysten und Investoren, aber sicher sein, dass Pharmasset mit PSI-7977 ein Molekül entwickelt hatte, das die HCV-Behandlung revolutionieren würde, indem es in Zukunft Interferon in der HCV-Therapie überflüssig machte. PSI-7977 befand sich also in einer hervorragenden Ausgangsposition, um Marktführer zu werden.⁸¹ Darüber hinaus waren die Führungskräfte auch aus einem anderen Grund dazu bereit, ein Risiko einzugehen. Die eigenen Bemühungen von Gilead bei der Entwicklung von HCV-Medikamenten waren bisher nicht besonders erfolgreich verlaufen, was es ihnen erschwerte, mit konkurrierenden Biotech- oder Pharma-Unternehmen Schritt zu halten. Der Kauf von Pharmasset war für

79 Andrew Pollack and Michael J. de la Merced, „Gilead to Buy Pharmasset for \$11 Billion“, DealBook, 1321880718, <https://dealbook.nytimes.com/2011/11/21/gilead-to-buy-pharmasset-for-11-billion/>.

80 Vgl. ebd.

81 Vgl. Hatch and Wyden (2015): 14

Gilead unausweichlich, um auf dem HCV-Markt wettbewerbsfähig zu werden.⁸²

Mit dem angebotenen Kaufpreis von 11,2 Milliarden US-Dollar sollte also nicht nur der Erwerb des vielversprechenden Moleküls sichergestellt werden. Zu lange Verhandlungen konnten auch dazu führen, die Chance zu verpassen, ein Unternehmen mit einer potenziellen Marktführerstellung in einer hart umkämpften Branche zu erwerben.⁸³ Gilead und seine Bankiers benannten die Akquisition mit dem Code Project Harry, nach den Charakteren aus dem Kinderroman Harry Potter. In Gileads interner Kommunikation wurde Pharmasset als Harry und Gilead als Gryffindor bezeichnet. Bereits am 21. Juli 2011, fast ein halbes Jahr vor der Übernahme, erklärte Gileads COO John Milligan in einer Präsentation mit dem Titel „Einführung in das Projekt Harry“, dass „Harry der Beste sei und Gilead am besten rechtzeitig ein Nukleotid in sein Portfolio bringen müsse“, und „dass es höchst unwahrscheinlich sei, dass das Unternehmen in einem Jahr noch verfügbar sein wird“, da Harry eine „attraktive Akquisition für mehrere Unternehmen“ darstelle.⁸⁴

Mehr als ein Jahr vor Beginn der Akquisitionsgespräche, im Juni 2010, hatte Gilead aufgrund fehlenden Erfolgs in der eigenen HCV-Forschung John McHutchison, einen international anerkannten und hoch dotierten Forscher der Gastroenterologie und Hepatologie als Chief Scientific Officer engagiert⁸⁵ und

⁸² Vgl. ebd. 14–15

⁸³ Vgl. ebd. 14

⁸⁴ Vgl. ebd. 14

⁸⁵ Vgl. ebd. 15

erhoffte sich dadurch eine ‚breite genotypische orale antivirale Therapie‘ bis zum Jahr 2020.⁸⁶ Doch im Oktober 2011 hatte das Unternehmen erkannt, dass der Wettbewerbscharakter des Feldes und die Geschwindigkeit der Entwicklungen die Zeitspanne auf ein paar wenige Jahre verdichtet hatte. Eine Präsentation vor dem Gilead-Stiftungsrat machte klar, dass in kürzester Zeit eine rein oral zu verabreichende Therapie zu erwarten war, da Pharmasset schneller als jedes andere Unternehmen Patient_innen zu seinen klinischen Studien rekrutierte.⁸⁷ All diese Faktoren machten ziemlich deutlich, dass sowohl der fehlende Erfolg von Gileads eigener HCV-Pipeline als auch das Bestreben, neben dem HIV-Markt auch auf dem HCV-Markt führend zu werden, sowohl den Wert als auch die Bedeutung der Übernahme der vielversprechenden Therapien von Pharmasset steigerte.⁸⁸

Den Führungskräften von Pharmasset war bekannt, dass Gilead und John McHutchison bereit waren, strategische Schritte bezüglich ihres schwächelnden HCV-Portfolios einzuleiten.⁸⁹ Gewissermaßen stellte „Harrys Übernahme“ den einzigen Weg für Gilead dar, sich weiterhin eine führende Stellung auf dem antiviralen Markt zu sichern. Die Investmentbank Barclays Capital fasste die strategischen Überlegungen in den Tagen vor der Ankündigung der Übernahme wie folgt zusammen:

⁸⁶ Vgl. ebd.

⁸⁷ Vgl. ebd.

⁸⁸ Vgl. ebd. 15–16

⁸⁹ Vgl. ebd. 15

1. Diversifizierung des Geschäfts von Gryffindor außerhalb von HIV bei gleichzeitiger Nutzung der Expertise von Gryffindor
2. Die Übernahme von Harry beschleunigt das Entwicklungsprogramm von Gryffindor zur Behandlung von HCV
3. Harrys Nukleotid-Analogon PSI-7977 und sein Portfolio an Nukleotiden haben ihre Wirksamkeit bei mehr als 700 Patient_innen ohne Sicherheits- oder Resistenzbedenken bewiesen
4. Gryffindors Expertise bei antiviralen Therapien positioniert es als das Unternehmen, das in einzigartiger Weise in der Lage ist, Harrys HCV-Geschäftsmöglichkeiten zu maximieren⁹⁰

Wie sehr Gilead mit Harrys Nucleotid-Analogon PSI-7977 die eigenen Geschäftsmöglichkeiten zu maximieren vermögen würde, konnte zu diesem Zeitpunkt noch niemand ahnen. Am 6. Dezember 2013 wurde der Wirkstoff Sofosbuvir (PSI-7977) von der FDA zur Behandlung von Hepatitis C zugelassen⁹¹ und unter dem Produktnamen Sovaldi vertrieben. Im Jahr 2014, dem ersten Jahr, in dem Gilead Sciences Sovaldi und seinen Nachfolger Harvoni (Sofosbuvir und Ledipasvir) vermarktete, meldete das Unternehmen 12,4 Milliarden US-Dollar an weltweiten HCV-Verkäufen. Dies war mehr als dreimal so viel wie Thomas Wei von Jefferies & Company im Jahr 2012 für die Berechtigung des Kaufpreises berechnet hatte.⁹² Obwohl Gilead, um die hohen Preise zu rechtfertigen, später

⁹⁰ Zit. Nach ebd. 15

⁹¹ Vgl. ebd. 26

⁹² Vgl. ebd. 17

behaupten sollte, die Firma habe sich einem enormen Risiko ausgesetzt, deuten alle internen Dokumente darauf hin, „dass die Führungskräfte sehr zuversichtlich waren, dass Sofosbuvir die FDA-Zulassung erhalten würde. Auf den Folien von Gilead wurde ein ‚[e]xzellentes Sicherheitsprofil [...]‘, das in die Phase 3 der Erprobung übergeht, sowie hohe Heilungs- und Ansprechraten bei Genotyp-1-Patienten mit und ohne Interferon hervorgehoben. Die Zuversicht rührte daher, dass Gilead in Zusammenarbeit mit Beratern von Barclays und der Bank of America monatelang den weltweiten HCV-Markt und die potenziellen Einnahmequellen einer hypothetischen ‚Harry-Gryffindor‘-Akquisition untersucht hatte. Das Akquisitionsteam hatte geschützte Finanz- und Forschungsdaten untersucht, die von Pharmasset im Rahmen von Vertraulichkeitsvereinbarungen zur Verfügung gestellt wurden, und legte den Führungskräften und dem Vorstand von Gilead regelmäßig Berichte vor.“⁹³ Die Geschäftsleitung von Gilead war sich also sehr wohl bewusst, dass der Kauf von Pharmasset nicht ein so großes Risiko war, wie es von den Analysten dargestellt wurde. John McHutchison, der eine wichtige Figur bei der späteren Preisgestaltung von Sovaldi spielen sollte, war in den Akquisitionsprozess involviert. Bevor er als Senior Vice President im Bereich Therapeutika für Lebererkrankungen und Mitglied der Geschäftsleitung des Unternehmens zu Gilead kam, war McHutchison Berater von Pharmasset gewesen. Kurz bevor der Deal abgeschlossen wurde, beschrieb McHutchison in einer E-Mail an Matthew Young von Barclays Capital, der als

⁹³ Zit. nach ebd., 16

Akquisitionsberater von Gilead tätig war, den Kauf von Pharmasset als „Schnäppchen“.⁹⁴

Zudem war der von Gilead festgelegte Verkaufspreis für Sovaldi wesentlich höher als der berechnete Preis, den Pharmasset am 6. Dezember 2011, nach der Bekanntgabe der Übernahme, bei der Securities and Exchange Commission eingereicht hatte. Die Dokumente und Berechnungen deuteten darauf hin, dass PSI-7977 für 36.000 US-Dollar pro Behandlungsprogramm in den Vereinigten Staaten und zu ermäßigten Preisen in der Europäischen Union verkauft hätte werden sollen. Gilead setzte schließlich den Preis von Sovaldi für eine einzige 12-wöchige Behandlung auf 84.000 US-Dollar fest. Das war mehr als doppelt so hoch wie Pharmassets öffentlich gemachte Angaben zum Zeitpunkt der Ankündigung der Übernahme.⁹⁵ Wie die Untersuchung des United States Senate Committee on Finance später aufzeigen konnte, „[...] verfolgte [Gilead] einen kalkulierten Plan für die Preisgestaltung und Vermarktung seines Hepatitis-C-Medikaments, der auf einem einzigen Hauptziel beruhte: der Maximierung der Einnahmen, ungeachtet der menschlichen Konsequenzen. Es gab keine konkreten Beweise in E-Mails, Sitzungsprotokollen oder Präsentationen, dass grundlegende finanzielle Tatsachen wie Forschungs- und Entwicklungskosten oder die milliarden schwere Übernahme von Pharmasset [...] bei der Preisgestaltung von Gilead eine Rolle spielten. Gilead wusste, dass diese Preise die Behandlung für Millionen von Menschen unerschwinglich machen und Medicare und Medicaid vor außerordentliche Probleme stellen würden, und

⁹⁴ Vgl. ebd. 17

⁹⁵ Vgl. ebd.

dennoch hat das Unternehmen so weitergemacht.“⁹⁶ Nicht zu Unrecht befürchtete der US-Senat, dass Gilead einen Präzedenzfall in der Preisgestaltung von Blockbuster-Medikamenten geschaffen hatte. Dies würde bedeuten, dass es in Zukunft bei der Markteinführung von unentbehrlichen Medikamenten Milliarden kosten würde, um nur einen Bruchteil der Patient_innen zu behandeln.⁹⁷

Am 22. April 2014 beschrieb Gilead in seinem „HCV Commercial Plan“, auf welche Weise sich das Unternehmen die Marktführerschaft sichern und gleichzeitig den HCV-Markt durch ein effektives Portfoliomanagement anhand von gestaffelten Markteinführungen vergrößern wollte.⁹⁸ In einem traditionellen Wasserfallmodell wurde die Lancierung der HCV-Medikamente in drei sequenzielle Phasen gegliedert. Deren Teilergebnisse sollten aufeinander aufbauend zum vorher klar und deutlich spezifizierten Projektergebnis führen.⁹⁹ Die erste Welle zielte darauf ab, dass Sovaldi als neuer Standard für alle Genotypen in der HCV-Therapie eingeführt wurde. Hierfür wollte man die Regierungen in den USA, in Europa, Japan, Korea, Hongkong, Taiwan, Kanada, Australien und Russland über die ökonomischen Vorteile eines Investments für HCV-Therapien unterweisen und sie zugleich bei einer

96 „Wyden-Grassley Sovaldi Investigation Finds Revenue-Driven Pricing Strategy Behind \$84,000 Hepatitis Drug | The United States Senate Committee on Finance“, <https://www.finance.senate.gov/ranking-members-news/wyden-grassley-sovaldi-investigation-finds-revenue-driven-pricing-strategy-behind-84-000-hepatitis-drug>.

97 Vgl. ebd.

98 Vgl. Hatch and Wyden (2015) Appendix E. Documents produced by Gilead Sciences. Exhibit 45: Gilead Sciences, Inc., 2015–2016 HCV Commercial Plan (April 22, 2014) 1556–1169

99 Vgl. ebd., 1566

flächendeckenden HCV-Eliminierungsstrategie unterstützen.¹⁰⁰ Zusätzlich wollte man die Ärzt_innen für die Vorteile einer sofortigen Behandlung sensibilisieren. Dadurch wollte Gilead verhindern, dass Betroffene nicht auf nachfolgende HCV-Therapie-Wellen oder gar billigere Konkurrenz-Produkte warteten.¹⁰¹ Eine weitere Methode bestand darin, in jedem Land Interessengruppen zu bilden oder das Engagement von Patient_innen-Organisationen in Dienst zu nehmen.¹⁰² Hier wollte Gilead insbesondere die beginnende Mobilisierung in der „co-infection community“ für sich nutzen.¹⁰³ Da Gilead bei seiner Preissetzung Preispetitionen und Proteste von Patient Advocates oder Interessengruppen für sehr wahrscheinlich hielt,¹⁰⁴ wurde geplant, diese bei globalen oder europaweiten Initiativen zu unterstützen,¹⁰⁵ um mit ihrer Hilfe das HCV-Budget im Gesundheitswesen des jeweiligen Staates zu erhöhen. In diesem Zusammenhang war es Gilead auch wichtig, den politischen Aktivist_innen immer einen Schritt voraus zu sein, insbesondere den Anti-Intellectual-Property-Aktivist_innen.¹⁰⁶ Gilead war sich bewusst, dass die Patient_innen für sich selbst eintreten müssen, deshalb war es entscheidend, sie darüber

100 Vgl. ebd., 1568–1574

101 Vgl. ebd., 1569

102 Vgl. ebd., 1571

103 Vgl. ebd., 1564

104 Vgl. ebd., Exhibit 46 Gilead Sciences, Inc., Topics for Discussion–LDV/SOF US Pricing (Aug. 4, 2014) 1598

105 Vgl. ebd., Exhibit 45: Gilead Sciences, Inc., 2015–2016 HCV Commercial Plan (April 22, 2014) 1578

106 Vgl. ebd., Exhibit 23: Gilead Sciences, Inc., Hepatitis C and GS-7977 Development Update (Nov. 5, 2012) 1132

aufzuklären, wie und worum sie bitten können.¹⁰⁷ Es wurde befürchtet, dass wenn die Patient_innen mit dem hohen Preis konfrontiert werden, diese sofort annehmen, dass sie sich die Behandlung nicht leisten zu können und aus diesem Grund keinen weiteren Dialog mit ihren Ärzt_innen über die Behandlung führen.¹⁰⁸

Ein längerfristiges ökonomisches Wachstum sollte aber auch durch die Forderung nach einem flächendeckenden HCV-Screening erreicht werden.¹⁰⁹ Einerseits würde dies zu einer erhöhten Diagnoserate unter der vorherrschenden Bevölkerungszielgruppe führen, andererseits konnte auf diesem Weg auch die Zufallspopulation mit eingeschlossen werden.¹¹⁰ Auch die Zusammenarbeit mit dem Federal Bureau of Prisons spielte gemäß Gileads Plan eine der wichtigsten Rollen für den Erfolg der HCV-Franchise¹¹¹. Die Führung von Gilead war sich bewusst, dass die Konkurrenz nicht schlief und in den darauffolgenden Jahren mehrere HCV-Medikamente der neuen Generation zur Marktreife bringen würde. Aber eine von Gileads strategischen Zielsetzungen bestand darin, den Wirkstoff Sofosbuvir als tragende Säule *aller* zukünftigen HCV-Therapien zu etablieren. Aus diesem Grund schien es wichtig, Strategien zu entwickeln, um in einem Umfeld der Marktfragmentierung

107 Vgl. ebd., Exhibit 53: Email from Cara Miller to Gregg Alton, FW: FPC Ad Board Feedback (Oct. 4, 2013) 1926

108 Vgl. ebd.

109 Vgl. ebd., Exhibit 48: Gilead Sciences, Inc., 2014–2015 US HCV Franchise BPOA (Draft) (June 2014) 1720

110 Vgl. ebd., Exhibit 45: Gilead Sciences, Inc., 2015–2016 HCV Commercial Plan (April 22, 2014) 1572

111 Vgl. ebd., Exhibit 23: Gilead Sciences, Inc., Hepatitis C and GS-7977 Development Update (Nov. 5, 2012)1129

paritätische Zugänge zu gewährleisten, ohne dabei die Marktführerschaft zu verlieren.¹¹²

Nach der Einführung von Sovaldi sollte vorerst Harvoni dabei helfen, den Markt zu vergrößern, bevor schließlich im Jahr 2016 mit Epclusa die weltweit erste und bislang einzige pangenotypisch (1–6) wirksame, einmal täglich einzunehmende Single-Tablet-Regime-Therapie für die Behandlung der chronischen Hepatitis-C-Infektion zugelassen werden sollte. Harvoni stellt die zweite Welle von HCV-Medikamenten dar, bestand aus einer Kombination von Sofosbuvir und Ledipasvir und sollte laut dem „HCV Commercial Plan“ als erstes „all-oral, INF-free, single tablet regimen“¹¹³ für Patient_innen mit dem Genotyp 1 vermarktet werden. Wie zuvor bereits erwähnt, ist der Genotyp 1 der am häufigsten vorkommende Genotyp und zudem global weit verbreitet. Er macht über 50% aller Infektionen aus. Bei Sovaldi benötigten die meisten Genotypen, so auch der Genotyp 1, die Doppel-Therapie mit Ribavirin, in schwereren und fortgeschritteneren Fällen sogar Ribavirin und Interferon. Doch bei Harvoni konnten mehr als 100 Millionen HCV-Infizierte mit einer Pille pro Tag virusfrei werden. Allerdings war Harvoni nicht nur dazu bestimmt, die Therapie beim weltweit am meisten vorkommenden Genotyp zu erleichtern. Anhand der großen Anzahl zukünftiger „Konsument_innen“ und der Preissetzung schien Harvoni vor allem dazu bestimmt, Gileads Einnahmen massiv zu erhöhen. Denn in der Kurzfassung von Gileads „HCV Commercial

112 Vgl. ebd., Exhibit 45: Gilead Sciences, Inc., 2015–2016 HCV Commercial Plan (April 22, 2014) 1558–1579

113 Vgl. ebd., 1566

Plan“ stand als oberstes Ziel „[to] Maximize Total Franchise Value.“¹¹⁴

Zunächst erwog Gilead, den Preis für Harvoni für einen 12-wöchigen Therapiezyklus bei 96.000 US-Dollar anzusetzen. Gileads Hauptverkaufsargument für Harvoni war, dass es für bestimmte Patient_innen – insbesondere diejenigen, die therapienaiv waren und keine Leberzirrhose hatten – eine Interferon-freie Therapie wäre, die mit nur einer Pille am Tag in nur acht Wochen abgeschlossen sein könnte. In seinen Berechnungen erwartete Gilead, dass jedoch nur 21% bis 46% der Patient_innen in diese Kategorie passen würden. Der Rest wäre auf eine reguläre Therapiedauer von 12 Wochen (45% bis 70%) oder, im Falle von Patient_innen mit Leberzirrhose, 24 Wochen (9%) angewiesen. Letztlich wurde der Preis für eine 12-wöchige Therapie mit Harvoni auf 94.500 US-Dollar festgesetzt, und Harvoni sollte als „1000-Dollar-Pille“ in die Geschichte eingehen. Aufgrund dieser Berechnungen prognostizierte Gilead, dass seine HCV-Medikamente zwischen 2015 und 2018 einen Nettoumsatz von mehr als 30 Milliarden US-Dollar generieren würden. Einige Jahre später sollte Carsten Nowotsch, Geschäftsführer von Gilead Deutschland, den Kostenpunkt so begründen: „Durch unsere Mittel spart die Gesellschaft Folgekosten, etwa für Krankenhausaufenthalte oder Lebertransplantationen. Daran haben wir uns bei der Preisfindung orientiert, nicht an den Produktionskosten.“¹¹⁵

114 Ebd., 1559

115 Salz, Jürgen. „Hepatitis-Medikament Sovaldi: Was aus der 1000-Dollar-Pille wurde“. <https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/hepatitis-medikament-sovaldi-was-aus-der-1000-dollar-pille-wurde/19521980.html>.

>22.01.18. 32T 465442 5246577 Nachdem ich zwei Tage vor Erschöpfung durchgeschlafen habe, schlucke ich eine weitere Tablette für 368,45 CHF. Bisher habe ich für 18.422,50 CHF Tabletten geschluckt, in der Hoffnung, die Auswirkungen eines Onkovirus zu überleben. Gilead Science hat im Oktober Kite Pharma für 11,9 Milliarden gekauft und steigt somit in das Geschäft mit der Krebs-Gentherapie mit ein. Mit Yescarta, entwickelt von Kite Pharma, wurde in den Vereinigten Staaten Mitte Oktober die zweite CAR-T-Zelltherapie von der US-Arzneimittelbehörde FDA zugelassen. Yescarta ist bei bestimmten Formen des Non-Hodgkin-Lymphoms indiziert. Menschen mit einer Hepatitis-C-Infektion haben ein sechsmal höheres Risiko, an einem Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) zu erkranken. In den ethischen Richtlinien von Gilead werden Diskriminierung aufgrund von „Rasse“, Hautfarbe, Geschlecht, Religion, Behinderung, sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität verurteilt. Das stimmt tatsächlich. Alle dürfen sich bei Gilead ihr Leben auf Kredit zurückkaufen.

Arzt: Hmm. Das klingt doch gar nicht so übel.

ID9606/2a-c: Naja. Das würde ich jetzt nicht behaupten. Obwohl – Ich fühle mich besser als erwartet. Auch wenn mich das Ganze erschöpft und zuweilen starke Kopfschmerzen bereitet. Hin und wieder wird mir dermaßen übel – Als müsste ich mich demnächst übergeben.

Arzt: Diese Reaktionen sind bekannt und am Anfang ganz normal. Aber wenn sich der Körper erstmal daran gewöhnt hat –

ID9606/2a-c: Im Vergleich zur Therapie mit Interferon und Ribavirin –

Arzt: Ein riesiger Unterschied, dieses Epclusa, nicht wahr?

ID9606/2a-c: Absolut!

Arzt: *[tippt auf der Tastatur]*

Jetzt wollen wir doch zuerst mal schauen, was in der Zwischenzeit passiert ist. Zum Start der Therapie haben wir überprüft, wie viele Viren im Blut nachweisbar sind. Das waren 1,5 Millionen pro Millimol. Die Leberwerte und auch der Nierenwert befanden sich beide im Normbereich. Heute werden wir nachprüfen, ob sich daran etwas verändert hat.

–

In erster Linie interessiert uns die Anzahl der Viren.

ID9606/2a-c: *[nickt]* Heute bekomme ich die zweite Packung Tabletten, oder?

Arzt: So ist es.

ID9606/2a-c: Und die dritte Packung bekäme ich dann im Januar?

Arzt: Ja.

ID9606/2a-c: Wäre es möglich, heute auch die dritte Packung mitzunehmen?

Arzt: Das geht leider nicht.

Wir haben keine Tabletten auf Lager.

Bei diesen Preisen –

Wir bestellen die Packungen –

immer auf den Punkt!

ID9606/2a-c: Ach so, ich verstehe –

Wissen Sie, es geht um die Abrechnung bei der Krankenkasse. Ich muss ehrlich sagen, dass ich nicht weiß, woher ich das Geld für den Selbstbehalt nehmen soll.

Arzt: [*scheint mit der Problematik vertraut zu sein*]

Klar, das ist natürlich relativ teuer. 10% Selbstbehalt ergeben bei diesem Medikament einen sehr hohen Betrag.

–

Wir könnten die dritte Packung noch diesen Monat bestellen.

ID9606/2a-c: Das geht??

Arzt: Ja klar! Das geht.

ID9606/2a-c: [*erleichtert*] Das wäre mir eine große Hilfe!

Arzt: [*telefoniert*] Du hör mal, dieses Epclusa, eine Packung haben wir bestellt und erhalten, oder?

–

Haben wir sonst noch etwas da?

–

Nur eine?

–

Sonst haben wir nicht noch zufälligerweise eine Packung hier?

–

Nicht?

–

Okay, dann müsste man die dritte Packung gleich bestellen. –

[zu ID9606/2a-c] Am Dienstag wäre sie spätestens hier. Ist das in Ordnung?

ID9606/2a-c *[hält beide Daumen hoch]*

Arzt *[spricht wieder in den Hörer]* Also, ID9606/2a-c kommt am Dienstag und holt sie ab. Es geht darum, dass der Bezug noch auf die alte Rechnung geht.

–

Ja genau, wegen dem Selbstbehalt.

–

Ganz genau, auf die Dezemberrechnung. Auf das alte Jahr.

–

Okay, ja?

–

Gut, vielen Dank.

[hängt den Hörer auf und spricht wieder zu ID9606/2a-c]
Die Tabletten werden für Dienstag bestellt. Sie können einfach vorbeikommen und die Packung mitnehmen. Wir müssen keinen zusätzlichen Termin vereinbaren. Der Empfang weiß Bescheid.

ID9606/2a-c: Vielen Dank.

Arzt: Kein Problem.

ID9606/2a-c: Etwas beschäftigt mich noch –

Arzt: Ja? Was denn?

ID9606/2a-c: Ich weiss nicht, ob sie dafür Zeit haben? Es geht – es geht nicht direkt um meine Gesundheit, sondern um gesundheitspolitische Überlegungen, die ich mir über meinen Fall hinaus gemacht hab.

Arzt: Ja gerne, ich gehe nach unserem Gespräch in die Mittagspause, und es wartet niemand im Wartezimmer.

ID9606/2a-c: Zum Zeitpunkt, als die Limitation noch um einiges restriktiver war, hatten wir doch darüber gesprochen, welche Auswirkungen die Rationierungen von medizinischen Leistungen auf Ihre Arbeit haben. Ich kann mich erinnern, dass Sie erwähnt haben, dass Sie nicht mehr über dieselbe Handlungsmacht verfügen wie früher. Dass Sie Ihre Entscheidungen nicht mehr ausschließlich aufgrund der medizinischen Sachlage und nach den Bedürfnissen der Patient_innen treffen können, weil der Bund gewisse Einschränkungen verfügt hat, die sich nicht unbedingt mit der vorliegenden medizinischen Sachlage vereinbaren lassen.

Arzt: Ja, das stimmt!

ID9606/2a-c: Ich habe mich gefragt, ob Sie durch diese Einschränkungen gewissermaßen zu einem Verwalter von Therapien gemacht worden sind?

Arzt: [*vehement*] Das ist so!

[etwas gemäßigter] Bis zu einem gewissen Grad ist das effektiv so. Die sogenannte therapeutische Freiheit, die man früher als Arzt absolut innehatte – mit gewissen Abstrichen natürlich –

[kurze Atempause]

Es war früher tatsächlich so, dass man als Arzt machen konnte, was man wollte –

Doch durch die moderne Entwicklung in der Medizin und die Kostensteigerung, die daraus resultiert, wird die ärztliche Entscheidungsmacht immer mehr eingeschränkt. Man kann nicht mehr aufgrund dessen entscheiden, was das Beste für die Patient_in wäre. Immer öfter wird vorgegeben, was man machen soll und was man nicht machen darf. Im Grunde genommen ist das bereits jetzt schon so.

–

Es gibt immer mehr Gremien im Hintergrund, die bereits im Vorfeld Beschlüsse fassen, und ich bin der Ansicht, dass sich die Rationierungen in Zukunft noch verschärfen werden.

ID9606/2a-c: *[schluckt leer]*

Arzt: Man darf nicht denken, die HCV-Limitation stelle einen Einzelfall dar – Das ist kein Ausnahmefall! Solche Einschränkungen gibt es zuhauf und sie werden immer mehr zur Regel.

–

Und es sind noch weitere Bestrebungen im Gange.

–

In naher Zukunft wird ein Kontrollgremium darüber entscheiden, welche Untersuchungen überhaupt noch sinnvoll sind.

Im Klartext heißt das: Es wird im Vorfeld darüber entschieden, welche Untersuchungen von der Versicherung bezahlt werden müssen und welche nicht, oder vielmehr was die versicherten Personen, trotz steigender monatlicher Prämienzahlung selbst übernehmen müssen. Auch hier werden immer mehr Vorschriften kommen – Dabei geht es immer nur ums Geld!

–

Ein anderes Beispiel – betrifft Entschlüsse darüber, welche Eingriffe nicht mehr stationär gemacht werden dürfen, sondern nur noch ambulant. Das stellt eine erhebliche Einschränkung dar!

ID9606/2a-c: Inwiefern?

Arzt: Nun, wenn jemand gesund und munter ist und einen kleineren Eingriff machen muss, stellt das in den meisten Fällen kein Problem dar – Aber wenn eine Person zusätzlich durch weitere Krankheiten eingeschränkt ist, kann eine solche Situation durchaus eine Beeinträchtigung darstellen. Hier wäre es zwingend erforderlich, anhand des Einzelfalls zu entscheiden, ob der Eingriff überhaupt ambulant gemacht werden kann, oder ob eine stationäre Behandlung notwendig ist.

[atmet tief aus und fährt mit fester Stimme fort]

Das sind nur einige Beispiele, die aufzeigen, dass es zunehmend übergeordnete Stellen gibt, die stark in die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Ärzt_innen eingreifen. – Ich denke immer öfter: Zum Glück stehe ich nicht am Anfang meiner Karriere, sondern eher am Ende.

[atmet schwer aus]

Heutzutage mischt sich ständig eine dritte Stelle ein und schreibt vor, was gemacht werden darf und was nicht, ohne den einzelnen Fall und die betroffene Person zu kennen.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Selbstverständlich geht eine gewisse Attraktivität des Berufs verloren, wenn man zunehmend eingeschränkt wird. Es ist zum Teil sehr frustrierend, wenn man seinen Patient_innen beibringen muss, dass sie eine notwendige Behandlung nicht machen dürfen, da eine dritte Stelle beschlossen hat, dass diese nicht bezahlt wird.

ID9606/2a-c: *[nickt]* Hmm –

Arzt: Das ist leider eine Entwicklung, die gewissermaßen den Trend der Zeit widerspiegelt. Mit steigender Tendenz wird dieses und jenes vorgegeben – Zunehmend wird bestimmt, was man darf und was man nicht darf. Heutzutage ist es natürlich nicht mehr ganz so, wie noch vor 20 Jahren, als man noch relativ locker machen durfte, was man selbst für gut befunden hat.

ID9606/2a-c: Ähnliche Entwicklungen gibt es ja auch in anderen Bereichen, bis hin zu einem Staat, der immer mehr wie ein Unternehmen geführt wird.

Arzt: Ich denke, das spielt sicher eine Rolle, stellt aber nicht den einzigen Faktor dar. Ich nehme an, es liegt

in gewissem Maße auch am Zeitgeist –
Bestimmte Wertvorstellungen, die früher als
selbstverständlich betrachtet und ein Stück weit sogar
bedenkenlos akzeptiert wurden –
die sind heute einfach nicht mehr aktuell.

–

Und viele Menschen –
Tja, die haben nun große Mühe, sich zu orientieren, da
sie keine Richtschnur mehr haben, die sie leitet.

Und die Frage ist –

[beugt sich ein wenig vor]

Es scheint sich da eine Tendenz abzuzeichnen, die
aufzeigt, dass das nun wieder jemand übernehmen
muss. Und wer soll das sonst übernehmen, wenn nicht
der Staat?

[kurze Werbeeinblendung]

**Biology is poised to change the world,
because good health is the most fundamental need we have.**

**Only a few companies are mentally and technically
prepared for all these changes.**

We are more than ready.

**We will not only work in the Biocentury,
we will lead it.**

Market Cap \$115.8B // NASDAQ: AMGN \$187.5 // Sales \$23B

ID9606/2a-c: Aber diese Tendenz zeigt doch auch auf,
dass diese alten, zum Teil aus guten Gründen infrage

gestellten Wertvorstellungen einfach durch ökonomische Paradigmen ersetzt worden sind. Es ist doch kaum von der Hand zu weisen, dass der Staat seine Entscheidungen immer öfter in Hinblick auf Wirtschaftlichkeit trifft.

Die gemeinsame soziale Verantwortung oder das Solidaritätsprinzip scheinen im zunehmenden Maß eine untergeordnete Bedeutung zu spielen. –

Der Gewinnmaximierungs-Druck auf die Spitäler –

Die explodierenden Preise für Arzneimittel –

Die Entscheidungen, wer welche Therapien erhalten darf – Was denken Sie, wie werden sich diese

Entwicklungen auf das Gesundheitswesen auswirken?

Arzt: Die Gefahr, die da besteht, ist, dass eine sogenannte Zweiklassenmedizin zur Realität wird.

Zum Teil herrschen bereits jetzt schon solche Zustände. Es gibt beispielsweise Patient_innen, die ihre Krebsbehandlung aus eigener Tasche bezahlen müssen, weil die Krankenkassen nicht dafür aufkommen wollen.

Doch Krebsmedikamente sind teuer. Und 100.000 Franken oder mehr für ein Medikament zu bezahlen, das Leben retten könnte – Über eine solch große Summe verfügen die wenigsten.

–

Die Tage, in denen ein in der Schweiz zugelassenes Medikament vom Arzt problemlos eingesetzt werden konnte, sind vorbei. Aber das brauche ich Ihnen nicht zu erklären. Das wissen Sie bereits. 100.000 Franken oder mehr! Das kann sich doch kaum jemand leisten?!

[ernüchtert] In Hinblick auf diese Summen müsste spätestens klar werden, dass diese Problematik uns alle betrifft.

–

Doch zurück zu Ihrer Frage: All diese Einflüsse haben selbstverständlich Auswirkungen auf das Selbstbild oder vielmehr auf das Selbstverständnis meiner Tätigkeit als Arzt. Die Konsequenz davon ist – etwas überspitzt ausgedrückt –, dass man quasi zum Handlanger gemacht wird. – Oder, wie Sie es treffend ausgedrückt haben, zum Verwalter von Therapien.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Ich gehe davon aus, dass es zunehmend weniger selbstständig tätige Mediziner_innen geben wird und wir angestellt werden. Vermutlich führt die Entwicklung in diese Richtung.

ID9606/2a-c: Ja, und ethisch gesehen?

Arzt: Tjaaa, das ist natürlich ein ganz anderes Thema! Diese Verwaltungsleute – Also, nicht einfach nur Verwaltungsleute – Juristinnen und Juristen, die in der Verwaltung sitzen – Eine Gruppe von sogenannten Expert_innen, die ein Gremium bilden und alles festlegen. Die müssen dann selbstverständlich auch die ethischen Aspekte berücksichtigen. Es wird sich um ein übergeordnetes Kontrollgremium handeln –
[räuspert sich] Das Ganze wird natürlich schon irgendwie so abgestützt, damit es *a prima vista* ethisch taugt.

–

Das Problem ist vielmehr, wenn dieses Gremium etwas anordnet, stellt das einen flächendeckenden Beschluss dar, der die individuellen Bedürfnisse nicht berücksichtigen kann.

Wenn wir zwei uns jetzt für eine bestimmte Behandlung entscheiden, dann ist diese selbstverständlich patientenorientiert. Neben meiner klinischen Expertise und dem Einbezug aktueller Ergebnisse aus der Forschung liegt doch unser Augenmerk auch auf den Nutzen und Risiken der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Unser Beschluss wird angepasst auf ihre individuelle Situation und nicht auf einen Normwert aus den Lehrbüchern. Das Ziel ist immer eine informierte Einwilligung, bei der auch die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt wurden.

–

Ein solches Vorgehen wäre dann aber nicht mehr möglich.

ID9606/2a-c: Ja, ich verstehe.

–

Ich muss sagen, ich empfinde die Vorstellung als sehr beunruhigend, wenn die Situation, die ich selbst aufgrund der Limitation durchgemacht habe, zum Standard im Gesundheitswesen werden könnte.

Arzt: *[nickt]* Das sehe ich auch so.

[eine längere Pause, ID9606/2a-c denkt nach]

ID9606/2a-c: Bei diesen Gremien –

Arzt: Ja?

ID9606/2a-c: Besteht bei diesen Gremien nicht auch die Gefahr –

Oder anders formuliert: Wie stark ist der Einfluss von

globalen Pharma- oder Biotech-Konzernen auf diese Gremien?

Arzt: Tja, das ist noch schwierig abzuschätzen.

Wobei –

wenn es einigermaßen rechtens abläuft, dann sollten die Konzerne nicht allzu viel Einfluss auf die Gremien nehmen können.

ID9606/2a-c: Tatsächlich? Das klingt sehr optimistisch –

Arzt: Natürlich hat die Pharmaindustrie eine starke Lobby, und diese Lobby wird selbstverständlich dafür sorgen, dass die Interessen der Pharma durchgesetzt werden. Hinzu kommt, dass auch die Verwaltungsräte der jeweiligen Firma alles unternehmen, um der eigenen Firma Vorteile zu verschaffen. Ein solches Vorgehen wird dann wahrscheinlich nicht so transparent ablaufen. Es wird wohl eher im Versteckten erfolgen. Oder in einem subtilen Rahmen, der nicht so offensichtlich ist. Zumindest nicht auf den ersten Blick.

ID9606/2a-c: Handelt es sich im konkreten Fall um Manöver wie Gileads Übernahme von Pharmasset?

Arzt: Genau! Das ist übrigens kein Einzelfall.

Es ist schon fast an der Tagesordnung, dass große Unternehmen Startups, die etwas Neues entwickelt haben, einkaufen. Die Konzerne entwickeln dann die Substanzen weiter und bringen sie zur Marktreife. Das geschieht recht häufig.

ID9606/2a-c: Oder Gileads Preispolitik?

Arzt: Beim spekulativ kalkulierten Preisansatz handelt es sich aber um ein Novum. Ein äußerst dreistes Vorgehen, zukünftige Ersparnisse im Gesundheitswesen in die Preissetzung von Medikamenten einzukalkulieren. Das hat allerdings sehr starken Widerstand hervorgerufen! Ich weiß nicht, aber hoffentlich wird es dann irgendwann Gesetze geben, die ein solches Verhalten korrigieren. In Anbetracht der hohen Kosten, die sowieso schon im Gesundheitswesen vorhanden sind, kann ich mir kaum vorstellen, dass dieses Modell der Preissetzung langfristig überleben wird.

ID9606/2a-c: In Gileads Fall hat sogar die Finanzabteilung des US-Senats eine Untersuchung eingeleitet –

Arzt: Ja, das stimmt, aber die Untersuchung hat nichts bewirkt, oder?

ID9606/2a-c: Konsequenzen hat es meines Wissens nicht gegeben.

Arzt: Es ist völlig klar, dass die Pharma-Konzerne versuchen, die Gesundheitsbehörden – also diese Beamten, die ja auch nicht immer den vollen Überblick haben – über den Tisch zu ziehen. Offenkundig besteht die Tendenz, dass die Dividendenausschüttung an die Shareholder in zunehmendem Maße eine höhere Priorität einnimmt als der erschwingliche Zugang zu Arzneimitteln. – In Gileads Fall konnte dies sogar bewiesen werden.

ID9606/2a-c: Das Schockierende ist aber, dass Gilead absolut im Bereich des Legalen operiert hat und dem Senat dadurch die Hände gebunden sind.

[kurze Werbeeinblendung]

Share our vision for transforming society.

Market Cap \$39.7B // NASDAQ: VRTX \$185.76 // Sales \$2.4B

Arzt: Welche Methoden schlussendlich zur Zielerreichung verwendet werden, das weiß man ja auch nicht immer im Detail, oder? Das Ganze ist ein wenig verstrickt.

–

Es ist ja bekannt, dass die Pharma-Konzerne, die mit ihren Medikamenten hier registriert sind –
Dass diese einen sehr erheblichen Betrag zahlen –
Mit jeder Packung, die verkauft wird, dazu kommt die ganze Registrationsgebühr und so weiter –
Dadurch wird die ganze Swissmedic finanziert!

ID9606/2a-c: Wie bitte?

Arzt: Somit ist die Swissmedic auch nicht komplett unabhängig! Da fließt ja Geld von der einen zur anderen Seite – Und dass dieses Geld, das hier fließt, einen gewissen Einfluss auf das Verhalten der Swissmedic hat – Darüber besteht überhaupt kein Zweifel!

ID9606/2a-c: [*sichtlich irritiert*] Aber die Swissmedic ist doch eine staatliche Institution?

Arzt: Das stimmt, aber bei der Swissmedic handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Anstalt. Das heißt, sie ist in ihrer Organisation und Betriebsführung selbstständig und verfügt über ein eigenes Budget.

ID9606/2a-c: Hmm.

Arzt: Nun, die Swissmedic ist die zentrale Überwachungsbehörde für Heilmittel. Wie bereits erwähnt, ist sie unter anderem für die Zulassung von Arzneimitteln in der Schweiz zuständig. Da es sich bei der Swissmedic um eine öffentlich-rechtliche Anstalt handelt, erfolgt ihre Finanzierung vor allem über die Zulassungsgebühren der Arzneimittel und nur zu einem kleinen Teil über den Bund.

ID9606/2a-c: Verstehe ich das richtig: Diese Überwachungsbehörde finanziert sich größtenteils über die Produkte, die von ihr überwacht werden?!

Arzt: Ja genau! So ist es! Sie müssen sich das als mehrstufiges Verfahren vorstellen: Für die Entwicklung eines Arzneimittels muss ein Pharma-Konzern die dazu notwendigen klinischen Prüfungen in der Schweiz von Swissmedic bewilligen lassen. Außerdem wird für die Herstellung eines Medikaments eine sogenannte Herstellbewilligung benötigt. Diese wird auch von der Swissmedic ausgestellt. Zu einem späteren Zeitpunkt, also nach Abschluss der klinischen Studien, kann

bei Swissmedic eine Zulassung beantragt werden. Erst nach Erhalt der Zulassung kann die Firma ihr Arzneimittel auf den Markt bringen. All diese Schritte sind selbstverständlich gebührenpflichtig. Das sind die Gelder, die da von der einen zur anderen Seite fließen. Und ich spreche hier nicht von kleinen Beträgen!

ID9606/2a-c: *[empört]* Aber das ist doch – Ich dachte, dass Zulassungs- und Aufsichtsbehörden unabhängig bleiben müssen und keine Einnahmen haben dürfen aus dem, was durch sie reguliert wird?!!

Arzt: Das Vorgehen der Swissmedic ist zwar durchaus legal, aber unabhängig ist sie genau genommen nicht. Nicht wenige bezeichnen das als Vorstufe der Korruption!

ID9606/2a-c: *[ist sprachlos]*

Arzt: Zudem ist die Swissmedic auch eine Verwaltungsbehörde, die Entscheidungen fällt, die schlussendlich auch medizinische Auswirkungen haben.

ID9606/2a-c: *[ist immer noch sprachlos]*

Arzt: Man muss grundsätzlich unterscheiden zwischen der Swissmedic und dem BAG. Die Swissmedic entscheidet über die Indikation und die Zulassung. Wenn die Swissmedic über die Zulassung und Indikation entschieden hat, dann entscheidet das Bundesamt für Gesundheit, ob die Krankenkasse die Vergütung der Arznei übernehmen muss oder nicht.

ID9606/2a-c: Aha.

Arzt: Das BAG hat eine Kommission – also sogenannte Fachpersonen, die das BAG beraten. Die Kommission trifft eine Entscheidung, und normalerweise beruft sich das BAG darauf und befolgt sie.

ID9606/2a-c: Aber die Beschlüsse dieser Kommissionen sind im Vergleich zu den USA ein wenig intransparent. Ich habe danach gesucht und bloß herausgefunden, dass die Protokolle dieser Kommissionssitzungen der Öffentlichkeit nicht zugänglich sind. Es ist also nicht bekannt, wer was gesagt hat.

Arzt: Ja, das stimmt! Das ist so! Aber wissen Sie, selbst die Pharmaindustrie bekommt keine detaillierte Auskunft. Die Konzerne wissen nicht, aus welchen Gründen der Beschluss so ausgefallen ist, oder genauer gesagt, welche Person wie argumentiert hat. Denn es kommt nicht selten vor, dass anders entschieden wird oder zusätzliche Studien oder Daten verlangt werden, obwohl bereits andere Gremien – also die europäische Arzneimittelbehörde oder die FDA in den USA im Vorfeld grünes Licht für die Arznei gegeben haben.

ID9606/2a-c: Hmm –

Arzt: Für uns ist aber schlussendlich relevant, welche Entscheidungen das BAG trifft, da die Versicherung sonst die Kosten nicht übernimmt.

ID9606/2a-c: Aber wenn keine Kostenübernahme garantiert werden kann, ist das Medikament doch schlichtweg unbrauchbar, da sich die allerwenigsten solch hohe Summen leisten können.

[kurze Werbeeinblendung]

**We've set quite the standard.
Many of us believe this is just the tip of the iceberg.
But we've just started to get going.
Market Cap \$33.1B // NASDAQ: REGN \$422.6 //
Sales \$6.1B**

Arzt: Klar. Logisch.

ID9606/2a-c: In den USA beispielsweise sind die Hearings der FDA für alle online zugänglich. In diesen Protokollen ist ersichtlich, wer was gesagt hat und aufgrund welcher Kriterien die Entscheidungen begründet wurden. Das ist in der Schweiz leider nicht der Fall.

Arzt: Ich weiß. In der Schweiz wirkt es wie ein Klüngel, nicht wahr? *[lacht]*

ID9606/2a-c: Aber weshalb sind diese Protokolle in der Schweiz nicht zugänglich?

Arzt: Die Schweiz ist einfach zu klein. Deshalb bin ich der Meinung, dass die Schweiz sich der europäischen

Arzneimittelbehörde anschließen sollte. Wir sollten zusammenarbeiten.

[räuspert sich]

Früher war ich besser informiert über die Entscheidungen im BAG. Mittlerweile kenne ich niemanden mehr. Die Zusammensetzung wechselt ständig. Aber ich denke, das Problem ist, dass im BAG selbst keine praktizierenden Mediziner_innen sitzen. Oder zumindest fast keine. Die meisten Mitglieder sind Ökonom_innen oder Jurist_innen, und die haben natürlich einen anderen Denkstil. Das beeinflusst auch die Entscheidungen. Mediziner_innen würden sich auf andere Kriterien berufen, um Entscheidungen zu treffen. Diese würden dann sicherlich anders ausfallen.

ID9606/2a-c: Wie sieht es denn aus mit den außerparlamentarischen Kommissionen, die das BAG beraten? Ist es ihnen erlaubt, die Kriterien für ihre Entscheidungen offenzulegen? Respektive die Protokolle zugänglich zu machen?

Arzt: Ich denke nicht. Das ist auch geheim.

ID9606/2a-c: Denken Sie nicht, dass die Öffentlichkeit ein Anrecht hätte, diese Entscheidungen auch im Detail zu erfahren?

Arzt: Selbstverständlich!

–

Gut, man muss aber auch sagen, dass es durchaus gute Gründe gibt, weshalb diese Entscheidungen nicht öffentlich gemacht werden können. Mit der Geheimhaltung von Informationen vor Bürger_innen

hat dies eher weniger zu tun. Das Problem stellen die Pharmakonzerne selbst dar!

ID9606/2a-c: Inwiefern?

Arzt: Es geht dabei darum, die Entscheidungen eines Fachgremiums vor der Beeinflussung von außen zu schützen. Die betroffenen Firmen sollen keinen Einfluss auf Einzelpersonen nehmen können, also auf Kommissionsmitglieder, die allenfalls gegen das Interesse der Firma entschieden haben. Das Risiko ist einfach zu groß, dass die betroffene Firma die Entscheidungen oder die Begründungen von Einzelpersonen in der Öffentlichkeit mit medialen Mitteln angreift. Es geht hier schließlich um enorm viel Geld, und die Macht und Rhetorik der Pharmafirmen ist nicht zu unterschätzen. – Das ist der wesentliche Punkt für die Geheimhaltung.

ID9606/2a-c: Aus dieser Sicht ist es nachvollziehbar. Aber ich denke trotzdem, dass zumindest die Kriterien für die Entscheidungen detaillierter offengelegt werden sollten.

Arzt: Gut, dazu muss ich sagen, dass selbst ich als Arzt oftmals nicht nachvollziehen konnte, aufgrund welcher Kriterien die Entscheidungen so ausfielen.

–

Sogar, wenn es sich um Medikamente oder Therapien in meinem Wirkungskreis handelte.

ID9606/2a-c: Weshalb denn?

Arzt: Das hat oftmals damit zu tun, dass die Leute, die in den Fachkommissionen sitzen, sicherlich Spezialist_innen in ihrem jeweiligen Fachgebiet sind. Doch die einzelnen Bereiche sind nicht nur maßgeblich von hoch entwickelten diagnostischen und therapeutischen Geräten abhängig, sie sind dazu nochmals aufgesplittert und durch eine komplexe Arbeitsteilung unter Spezialist_innen ersetzt. Daraus ergibt sich das Problem, dass die jeweiligen Mediziner_innen in den Kommissionen nicht unbedingt die entsprechenden Erfahrungen oder sogar ausreichendes Spezialwissen besitzen, um solche Entscheidungen aufgrund einer evidenzbasierten und patientenorientierten Sachlage zu fällen.

ID9606/2a-c: Bestehen da keine Auflagen?

Arzt: Doch, doch! Selbstverständlich! Verstehen Sie mich nicht falsch! Es handelt sich dabei sicherlich um Spezialist_innen, aber –
Nehmen wir beispielsweise das Gebiet der Infektionskrankheiten.

–

In diesen Kommissionen gibt es eine oder zwei Spezialist_innen aus dem Fachbereich der Infektionskrankheiten. Doch das Gebiet der Infektologie ist in sich auch wieder aufgeteilt. Da gibt es Spezialist_innen, die sich auf bestimmte Bakterien und deren Behandlung spezialisiert haben, und dann gibt es den Bereich der Viren. Dieser Bereich ist wiederum auch in diverse Spezialgebiete aufgeteilt. Falls sich nun jemand auf virale Tropenkrankheiten wie Dengue oder Chikungunya spezialisiert hat,

hat diese Person völlig unbestritten ein fundiertes Fachwissen in ihrem Gebiet. Das steht außer Frage! Aber das evidenzbasierte HCV-Spezialwissen ist nicht zwingend vorhanden.

–

Dort liegt das Problem.

ID9606/2a-c: Ich nehme an, diese Mitglieder werden in die Kommissionen gewählt? Oder?

Arzt: Ja. Die werden für eine gewisse Amtszeit gewählt.

ID9606/2a-c: Und wäre es nicht möglich, für den jeweiligen Fall zusätzliche Fachpersonen aus dem betroffenen Spezialgebiet hinzuzuziehen?

Arzt: Gut, auch hier gibt es ein Problem. Diese Kommissionsmitglieder bekommen sehr detaillierte Einsichten in den zu beurteilenden Fall. Sie müssen sich vorstellen, dass sie kistenweise Akten zum jeweiligen Medikament zu lesen bekommen.

ID9606/2a-c: Hhmm.

Arzt: Und dort besteht das Problem des Amtsgeheimnisses. Die Informationen in diesen Akten unterliegen einer strengen Geheimhaltung, da dort beispielsweise detaillierte Informationen enthalten sind, die wiederum das Patentrecht betreffen. Beispielsweise.

–

Und diese Informationen dürfen auf gar keinen Fall nach draußen gelangen.

Ja, es ist ziemlich komplex.

–

Aber, letztendlich geht es sowieso immer nur ums Geld. Das ist ja klar!

ID9606/2a-c: Hmm

Arzt: Wobei, auch im Zusammenhang mit den Hepatitis-C-Medikamenten hat man zu eng gedacht. Man hat zuerst nur die Therapiekosten selbst gesehen. Was völlig außer Acht gelassen wurde, ist, wenn die Therapie für alle zugänglich gemacht worden wäre, hätte sich auch niemand mehr angesteckt. Somit hätte man immens Kosten gespart.

ID9606/2a-c: Hmm. Das hat natürlich was.

Arzt: Wie damals in Südafrika, als Thabo Embeki keine HIV-Therapien bewilligte und den Irrglauben propagierte, dass AIDS nichts mit HIV zu tun hat. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits 20% der Bevölkerung mit HIV infiziert und der Zusammenhang zwischen dem HI-Virus und der Immunschwächekrankheit AIDS wissenschaftlich gesichert.

ID9606/2a-c: Ich kann mich daran erinnern.

Arzt: Aufgrund dieser Argumentation wurden lange Zeit keine spezifischen Medikamente zur Verfügung gestellt. Den Erkrankten wurden völlig sinnlose Therapien empfohlen, anstatt sie mit antiretroviralen Medikamenten zu behandeln. Dies geschah natürlich auch aus Kostengründen. Erst nach mehreren

juristischen Auseinandersetzungen wurde die Regierung dazu gezwungen, zumindest für Schwangere und Opfer von Vergewaltigungen antiretrovirale Medikamente zugänglich zu machen.

ID9606/2a-c: *[nickt betroffen]*

Arzt: Und im Nachhinein entstanden natürlich exorbitante Kosten. Hätte man von Anfang an rigoros eingegriffen und möglichst viele Menschen behandelt, wäre das unter dem Strich – im Laufe der Jahrzehnte – einiges günstiger gekommen. Einiges günstiger! Viel, viel günstiger!

ID9606/2a-c: Ja.

Arzt: Die Ablehnung der antiretroviralen Medikamente durch Mbeki, also durch die südafrikanische Regierung, führte zu zahlreichen Todesfällen und Neuinfektionen. Wir sprechen hier von mehreren Hunderttausenden. Ein völliger Irrsinn! Auch ökonomisch gesehen. Von der ethischen Komponente und der medizinischen Verantwortung ganz zu schweigen! Allerdings darf in diesem Zusammenhang die Verantwortung der Pharmaindustrie nicht unterschlagen werden. Die globalen Patentrechte und eine starre Preispolitik erschweren auch heutzutage den Zugang zu Arzneimitteln. Dieses Problem ist Ihnen ja aus eigener Erfahrung bekannt.

ID9606/2a-c: Hmm –

Arzt: In gewisser Weise geschieht etwas Ähnliches mit der Limitation der Hepatitis-C-Medikamente.

Es ist nicht dasselbe, aber zumindest in einigen Punkten vergleichbar. Einerseits betrifft die Infektion nicht nur die Leber, wie man der Öffentlichkeit weismachen wollte, um die Limitation zu legitimieren. Man hätte auch hier die Möglichkeit, die Anzahl der Neuinfektionen zu senken, wenn die Therapie für alle Betroffenen zugänglich wäre.

–

Glücklicherweise hat es eine Studie gegeben, die diesen Ansatz verfolgt hat.

–

Die HCVree Studie adressierte die Population, in der sich das Virus in den letzten Jahrzehnten am meisten ausgebreitet hat. Die Betroffenen konnten innerhalb der Studie gratis behandelt werden.

ID9606/2a-c: Tatsächlich?

Arzt: Ja, die an dieser Studie Teilnehmenden konnten umsonst behandelt werden. Zumindest die mit Genotyp 1 oder Genotyp 4.

ID9606/2a-c: Ahh. Okay.

Arzt: Dadurch konnte die Limitation umgangen und viele Neuinfektionen konnten verhindert werden.

ID9606/2a-c: Hat Gilead diese Studie finanziert?

Arzt: Nein, die Studie wurde mit Zepatier durchgeführt. Das wird von MSD hergestellt.

ID9606/2a-c: Sie meinen Merck Sharp & Dohme?

Arzt: Ganz genau! Merck Sharp & Dohme war aber nicht der Sponsor. Der eigentliche Sponsor war die Universität Zürich. HCVfree wurde als Phase-3-Studie am Universitätsspital Zürich durchgeführt. Die Studie war schweizweit angelegt und fokuseierte auf HIV/HCV-koinfizierte Patienten, die homosexuell aktiv sind und zudem ein „high-risk sexual behaviour“ praktizieren.

ID9606/2a-c: Weshalb dieser Fokus?

Arzt: In dieser Population hatte die Infektion mit Hepatitis C am meisten zugenommen. Und durch die Studie konnte die Epidemie unterbunden werden. Dadurch zeigte sie neben der individuellen Ebene der Betroffenen auch einen Nutzen auf der Ebene der Gesellschaft auf. Das wäre eigentlich ein wichtiges Argument für die Kostenträger und die Gesundheitsbehörden bezüglich einer rechtzeitigen Behandlung und den daraus folgenden Nutzen.

ID9606/2a-c: Hmm –

Arzt: *[atmet tief ein]* Okay! Jetzt würden wir ein wenig Blut nehmen, und mit der Therapie fahren wir einfach so weiter, oder? Was denken Sie?

ID9606/2a-c: Ja, klar. Sicher.

Arzt: Nächste Woche kommen Sie einfach vorbei, um die Medikamente abzuholen.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Gut. Dann machen wir das so. Wir müssen dann am Therapieende noch einmal eine Virusbestimmung machen, ob es wirklich weg ist. Weil das hat eine prognostische Bedeutung. Nach drei und dann nach sechs Monaten müsste man noch einmal testen. Und wenn der viral load nach sechs Monaten immer noch „undetectable“ ist – *[atmet hörbar aus]*
Dann sind Sie geheilt!

Die Möglichkeit einer fast hundertprozentigen Heilungschance bei Hepatitis C wurde in der Wissenschaft und in der Medizin als ein historisches Ereignis gefeiert. Die Marktzulassung von Sovaldi und Harvoni erfolgte daher in vielen Ländern, so auch in den USA und der Schweiz, im beschleunigten Verfahren. Die neuen Hepatitis-C-Arzneien von Gilead bewirkten gewissermaßen Wunder. Das „Wunder“ beschränkte sich jedoch nicht nur auf den medizinischen Bereich. Denn „mit Sovaldi und Harvoni hat[te] das Unternehmen aus Kalifornien [...] den möglicherweise erfolgreichsten Abschluss der Pharmabranche vorgelegt. Im Gesamtjahr 2014 stieg der Umsatz um [...] 122 % auf knapp 25 Milliarden Franken. Der Betriebsgewinn vor Steuern und Zinsen (EBIT) vergrößerte sich um mehr als das Dreifache auf 15,3 Milliarden US-Dollar. Vom Umsatz entfielen über 12 Milliarden auf die neuen Hepatitismittel.“¹¹⁶ Doch während Gilead ein beinahe konkurrenzloses Geschäft mit der neuen Hepatitis-C-Therapie betreiben konnte, blieb das „Wunder der Heilung“ für die meisten Betroffenen

¹¹⁶ Flubacher, Rita. „Heilmittel mit finanziellen Nebenwirkungen“. Tages Anzeiger, 9. Februar 2015, Abschn. Wirtschaft. 30

unerreichbar. Die Therapien waren schlichtweg zu teuer. Auch in der Schweiz kostete die Standardtherapie von zwölf Wochen zwischen 60.000 und 78.000 Franken. Denn je nach Genotyp wurden noch weitere Präparate, wie beispielsweise Ribavirin, für eine vollständige Eliminierung des Virus benötigt. In dieser Summe waren weder die benötigten Arzt- noch Laborkosten inbegriffen. Außerdem musste je nach Schwere der Erkrankung die Therapie auf vierundzwanzig Wochen ausgedehnt werden. Dies würde laut Bundesamt für Gesundheit die Kosten bis auf 120.000 Franken erhöhen.¹¹⁷

Anlässlich der hochgerechneten Behandlungskosten wurde ein Kostenschub von mindestens drei Milliarden Franken befürchtet. Als im Jahr 2014 mit Sovaldi das erste der neuen HCV-Medikamente zugelassen wurde, führte das Bundesamt für Gesundheit aufgrund dieser Befürchtung eine Rationierung in Form einer sogenannten Limitation ein. Die Abgabe von Sovaldi wurde auf Patient_innen in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium eingeschränkt. Zudem hatte der Bund die zahlreichen extrahepatischen Manifestationen nicht in einem Katalog aufgeführt, was dazu führte, dass es im Ermessen der jeweiligen Krankenversicherung lag, ob in einem solchen Fall eine Kostenübernahme garantiert wurde. Die Krankenkassen übernahmen die Kosten in der Grundversicherung nur bei jenen Patient_innen, deren Leber bereits stark geschädigt war. Es gab allerdings auch einzelne Kassen, die sich selbst bei Fibrosegrad F4 (Endstadium einer Leberzirrhose)

117 Vgl. Flubacher, Rita. „Eine Packung Pillen für 19.000 Franken“. Tages-Anzeiger, 9. Juli 2014, Abschn. Wirtschaft. <https://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/Eine-Packung-Pillen-fuer-19-000-Franken/story/24734070>.

weigerten, eine Therapie zu vergüten.¹¹⁸ Damit wurde das Risiko einer lebenslangen medizinischen Versorgung der Betroffenen erhöht, selbst wenn eine Virusbehandlung erfolgreich war.

Nachdem viele Betroffene jahrelang gewartet hatten und mit der Aussicht auf eine neue Behandlung getröstet wurden, waren sie nun mit einem weiteren Behandlungsaufschub konfrontiert. Die Begründung, sie seien noch zu wenig krank für einen uneingeschränkten Zugang zur Behandlung, wurde als purer Zynismus aufgefasst. Die Limitation ließ nicht nur empörte Patient_innen in einer unsicheren Lage zurück, sie verärgerte auch Mediziner_innen, da ihnen trotz vorhandener Therapien die Hände gebunden waren. Das BAG griff durch die Rationierungsmaßnahme aber nicht nur in die Behandlungsmethoden ein, mit der Limitation wurde auch der Artikel 117a der Bundesverfassung ad absurdum geführt. Dort heißt es: „Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität [...]“¹¹⁹

Neben dem offensichtlichen ethischen und juristischen Konfliktpotential schwächelte die Argumentation des BAG auch in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit. Zum einen durfte die nicht viel günstigere klassische Kombinations-therapie mit Interferon und Ribavirin trotz niedriger Ansprechrate und hoher Nachbehandlungskosten von den

118 Vgl. „Positivrat Schweiz – Misère rund um die Hepatitis-C-Therapien: Atupri bezahlt à tout prix nicht!“ <https://positivrat.ch/cms/recht-gesellschaft/krankenkasse/226-misere-rund-um-die-hepatitis-c-therapien-atupri-bezahlt-a-tout-prixnicht.html>.

119 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Stand 23. September 2018), Pub. L. No. BBl 2014 6349, § Artikel 117a Medizinische Grundversorgung (2014).

Kassen immer noch vergütet werden, zum anderen entstehen auch Kosten bei Patient_innen mit chronischer Hepatitis C, die nicht behandelt werden. Neben den Kosten für regelmäßige Untersuchungen des Leberzustandes können auch volkswirtschaftliche Kosten anfallen, wenn die Betroffenen weniger arbeits- oder leistungsfähig werden. Im Falle eines Leberkarzinoms oder einer Lebertransplantation muss man mit Kosten von mindestens 110.000 bis zu 180.000 Franken rechnen. Eine frühe Behandlung wäre nicht nur medizinisch gesehen sinnvoll, sondern auch wirtschaftlich. Je weiter fortgeschritten eine Infektion ist, desto schwieriger lässt sie sich therapieren, und desto höher fallen die effektiven Kosten aus. Außerdem hätte man mit der neuen Generation von Hepatitis-Medikamenten nicht nur diverse Folgekosten im Gesundheitswesen eliminieren können, sondern auch das Virus selbst. Doch für eine schweizweite Hepatitis-Strategie sah das BAG keine Notwendigkeit vorliegen, weil im Vergleich zum Ausland die Neuanschlagungsrate und der Anteil an Infizierten niedrig sei. Diese Ansicht wurde von Hepatitis-Spezialist_innen allerdings vehement kritisiert und zurückgewiesen.

Was den ethischen Konflikt der Medikamentenrationierung betraf, berief sich der Bund auf den Hersteller Gilead Sciences und seine unbarmherzige Preispolitik.¹²⁰ Doch für die Betroffenen stellten die Rationierungsmaßnahmen nicht das einzige Problem dar. Um Druck auf den Pharmakonzern auszuüben, hatte das BAG die neuen Präparate nur befristet zugelassen. Der Bund erhoffte sich dadurch Preiszugeständnisse von Gilead, um auf dem Schweizer Markt zu bleiben. Im Gegenzug

120 Vgl. Flubacher, Rita. „Neue Hepatitis-C-Therapie ist der Schweiz zu teuer“. Tages Anzeiger, 9. Januar 2017, Abschn. Wirtschaft. 9.

würde das BAG die Anwendungsbeschränkung lockern. Aber der weltweite Marktführer in der HCV-Behandlung ließ sich davon nicht beirren, und der Bund riskierte mit dieser Frist, nun selbst für Patient_innen mit schwerer und lebensbedrohlicher Leberschädigung, einen Medikamenten-Engpass. So wurde der Preiskrieg mit der internationalen Pharmaindustrie auf Kosten der Betroffenen geführt und nebenbei die nationale Wirtschaft gefördert, indem Novartis und Roche weiterhin ihre Produkte Interferon und Ribavirin von den Krankenkassen vergütet bekamen. Entsprechend prekär war die Lage für die Patient_innen, die durch die Limitation keinen Zugang zu den neuen Hepatitis-C-Medikamenten hatten. Die meisten konnten sich keine 60.000 bis 100.000 Franken teure Therapie leisten, für ein Leben ohne ständige gesundheitliche Einschränkungen.

Da der Zugang zu den neuen HCV-Therapien nicht nur in der Schweiz limitiert wurde, sondern weltweit ein Problem darstellte, hatten sich sogenannte Käuferklubs organisiert, die mit Hilfe von Aktivist_innen und Hilfsorganisationen ein globales HCV-Arzneimittel-Netzwerk zum Selbstkostenpreis betrieben. Durch einen weitgehend sicheren Handel übers Internet beschafften sie die ansonsten unerschwinglichen Arzneien zu viel günstigeren Preisen aus Indien. Bis zur Aufhebung der Limitation stellten „Buyers Clubs“ auch in der Schweiz eine der wenigen Alternativen für Betroffene dar, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder blockierender Krankenversicherungen keinen Zugang zur Therapie hatten. Die Buyers Clubs waren ursprünglich im Rahmen der weltweiten Aids-Epidemie entstanden. Da viele Patient_innen und Betreuungseinrichtungen in Afrika, Lateinamerika oder Asien die hohen Kosten für notwendige

Arzneien nicht aufbringen konnten, organisierten Hilfsorganisationen und Aktivist_innen Nachschubringe. Über diesen Umweg konnten die Medikamente aus Ländern beschafft werden, die aufgrund spezieller Lizenzen, sogenannten Zwangslizenzen, dieselben Arzneimittel zu einem viel niedrigeren Preis anboten.

Während konsensuale Lizenzen auf der Einwilligung des Patentinhabers beruhen, handelt es sich bei Zwangslizenzen um die Verwendung einer patentierten Erfindung, die durch einen staatlichen Hoheitsakt und gegen den Willen des Patentinhabers legitimiert wird. Diese Zwangslizenzen stellen eine Variable der „Intellectual Property Rights“ dar und werden über das TRIPS-Abkommen¹²¹ geregelt. Sie beziehen sich zum einen auf den Artikel 30, der die „Ausnahmen von den Rechten aus dem Patent“ regelt, zum anderen auf den Artikel 31, der die „sonstige Benutzung ohne Zustimmung des Rechtsinhabers“ festlegt. Im Artikel 31 Paragraph f des TRIPS-Abkommens steht jedoch, dass diese unter Zwangslizenz hergestellten Produkte überwiegend für die Belieferung des Inlandsmarktes bestimmt sind.¹²²

Fatalerweise hatte diese Beschränkung genau auf jene Staaten Auswirkungen, die weder die ökonomischen Voraussetzungen für den Import von patentrechtlich geschützten Präparaten besaßen, noch über eigene Produktionsmittel verfügten, um selbst lizenzfrei Arzneimittel herzustellen, und deshalb die mittels Zwangslizenz hergestellten und billigeren Generika einführen wollten. Als im Jahr 2001 die

121 TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

122 Vgl. World Trade Organisation. „Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights“. https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_04c_e.htm#5.

südafrikanische Regierung aufgrund der HIV/AIDS-Epidemie den Import billiger Imitate patentgeschützter HIV-Medikamente legalisieren wollte, wurde sie von einer Gruppe von 39 Pharmaunternehmen geklagt. Zu der Gruppe gehörten u.a. GlaxoSmithKline, Merck, Bristol-Myers Squibb, F. Hoffmann La Roche und Boehringer Ingelheim. Dieses Vorgehen löste weltweit Proteste aus und unter dem enormen Druck der Öffentlichkeit sahen sich die Pharmaunternehmen schließlich dazu gezwungen, ihre Klage zurückzuziehen.¹²³

Vor diesem Hintergrund tagte im Jahr 2001 die vierte WTO-Ministerkonferenz in Doha, Qatar. Diese hatte zum Ziel, die Flexibilität bei der Umgehung von Patentrechten und einen besseren Zugang zu lebenswichtigen Arzneimitteln für alle TRIPS-Mitgliedsstaaten zu definieren. In der „Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health“ einigten sich die Regierungen der Mitgliedsstaaten darauf, dass das TRIPS Council eine Lösung finden und die Gesetzeslage für Zwangslizenzen und die Frage der Zulässigkeit von Parallelimporten für die in der Deklaration so genannten Entwicklungsländer überarbeiten musste. Unbeantwortet blieb jedoch die Frage, wie Staaten, die über keine oder keine adäquate Pharmaindustrie verfügen, vom Instrument der Zwangslizenz Gebrauch machen können, ohne mit dem Artikel 31(f) des TRIPS-Abkommens in Konflikt zu geraten. Im Jahr 2003 wurde dieses rechtliche Hindernis schließlich aufgrund eines Beschlusses des Allgemeinen Rats der WTO aufgehoben, der eine

123 Vgl. Zürcher Fausch, Nicole. „Die Problematik der Nutzung von Zwangslizenzen durch Staaten ohne eigene Pharmaindustrie: Zur instrumentellen Umsetzung von Art. 6 der Erklärung zum TRIPs und zum öffentlichen Gesundheitswesen“. *Aussenwirtschaft* Heft IV (2002): 495–522.

Ausnahmegenehmigung bezüglich des Art. 31(f) erteilte. Mit dieser Ausnahmegenehmigung war es den Herstellern nun erlaubt, die unter Zwangslizenzen hergestellten Arzneimittel in Länder ohne eigene Produktionsgrundlagen zu exportieren.¹²⁴

Um das Risiko von solchen Zwangslizenzen zu umgehen, hatte Gilead das „Developing World Access“-Programm entwickelt. Gemäß Gilead sollte dieses Programm den „Entwicklungsländern“ den Zugang zu überlebenswichtiger Medizin ermöglichen.¹²⁵ Ein Jahr nach der FDA-Zulassung in den USA erteilte Gilead sieben indischen Generikaproduzenten einen freiwilligen Lizenzvertrag für die Produktion und den Vertrieb des Wirkstoffs Sofosbuvir und der Kombination Sofosbuvir/Ledipasvir. Diesen Pharmaunternehmen war es aufgrund der Lizenz nicht nur erlaubt, die generischen Versionen von Sovaldi und Harvoni für den indischen Markt herzustellen, sie waren auch befugt, die Generika in einundneunzig weitere Ländern zu exportieren. Gemäß Gilead lebten in diesen einundneunzig Ländern mehr als 100 Millionen HCV-infizierte Menschen, was 54 % der gesamten infizierten Bevölkerung weltweit entspricht.¹²⁶

124 Vgl. Strauss, Joseph. „Patentschutz durch TRIPS-Abkommen – Ausnahmeregelungen und -praktiken und ihre Bedeutungen, insbesondere hinsichtlich pharmazeutischer Produkte“, Bitburger Gespräche: Jahrbuch 2003: 117–33. München: C.H. Beck, 2003.

125 Vgl. „Global Access | Gilead“. <https://www.gilead.com/purpose/medication-access/global-access>.

126 Vgl. „Gilead Announces Generic Licensing Agreements to Increase Access to Hepatitis C Treatments in Developing Countries“. <https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2014/9/gilead-announces-genericlicensing-agreements-to-increase-access-to-hepatitis-c-treatments-in-developing-countries>.

Für einige der vielen Befürworter_innen der Gesundheitsfürsorge, Patient_innengruppen, Medien und Akademiker_innen, die sich für einen weltweiten Zugang zu erschwinglichen Medikamenten eingesetzt hatten, stellten die freiwilligen Lizenzverträge von Gilead einen Sieg dar. Von verschiedenen anderen Seiten wurde aber befürchtet, dieser Erfolg könnte sich als Pyrrhussieg erweisen, da Gilead durch die freiwilligen Lizenzverträge stillschweigend die indischen Patentgesetze untergräbt und gleichzeitig die Generikahersteller des Landes kontrolliert. Die freiwilligen Lizenzverträge würden letztlich das weltweite Angebot an erschwinglichen Medikamenten massiv verringern. In den Zwangslizenzen und dem Wettbewerb der Generikaherstellung sah man jedoch die Chance, die horrenden Preise dieser lebensrettenden Medikamente zu senken. Außerdem lag es auch im öffentlichen Interesse, einen gleichberechtigten Zugang zu den Medikamenten zu schaffen und gleichzeitig die Geschäftsstrategien monopolistischer Pharmaunternehmen zu überwinden.¹²⁷ Studien zufolge ließen sich die Kosten der zwölfwöchigen Therapie auf bis zu 150 US-Dollar senken.¹²⁸ Die lizenzierten Generika kosteten aber das Doppelte.

Die Befürchtung, es handle sich bei Gileads großzügig erscheinender Geste um ein Manöver, mit dem versucht

127 Vgl. Dionisio, Daniele. „Compulsory Licences Needed For Affordable Hepatitis C Innovative Drug Regimens“. Intellectual Property Watch (blog), 5. August 2014. <https://web.archive.org/web/20161123083208/http://www.ip-watch.org/2014/08/05/compulsory-licences-needed-for-affordable-hepatitis-c-innovative-drug-regimens/>.

128 Vgl. Hill, A., S. Khoo, J. Fortunak, B. Simmons, und N. Ford. „Minimum Costs for Producing Hepatitis C Direct-Acting Antivirals for Use in Large-Scale Treatment Access Programs in Developing Countries“. *Clinical Infectious Diseases* 58, Nr. 7 (1. April 2014): 928–36. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu012>.

wird, die Konkurrenz zu untergraben und Einnahmen zu sichern, erschien in Anbetracht der Sachlage nicht unbegründet. Zudem gab es Informationen, die Gilead in ihrem Pressebericht über die freiwilligen Lizenzen nicht erwähnt hatte. Indien besitzt eine starke Generika-Industrie und im Vergleich zu den westlichen Industrie-Staaten ein sehr strenges Patentrecht. Dieses soll sicherstellen, dass nur wirklich innovative Arzneimittel patentrechtlich geschützt werden können. Des Weiteren verfügt die Regierung über die Möglichkeit, bereits anerkannte Lizenzen zu widerrufen, um in Zeiten des öffentlichen Bedarfs die Preise durch Generika zu senken. Da Indien weltweit den Großteil aller Generika produziert, stellen die Patentgesetze des Landes nicht nur für Gileads Dividendenausschüttung eine Bedrohung dar. Die Gesetze sind auch der Grund, weshalb Indien von den USA und der Europäischen Union bereits mehrfach erheblich unter Druck gesetzt wurde. Für globale Pharmaunternehmen, die ohne Unterlass auf eine bessere Durchsetzung des Patentschutzes ihrer Präparate drängen und deren Hauptsitze sich zumeist in den USA oder Europa befinden, ist die „Apotheke der Welt“ mit ihren Patentstandards ein Dorn im Auge.¹²⁹

In den Augen der Welthandelsorganisation (WTO) ist die Widerrufung von Lizenzen in Zeiten des öffentlichen Bedarfs aber in jeder Hinsicht legal. Indien kann sich dabei auf die „Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health“ berufen. Neben den bereits erwähnten Punkten wird dort auch festgehalten, dass es den Ländern freisteht, die Gründe für die Erteilung von Zwangslizenzen festzulegen. Darüber hinaus wird im

129 Vgl. „India Announces New Trademark, Patent Policy amid Global Pressure“. Reuters, 14. Mai 2016. <https://in.reuters.com/article/india-patents-policy-idINKCN0Y50PY>.

Artikel 5, Paragraph c festgehalten, dass jedes Mitglied das Recht hat, zu bestimmen, was einen nationalen Notfall oder andere Umstände von äußerster Dringlichkeit ausmacht, um die Verwendung von Zwangslizenzen zu legitimieren. Dabei können gesundheitliche Krisen, einschließlich solche im Zusammenhang mit HIV/AIDS, Tuberkulose, Malaria und anderen Epidemien, durchaus einen nationalen Notfall oder Umstände von äußerster Dringlichkeit darstellen.¹³⁰

Des Weiteren erlauben es die indischen Patentgesetze Dritten, die Gültigkeit einer bevorstehenden Patentanmeldung anzufechten. Auf dieser Grundlage hatte der indische Generika-Hersteller Natco Pharma bereits im Vorfeld einen sogenannten „Vorab-Einspruch“ eingelegt und das indische Patentamt gebeten, kein Patent für den Wirkstoff Sofosbuvir zu erteilen. Natco argumentierte damit, dass Sovaldi nicht „innovativ“ genug sei. Zudem hatte I-MAK (Initiative for Medicines, Access & Knowledge), eine Gruppe von Rechtsanwält_innen und Wissenschaftler_innen, schon im November 2013 eine Beschwerde mit einer ähnlichen Argumentation eingereicht.¹³¹ I-MAK hatte bereits zuvor die Patentanmeldungen des Arzneimittels in anderen Märkten, wie der Europäischen Union und China, angefochten. Beispielsweise wurde Gileads Patentanmeldung in China von dem SIPO¹³²

130 Vgl. „WTO | Ministerial conferences – Doha 4th Ministerial – TRIPS declaration“. https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.

131 Vgl. „Natco tries to block hepatitis C patent in India / General / Generics / Home – GaBI Online – Generics and Biosimilars Initiative“. <http://www.gabionline.net/Generics/General/Natco-tries-to-block-hepatitis-C-patent-in-India>.

132 State Intellectual Property Office (SIPO) ist der frühere Name des Patentamts der Volksrepublik China, heute bekannt als Chinese National Intellectual Property Administration (CNIPA).

abgelehnt. I-MAK hatte damit argumentiert, dass die Phosphoramidate-Prodrug von Sovaldi selbst keine pharmazeutische Aktivität besitzt und nur nach dem Eintritt in den menschlichen Körper in aktive Bestandteile umgewandelt werden kann. Da die Prodrug nur auf der Basis der ursprünglichen Verbindung verbessert wurde, weise dies rechtlich gesehen keine Innovation auf.¹³³ Darüber hinaus hatte auch Ägypten das Patent auf Sofosbuvir abgelehnt, da die Regierung aufgrund der ägyptischen Patentrechte das Medikament auch nicht für wissenschaftlich innovativ befunden hatte.¹³⁴ Dies stellte für Gilead ein besonderes Ärgernis dar, da Ägypten weltweit eine der höchsten Raten an HCV-Infizierten zu verzeichnen hat. Auch Marokko begann mit der lokalen Produktion von Sofosbuvir ohne die Zustimmung von Gilead, da das multinationale Pharmaunternehmen in Marokko kein „blockierendes“ Patent auf das Molekül hatte.¹³⁵

Anhand dieser Fakten ist es kaum verwunderlich, dass Gilead in Indien mit sieben indischen Generika-Unternehmen Lizenzverträge abgeschlossen hatte. Zudem muss sich das Unternehmen aufgrund seiner Erfahrungen mit seinem „HIV-Portfolio“ sehr wohl bewusst gewesen sein, dass viele seiner Patentanmeldungen für

133 Vgl. „The Latest Patent Application of Hepatitis C Drug Sovaldi of Gilead Is Rejected in China | Lexology“. <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=6eff80a2-fe80-4698-b4cf-463fcd6e0dcf>.

134 Vgl. Wanis, Heba. „Egypt Will Not Patent New Hepatitis C Drug“. Mada Masr (blog). <https://madamasr.com/en/2014/05/23/opinion/society/egypt-will-not-patent-new-hepatitis-c-drug/>.

135 Vgl. Catherine, Saez. „Collective Efforts By Civil Society Groups Bar The Way To Hepatitis C Patents“. Intellectual Property Watch (blog), 10. Mai 2018. <https://www.ip-watch.org/2018/05/10/collective-efforts-civil-society-groups-bar-way-hepatitis-c-patents/>.

die verschiedenen HIV-Medikamente, aber auch seine HCV-Moleküle wie Sofosbuvir und Ledipasvir nach dem strengen indischen Patentrecht anfällig für eine Ablehnung waren. Denn wie die meisten multinationalen Konzerne konzentriert sich auch Gilead weniger darauf, neue Substanzen zu entdecken, als bestehende Verbindungen und Medikamente zu optimieren und diese als neu zu bezeichnen. Das wird besonders in Hinblick auf Gileads HIV-Portofolio oder die Nachfolge-Medikamente von Sovaldi ersichtlich. Sowohl Harvoni wie auch Epclusa und Vosevi wurden um eine oder zwei Substanzen erweitert. Dieses Verfahren vergrößerte ohne Frage den Umfang der existierenden Genotypen und Subtypen. Es handelt sich dabei aber streng genommen nicht um eine Innovation im juristischen Sinne. Diese Vorgehensweise von Gilead ist keine Ausnahmeerscheinung. Sie stellt eine Praxis dar, die in den westlichen Industriestaaten üblich ist. Und genau dies soll durch das indische Patentrecht verhindert werden.

Obwohl die sieben indischen Generika-Unternehmen einundneunzig Länder beliefern durften, wurden ausgerechnet die Schwellenländer, in denen die Morbidität von Hepatitis C besonders hoch ist, durch das Abkommen ausgeschlossen. Dies betraf Russland, Brasilien, Mexiko und die Ukraine. Aber auch China, das mit 30 Millionen Betroffenen Hepatitis-C-Patient_innen weltweit die größte Zahl an Infizierten hatte. Der Ausschluss dieser Länder wurde von NGOs wie den Médecins Sans Frontières (MSF) entschieden abgelehnt.¹³⁶ Hier soll noch einmal ausdrücklich

136 Vgl. „The Latest Patent Application of Hepatitis C Drug Sovaldi of Gilead Is Rejected in China | Lexology“. <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=6eff80a2-fe80-4698-b4cf-463fcd6e0dcf>.

betont werden, dass all diese Umstände und Tatsachen in Gileads Pressemitteilung über das „Developing World Access“-Programm unerwähnt blieben. Durch das Unterschlagen dieser Informationen nutzte Gilead die Chance, sich als philanthropischer Finanzier der Länder des globalen Südens darzustellen. Denn neben der partiellen Kontrolle des indischen HCV-Generika-Marktes stellten diese freiwilligen Lizenzverträge eine einmalige PR-Möglichkeit und einen substantziellen Image-Gewinn dar.

Neben den Schwellenländern war es den Herstellern der Lizenzprodukte untersagt, Länder mit mittleren und hohen Einkommen zu beliefern. Aber auch in diesem Fall existierte ein legales Schlupfloch: der Parallelimport von Medikamenten für den Eigengebrauch. Genau diese Lücke nutzten die Buyers Clubs. Dieses gesetzliche Schlupfloch ermöglicht es Betroffenen, kleine Mengen von Medikamenten für den persönlichen Gebrauch aus dem Ausland zu importieren. Auch hier kommen einige Beschlüsse des TRIPS-Abkommens zum Zug. Den wichtigsten stellt „De Minimis Import“ dar. Artikel 60 definiert, dass kleine Mengen nichtkommerzieller Ware, die im persönlichen Gepäck von Reisenden befördert oder in Kleinsendungen versandt werden, erlaubt sind.¹³⁷ Diese sogenannten persönlichen Einfuhrbestimmungen sollen es Patient_innen ermöglichen, kleine Mengen an Medikamenten für den Eigengebrauch mitzuführen. Auch dann, wenn diese Medikamente nicht in dem Land zugelassen sind. Tourist_innenkönneneinLandbesuchenundihreeigenen

137 Vgl. „WTO | intellectual property (TRIPS) – agreement text – enforcement“. https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_05_e.htm.

Medikamente mitbringen, ausländische Arbeiter_innen können ihre üblichen Medikamente nutzen, während sie in einem anderen Land leben und arbeiten. Die Größe dieser „kleinen Menge“ wird jedoch nicht durch das TRIPS-Abkommen reguliert. Die Definitionsgewalt unterliegt dem jeweiligen Staat.

Interessanterweise waren einige Staaten aufgrund der horrenden Preise für Gileads HCV-Blockbuster dazu bereit, ihre spezifischen Importregeln zu lockern, um Patient_innen zumindest den Zugang zu Arzneimitteln aus dem Ausland zu erleichtern. So auch in der Schweiz. Nach Schweizer Gesetzgebung darf eine Einzelperson normalerweise Medikamente für einen Monat legal importieren. Aufgrund der bestehenden Limitation war die Swissmedic, die Schweizer Arzneimittelbehörde, jedoch dazu bereit, eine Ausnahme zu machen und den Import von Hepatitis-C-Medikamenten zum Eigengebrauch für eine Therapie-dauer von drei Monaten zu erlauben. Doch nicht nur die Entscheidung von Swissmedic machte den Import von Generika-Hepatitis-C-Medikamenten einfacher. Die Krankenversicherung Concordia übernahm in der Zusatzversicherung 75% der Kosten für Generika, die über den australischen FixHepC Buyers Club importiert wurden. Natürlich war Gilead mit dieser Praxis nicht einverstanden. Peter Hüsey, Leiter der Schweizer Hepatitis-Abteilung von Gilead, erklärte, „mit dem Import dieser Generika in die Schweiz werde die Absicht Gileads missbraucht, ärmeren Ländern Zugang zu den Medikamenten zu verschaffen“¹³⁸. Gilead

138 Chandrasekhar, Anand. „Regeln gebogen, der Patient lebt“. SWI swissinfo.ch. https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/hepatitis-c_regeln-biegen-um-billigere-behandlung-zu-ermoeglichen/43228754.

wolle nicht, dass diese Programme durch den Parallelimport bedroht werden.¹³⁹

Denn in Hinblick auf die Möglichkeit der Zwangslizenzen war die Behauptung, der Parallelimport könne den Zugang von armen Ländern zu den Medikamenten gefährden, in mehrfacher Hinsicht dreist und schlichtweg haltlos. Obwohl Gilead offensichtlich nur um den Profit besorgt schien und die Situation geschickt zur Image-Pflege als Wohltäter zu nutzen wusste, musste der Vorwurf durch einen parlamentarischen Vorstoß geklärt werden. In seiner Antwort schrieb der Bundesrat: „Der Bundesrat bietet nicht Hand dafür, dass massgeschneiderte Access-Programme für ärmere Länder unterlaufen werden. Das BAG geht trotz des über die Zusatzversicherung einer Krankenkasse teilfinanzierten Angebotes nicht davon aus, dass die Anzahl auf diesem Weg behandelte Personen in Zukunft stark steigen wird; und selbst wenn dies der Fall wäre, hätte dies auf die Versorgungssituation in ärmeren Ländern keinen nennenswerten Einfluss.“¹⁴⁰

In der Schweiz war die Anzahl derer, die die Möglichkeit des Parallelimports nutzten, sehr überschaubar, da auch viele Ärzt_innen über dieses Verfahren schlichtweg nicht informiert waren. Es gab und gibt immer noch Staaten, die den Betroffenen aufgrund ihrer Importgesetze auch diesen Weg verwehren. Ausgerechnet in den USA, wo die Therapie mit Sovaldi 98.000 Dollar kostete und von den meisten Versicherungen nicht

139 Vgl. ebd.

140 Schneider-Schneiter, Elisabeth, und Departement des Innern (EDI). 17.3027 | Ist die Sicherheit der Medikamente auf dem Gesundheitsmarkt Schweiz noch gewährleistet?, § Nationalrat. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20173027>.

übernommen wurde, war der Parallelimport von Medikamenten verboten. Deshalb stellte der Medizintourismus dort auch keine Seltenheit dar, wie eigens darauf spezialisierte Reisebüros und Magazine eindrücklich belegen. Wie bereits erwähnt, ist in den USA der Genotyp 1 am stärksten vertreten, und da einige generische Versionen von Harvoni von lizenzierten indischen Pharmaunternehmen zu reduzierten Preisen angeboten wurden, entstand ein regelrechter Hepatitis-C-Tourismus. Immer mehr Patient_innen, die nicht ausreichend versichert waren, um die Kosten von Harvoni zu decken, flogen nach Indien, um eine günstigere Behandlung für ihre Krankheit zu bekommen. Auch in der Schweiz hatten einige Betroffene den Weg nach Indien gewählt, bevor die Schweiz die Mengenangabe des Parallelimports auf drei Monate ausweitete. In Indien kostete Harvoni 900 US-Dollar, und die generischen Versionen gleicher Qualität waren um einiges billiger.

Doch nicht nur Indien, auch Ägypten mauserte sich zu einer Top-Destination im Hepatitis-C-Therapie-Tourismus. Ägypten hatte aufgrund missratener Vorbeuge-Programme gegen Bilharziose (Schistosomiasis) in den 1970er- und 1980er Jahren und eines lückenhaften Screenings von Blutkonserven weltweit die höchste Rate an HCV-Infizierten. Zudem litt das Land lange Zeit auch unter einem fragmentierten und unterfinanzierten Gesundheitssektor. Ägyptens Hauptblutbank, die bloß 30 Prozent des Landesbedarfes deckt, kann nur dank der Finanzierung durch die Schweizer Regierung hochmoderne HCV-Erkennungstests durchführen. Alle anderen Blut-Banken in Ägypten können sich nur weniger genaue Tests leisten. In Schätzungen geht man davon aus, dass mindestens 10 bis 12% der

Bevölkerung infiziert sind und 40.000 Personen jährlich an den Folgen der Infektion sterben. Zum großen Ärger von Gilead wurde das Patent für Sovaldi in Ägypten verweigert. Kurz darauf begann die Regierung mit der lokalen Generikaproduktion und startete eine offensive Kampagne zur Bekämpfung von Hepatitis C. In den staatlichen Einrichtungen wurden sechs lokal hergestellte Generika von Sofosbuvir mit einem Preis von ca. 70 Euro pro Flasche (eine Monatsdosis) verwendet. Da in Ägypten zu 90% der Genotyp 4 vorherrscht, kam noch der Preis für Ribavirin dazu. Aber in einem Land, in dem mehr als 26% der Bevölkerung von weniger als 1,2 US-Dollar pro Tag leben, sind selbst 70 Euro immer noch sehr viel Geld, und eine Therapie dauert mindestens drei Monate. Doch lediglich 20% der Patient_innen in den staatlichen Einrichtungen bezahlten die Behandlung zum ermäßigten Regierungspreis aus eigener Tasche. Die Therapien der restlichen 80% wurden entweder durch eine nationale Krankenversicherung, eine Arbeitgebersversicherung oder durch die Vollkaskoversicherung des Gesundheitsministeriums abgedeckt.¹⁴¹

Es dauerte nicht lange, bis sich Pharco Pharmaceuticals, einer der sechs ägyptische Generika-Hersteller, und Prime Pharma zusammenschlossen, um ein internationales Programm für medizinischen Tourismus zu initiieren.¹⁴² Mit den niedrigen Behandlungskosten wollte man Patient_innen aus denjenigen Ländern ansprechen,

141 Vgl. Abaza, Deya. „One year after Sovaldi: Why Egypt needs billions to beat Hepatitis C – Features“. Ahram Online. <http://english.ahram.org.eg/NewsContent/1/151/161149/Egypt/Features/One-year-after-Sovaldi-Why-Egypt-needsbillions-to.aspx>.

142 Vgl. „Pharco Pharmaceuticals“. <https://www.pharco.org/hepatitis-C.html>.

in denen Sovaldi aufgrund der Preissetzung und/oder Rationierung unerschwinglich blieb. Im Mai 2016 startete das „Tour n’ Cure“-Programm, das unter anderem von Fußballstar Lionel Messi unter #StopTheWait beworben wurde.¹⁴³ Im „Tour n’ Cure“-Programm konnten Patient_innen für 5.900 Euro eine Woche in Ägypten verbringen und sich behandeln lassen. Im Preis inbegriffen waren alle Flüge, Fünf-Sterne-Unterkünfte, medizinische Analysen und natürlich die Medikamente für drei Monate. Hinzu kamen auch drei Tage Tourismus. Die Patient_innen konnten zwischen Sightseeing in Kairo, Kamelreiten in der Wüste oder Scuba Diving in Sharm el-Sheikh auswählen. Die ersten Medikationsrunden wurden in Ägypten unter ärztlicher Aufsicht eingenommen, und nach dieser Woche konnten die Patient_innen den Rest der Medikamente mit nach Hause nehmen. Der letzte Test wurde mit eine_r lokalen Ärzt_in gemacht, um festzustellen, ob die Betroffenen geheilt waren. Wenn dies nicht eintrat, wurden die Betroffenen ohne zusätzliche Kosten wieder behandelt. Das Programm wurde von Ägyptens Gesundheits-, Tourismus- und Luftfahrtministerien organisiert.¹⁴⁴

Eine etwas günstigere Alternative stellten die besagten Buyers Clubs und der Parallelimport dar. Dies funktionierte folgendermaßen: Ein Buyers Club agiert in der Rolle des Agenten der Patient_innen. Die Patient_innen sind juristisch gesehen die Käufer_innen und üben ihre Rechte aus, die Verkäufer_innen sind in

143 Vgl. Tour n Cure. Hepatitis C wait is over – Leo Messi vs. Melanie. #StopTheWait. <https://www.youtube.com/watch?v=PPHYt5nET7k>.

144 Vgl. „Tour n’ Cure“. Tour n’ Cure. <https://web.archive.org/web/20200224132241/http://www.tourncure.com/en/>

dem Land, aus dem die Medikamente stammen. Sie arbeiten nach den Gesetzen des jeweiligen Staats. Der Buyers Club verbindet nun Käufer_in und Verkäufer_in. Das ist legal und unterscheidet sich nicht von anderen Agenten, die einer Person helfen, eine Transaktion durchzuführen. Wie solche Sendungen gekauft und bezahlt werden, muss jedoch äußerst sorgfältig gehandhabt werden. Denn nicht jede Person hat die Befugnis, die Medikamente zu kaufen und sie an die Patient_in weiterzuverkaufen. Nur lizenzierte Apotheker_innen sind dazu berechtigt, die Medikamente zu verkaufen, und brauchen dafür ein ärztliches Rezept aus dem Herkunftsland der Käufer_in.

Für die Käufer_innen in der Schweiz wurde dieser Parallelimport mehrheitlich über den FixHepC Buyers Club organisiert, einer Organisation von ehemalig HCV-Betroffenen und Ärzt_innen in Australien. Der FixHepC Buyers Club half bei der Bestellung in Indien und prüfte vor allem die Echtheit der Medikamente. Die Kosten für die Behandlung sanken dadurch von 65.000 Franken auf 1.500 Franken. Allerdings wurde auch der Parallelimport nicht von den Krankenkassen vergütet, was einige Betroffene auch von dieser Möglichkeit ausschloss. Zudem gab es einige Ärzt_innen, die sich tatsächlich weigerten, ein Rezept für einen Parallelimport auszustellen, obwohl sie keinesfalls mit juristischen Konsequenzen zu rechnen hatten.

> *01.02.18 29R 427834 3486375* Die Menschen, so erklärt Hobbes, unterwerfen sich staatlicher Macht, weil sie den Tod fürchten („fear of death“). Die Momente, in denen ich den Tod besonders fürchte, sind aber oftmals genau diejenigen, in denen mir wieder einmal

bewusst wird, in welchem Ausmaß ich der staatlichen Macht bereits unterworfen bin. In den Jahren seit dem Bekanntwerden meiner Infektion wurde die Angst vor dem Tod immer wieder von diversen Institutionen aufgerufen. Es begann mit der händeringenden, wütenden Verkündung der Testergebnisse durch meinen ehemaligen Kinderarzt, der mehrfach den tödlichen Ausgang der Infektion erwähnte und mich von diesem Tag an als verantwortungsloses Subjekt der Übertragung, als todbringendes Contagium anrief. Fast mantraartig betonte er, dass (sexueller) Kontakt Kontamination bedeuten kann, und fing an, mich als „contagiöse Fremde“ anzurufen. Damit zerstörte er die bisherige Solidarität, die wir aufgrund unserer Erfahrungen als „migrantische Fremde“ trotz Differenz lebten, und ich erlebte das erste Mal bewusst das Gefühl einer intersektionalen Marginalisierung. In seiner Dramatisierung meiner Kontagiösität vermischte er Medizinisches mit Politisch-Sozialem, Wissenschaftliches mit Fiktionalem und Individuelles mit Kollektivem. Indem er mich einerseits als Trägerin eines unsichtbaren, aber dennoch todbringenden Informationspakets ausgrenzte, andererseits aber auch als eine Art soziales Phänomen in diese verschiedenen Bedeutungen verwob, legitimierte er genau jene repressiven, hierarchischen und exkludierenden Herrschaftsstrukturen, unter denen er selbst sein Leben lang gelitten hatte. Sei dies als Dissident in der ehemaligen Tschechoslowakei oder als Migrant in der Schweiz. Erst Jahre später sollte ich entdecken, dass Kontaminationserzählungen tendenziell diskursive Instabilitäten und Leerstellen markieren, doch als Sechzehnjährige eröffnete sich mir in dieser Situation eine weitere Perspektive auf die Willkür in asymmetrischen Machtverhältnissen.

>02.02.2018 29R 427834 3486375 Das Schreiben der Geschichte, so der Titel eines Sammelbandes mit Aufsätzen zur Geschichtsschreibung, versteht de Certeau als ein stellvertretendes Begräbnisritual. Die Toten bleiben zwar Tote in ihren Gräbern, werden aber durch die Geschichtsschreibung zu ihrer Ruhe geleitet, und die Gesellschaft befreit sich durch diesen Akt vom Wahn der unbestatteten Toten. Doch wie sieht es mit dem Schreiben von Geschichten über ein eiweißumhülltes Stück Erbgut aus? Eine infektiöse organische Struktur, die streng genommen weder als lebendig noch als tot gilt.

>03.02.2018 29R 427834 3486375 Nach Tagen ohne Schlaf und ohne Wachen gleite ich als Ganzes ins Innerste und ins Äußerste meines Körpers und lösche dabei die vermeintliche Grenze dieser beiden Regionen aus. Ich falle ins Formlose. In einen komatösen Traum. Als ich erwache, spüre ich neben mir die Wärme eines Körpers. Er ist in eine graue Decke gehüllt. Die Landschaft, die sich unter der Decke abzeichnet, hat die Form eines brütenden Vogels. Ich nehme meinen Mut zusammen und schlage die Decke ein wenig auf. Zu meinem Erstaunen ist dieser graue filzige Stoff mit einem farbenprächtigen Futter aus Seide ausgeschlagen. Langsam ziehe ich die Decke weg und der Körper, der unter der Decke hervorkommt, ist mein Selbst. Nackt und in Langeweile gehüllt, liege ich da. Wie ein Andenken hinter Glas. Ich scheine auf etwas zu warten. An meinem Hals baumelt ein kleines Preisetikett aus braunem Karton. Darauf steht mit blauer Tinte in Handschrift: Wegen Umbau geschlossen!

Ich wache auf. Es ist später Nachmittag. Ich nehme eine weitere Tablette. Heute bin ich weder Spielerin

noch Flaneur. Ich bin die Wartende. Während ich mir den Schlaf aus den Augen reibe, beschließe ich, die Zeit zu mir einzuladen. Ich lade die Zeit ein und gebe sie in veränderter Form wieder ab. Diese Form hat die Gestalt der Erwartung. Ich beschließe, die Hoffnung zu begraben. Es fühlt sich gut an. Wie ein schwarzes Loch im Zentrum einer hellen, elliptischen Galaxie.

Heute bin ich die Zahl Null. Wirkungslos und zerstörerisch zugleich. Eine Venus mit fast grenzenloser Fruchtbarkeit. Die Zahl Null. Ein Nichts. *as-sifr*. Das Potenzial für unendliche Potenziale.

ID9606/2a-c: Ich fühle mich komplett ausgelaugt.

Arzt: [*tippt auf der Tastatur*] Wann haben Sie die letzte Tablette eingenommen?

ID9606/2a-c: Am Sonntag.

Arzt: Diesen Sonntag?

ID9606/2a-c: Ja.

Arzt: Gestern?

ID9606/2a-c: Ja.

Arzt: Am vierten Februar?

ID9606/2a-c: Ja

Arzt: Okay –

[*es entsteht eine kurze Pause, der Arzt tippt auf der Tastatur*]

Arzt: Bis auf die Erschöpfung – ging es Ihnen gut?
Mit den Tabletten, meine ich –

ID9606/2a-c: Ja, doch. Ich hatte nur Anfangs ein paar Nebenwirkungen. Kopfwegh. Übelkeit. Aber diese Symptome sind dann –

Arzt: Verschwunden?

ID9606/2a-c: Ja. Die Übelkeit ist allmählich verschwunden.

Arzt: Gut.

ID9606/2a-c: Die Kopfschmerzen mit der Zeit auch.

Arzt: [*tippt*] Okay.

ID9606/2a-c: Am Anfang konnte ich kaum schlafen –

Arzt: [*tippt weiter*] Aha.

ID9606/2a-c: Doch nach ein paar Wochen habe ich fast nur noch geschlafen.

Arzt: [*blickt von der Tastatur auf*] Wirklich? Und gab es noch andere körperliche Beschwerden?

ID9606/2a-c: Nein –
Körperliche Beschwerden hatte ich keine.
Nein.

Arzt: [*tippt wieder*] Okay.

ID9606/2a-c: Außer dieser extremen Müdigkeit.

Arzt: *[runzelt die Stirn, tippt aber weiter]* Eventuell liegt hier eine Anämie vor. Wir werden das zur Sicherheit überprüfen.
[eine Pause entsteht, der Arzt tippt den Bericht fertig]

Arzt: Okay! *[blickt wieder zu ID9606/2a-c]*
Bei Ihrem letzten Besuch haben wir die Viruslast kontrolliert.

ID9606/2a-c: *[nickt]* Jaaa? Und?

Arzt: Das Ergebnis war höchst erfreulich!

ID9606/2a-c: Wirklich?

Arzt: Ja! Die Viren waren nicht mehr vorhanden –
Genauer gesagt waren die Viren nicht mehr nachweisbar.

ID9606/2a-c: *[schaut den Arzt verdattert an]*

Arzt: *[klickt mit der Maus herum und blickt in den Bildschirm]*

ID9606/2a-c: Bereits nach einem Monat?

Arzt: Das war am –
[wendet sich vom Bildschirm ab und fängt an, in den Akten zu suchen]

Ja! Das ist korrekt. Bereits nach einem Monat Therapie waren die Viren nicht mehr nachweisbar im Blut. Das war am 13. Dezember.

ID9606/2a-c: *[ist sichtlich erstaunt]* Oh – okay –

Arzt: Hier *[hält ID9606/2a-c einige Papiere mit Messwerten hin]*

Der Ausgangswert lag bei, eins, zwei, drei – ähhm eins Komma fünf Millionen.

Und einen Monat später –

Hier – *[zeigt mit dem Kugelschreiber auf eine Zahl und liest laut vor]*

Nicht mehr nachweisbar!

ID9606/2a-c: Wow!

Arzt: Wie Sie sehen können, fiel die Viruslast von einem relativ hohen Wert auf null.

ID9606/2a-c: *[verdattert]* Ja, ich sehe es –

Arzt: Sie haben sehr gut auf die Therapie angesprochen.

ID9606/2a-c: *[immer noch verduzt]* Okayyyyy –

Arzt: Heute werden wir kontrollieren, ob dieser Wert am Ende der Therapie immer noch bei null liegt.

ID9606/2a-c: *[etwas verunsichert]* Ok. Alles klar.

Arzt: Machen Sie sich keine Sorgen.

Ich bezweifle das nicht, aber kontrollieren müssen wir es trotzdem. Bei einem erneuten Auftauchen der Viren hätte dies therapeutisch gesehen gewisse Folgen.

ID9606/2a-c: [*ist nun extrem verunsichert*]

Welche Folgen?

Arzt: [*versucht, ID9606/2a-c zu beruhigen*]

Machen Sie sich keine Sorgen. Das hat es früher gegeben beim Interferon –

Da sind so Geschichten passiert, dass der Wert erst nach unten ging – auf null – und zu einem späteren Zeitpunkt ist das Virus wieder aufgetaucht. Mit den neuen Therapien geschieht dies kaum noch. Ein Relapse ist höchst selten. In einzelnen Fällen beim Genotyp 4. –

Wenn es aber zu einem Relapse kommen würde, hätte dies bestimmte Konsequenzen für eine weitere Therapie.

ID9606/2a-c: [*panisch*] Welche Konsequenzen?!! Eine weitere Therapie?

[*beide schauen sich verunsichert an*]

[*ID9606/2a-c ringt mit der Fassung*] Ich frage nur aus reinem Interesse!

Arzt: [*nickt*] In einem solchen Fall wird überprüft, ob das Virus Resistenzen auf einen oder sogar mehrere Inhaltsstoffe entwickelt hat. Wenn dem so wäre, müsste man auf eine andere Kombination von DDAs ausweichen. Aber machen Sie sich bitte keine unnötigen Sorgen. Epclusa ist für ihren Genotyp ideal. Zudem ist ihre Viruslast bereits nach einem Monat Therapie unter die Nachweisgrenze gesunken. Das sind alles ideale Vorzeichen. Die drei Nachkontrollen am Ende der Therapie gehören zum Standard. Um ganz sicher zu gehen, dass Sie geheilt sind.

ID9606/2a-c: *[entspannt sich]* Ok. Ich verstehe.

Arzt: Wenn der Wert in drei und sechs Monaten nach Therapieende immer noch bei null liegt – von dem dürfen wir mit größter Wahrscheinlichkeit ausgehen – dann sind Sie geheilt.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: *[sortiert die Papiere]* Geheilt! –
Ich gehe davon aus, dass das Virus nun weg ist.

ID9606/2a-c: Ok

Arzt: Und es bleibt weg.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Die Leberwerte sind gut und die Virenwerte sind auch gut. *[reicht ID9606/2a-c das gezeichnete Diagramm und die Messwerte]* Wollen Sie die Dokumente mitnehmen?

ID9606/2a-c: *[etwas entspannter]* Ja gerne. Ja.

Arzt: *[räuspert sich]* Nun, gut. Jetzt sind wir quasi am Ende der Therapie

ID9606/2a-c: Ja?

Arzt: Heute führen wir noch einmal eine Kontrolle durch –
Und danach –

Und dann nach weiteren drei Monaten noch einmal.
Und wenn der Wert bei null bleibt, können wir davon
ausgehen, dass alles in Ordnung ist.

ID9606/2a-c: Alles klar!

Arzt: Abgeschlossen.

ID9606/2a-c: Ok.

Arzt: Erledigt.

ID9606/2a-c: Ja.

Arzt: Geheilt.

ID9606/2a-c: Ich habe keine Ahnung, was ich dazu
sagen soll. Ich denke, ich muss erst einmal alles –

Arzt: Verdauen?

ID9606/2a-c: Ja.

Arzt: *[nickt]*

ID9606/2a-c: Es ist für mich ein völlig neuer Zustand.
Ich habe das Gefühl, ich bin auf einen Schlag weniger,
weniger

–

[im Hintergrund läuft der Drucker auf Hochtouren]

Arzt: Erpressbar?

ID9606/2a-c: *[erstaunt]* Genau!

–

[beide schweigen]

ID9606/2a-c: Irgendwie seltsam, aber dieser Begriff umschreibt ziemlich präzise die komplexe Situation. Wie kommen Sie darauf?

Arzt: Nun, Sie sind nicht meine einzige Patientin – Ich sehe tagtäglich, wie sich ökonomisch geprägte Entscheidungen auf das Leben von Menschen auswirken. Wenn man tagtäglich latent den Tod vor Augen hat, sich aber politischen Beschlüssen unterordnen muss, die eine solche Perspektive zudem noch verschärfen, obwohl die Technologie vorhanden wäre, um die Situation zum Bessern zu ändern, hat dies einen enormen Einfluss auf das Selbstverständnis und die Handlungsfähigkeit. Das ist nicht zu unterschätzen.

ID9606/2a-c: Ja – das stimmt schon.

Arzt: Ich mag ja ein Experte im Feld der Medizin sein, aber die Menschen, die ich behandle, sind gewissermaßen Expert_innen darin, wie die Errungenschaften der Biotechnologie, der globale Handel und das internationale Patentrecht politische Entscheidungen beeinflussen und somit unmittelbar in ihr persönliches Leben eingreifen. Meine Patient_innen spüren am eigenen Körper, wie sich die grundlegende Restrukturierung von Ökonomie, Staat und Gesellschaft auf Denk- und Handlungsweisen auswirkt. Der verständliche Wunsch, zu überleben, wird hier nicht nur auf ökonomischer Ebene

ausgebeutet. Zudem erscheint mir die beharrliche Anrufung der Selbstverantwortung in dieser Situation sehr zynisch, und sie verschleiert den wahren Sachverhalt. Selbstversorgend zu sein und dem liberalen Ideal des unabhängigen Individuums zu entsprechen, ist in einem solchen Fall schlichtweg unmöglich. Gesundheit ist eine Angelegenheit, die nicht von einzelnen Personen, sondern nur in einem gesellschaftlichen Kontext verhandelt werden kann. Wenn die Ökonomisierung des Lebens selbst und die zeitgleiche Abwertung einer gesellschaftlichen Verantwortung ineinander verstrickt werden, kann dies zu schwerwiegenden Folgen führen, die eine Selbstbestimmung des Lebens verunmöglichen. Und das ist ein Problem, das uns alle betrifft. Denn unabhängig zu sein, heißt nicht, sich um niemanden sorgen zu müssen.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BDSM	Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism
cDNA	complementary DNA
CMV	Cytomegalievirus
DNA	Desoxyribonukleinsäure
ELISA	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
EBV	Epstein Barr Virus
EBIT	earnings before interest and taxes
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GMO	genetically modified organism
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-RNA	Hepatitis-C-Virusgenom
HPG	Human Genome Project
IFN- α	Interferon alfa
ID9606	NCBI Taxonomie für homo sapiens sapiens
IgG	Immunoglobulin G
IgM	Immunoglobulin
NCBI	National Center for Biotechnology Information
PCR	Polymerase-Chain-Reaction
peg-IFN- α	Pegylated interferon alfa
PSI-7977	Sofosbuvir (Sovaldi)

RIBA	Recombinant Immunoblot Assay
RT-PCR	Reverse-Transcriptase-Polymerase-Chain-Reaction
RT	Reverse Transkriptasen
RNA	Ribonukleinsäure
TRIPS	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
WTO	World Trade Organisation

Literaturverzeichnis

Bericht

Hatch, Orrin G, and Ron Wyden. „The Price of Sivaldi and Its Impact on the U.S. Health Care System“. USA: Committee On Finance United States Senate, 2015.

Penrose, George William. „The Penrose Inquiry: Final Report.“ Scotland: Scottish Government, 2015.
<http://www.penroseinquiry.org.uk/finalreport/>.

Blog Post

Catherine, Saez. „Collective Efforts By Civil Society Groups Bar The Way To Hepatitis C Patents“. *Intellectual Property Watch* (blog), 10. Mai 2018.

<https://www.ip-watch.org/2018/05/10/collective-efforts-civil-society-groups-bar-way-hepatitis-c-patents/>.

Dionisio, Daniele. „Compulsory Licences Needed For Affordable Hepatitis C Innovative Drug Regimens“. *Intellectual Property Watch* (blog), 5. August 2014.

<https://web.archive.org/web/20161123083208/http://www.ip-watch.org/2014/08/05/compulsory-licences-needed-for-affordable-hepatitis-c-innovative-drug-regimens/>.

Wanis, Heba. „Egypt Will Not Patent New Hepatitis C Drug“. *Mada Masr* (blog). <https://madamasr.com/en/2014/05/23/opinion/society/egypt-will-not-patent-new-hepatitis-c-drug/>.

Bücher

Bauman, Zygmunt. *Die Angst vor den anderen: Ein Essay über Migration und Panikmache*. Übersetzt von Michael Bischoff. Deutsche Erstausgabe Edition. Berlin: Suhrkamp Verlag, 2016.

Braidotti, Rosi. „Zur Transposition des Lebens im Zeitalter des genetischen Kapitalismus“. In *Bios und Zoë: Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*, herausgegeben von Martin G. Weiß. Berlin: Suhrkamp, 2009.

Fuchs, Michael, Thomas Heinemann, Bert Heinrichs, Dietmar Hübner, Jens Kipper, Kathrin Rottländer, Thomas Runkel, Tade Matthias Spranger, Verena Vermeulen, und Moritz Völker-Albert. *Forschungsethik: Eine Einführung*. Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler, 2010.

- Fung, James, Ching-Lung Lai, und Man-Fung Yuen. „Treatment of Chronic Hepatitis C with Different Genotypes“. In *Hepatitis C Virus Disease: Immunobiology and Clinical Applications*, herausgegeben von Emilio Jirillo. New York, London: Springer, 2008.
- Goossens, Nicolas, Sophie Clément, und Francesco Negro, Hrsg. *Handbook of Hepatitis C*. Springer International Publishing Switzerland: ADIS, 2016.
- Haraway, Donna J. *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan_Meets_OncoMouse: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge, 1997.
- Modrow, Susanne, Dietrich Falke, Uwe Truyen, und Hermann Schätzl. *Molekulare Virologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2010.
- Rabinow, Paul. *Anthropologie der Vernunft: Studien zu Wissenschaft und Lebensführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2004.
- *Making PCR: A Story of Biotechnology*. Chicago: University of Chicago Press, 1997.
- Schüler, Julia. *Die Biotechnologie-Industrie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2016.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-47160-9>.
- Simmonds, Peter. „The Origin of Hepatitis C Virus“. In *Hepatitis C Virus: From Molecular Virology to Antiviral Therapy*, herausgegeben von Ralf Bartenschlager, Bd. 369. Current Topics in Microbiology and Immunology. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2013.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-27340-7>.
- Weissmann, Charles. „Recombinant Interferon – the 20th Anniversary“. In *Recombinant Protein Drugs*, herausgegeben von Peter Buckel. Milestones in Drug Therapy. Basel, Boston: Birkhäuser, 2001.

Dokumente

- Augsburger, Sibylle, Natalia Aeple, und Roland Schlumpf. „Hepatitis C die stille Epidemie: Eine Informationsbroschüre der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz“. Interpharma Basel, Juni 2012. https://biotechlerncenter.interpharma.ch/wp-content/uploads/2020/02/informationsbroschuere_hepatitis-c-die-stille-epidemie_d.pdf.

Franciscus, Alan. „A Brief History of Hepatitis C“. HCV Advocate, Februar 2017. http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/factsheets_pdf/Brief_History_HCV.pdf.

„PHARMASSET INC FORM 10-K (Annual Report): Filed 12/31/07 for the Period Ending 09/30/07“. United States Securities and Exchange Commission (SEC), 31. Dezember 2007. <https://web.archive.org/web/20120425083743/http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReports/PDFArchive/vrus2007.pdf>.

Gerichtsurteile

Daniel W. Bradley, Plaintiff-appellant, v. Chiron Corporation, William J. Rutter, Edward E. Penhoet, Michael Houghton, Qui Lim Choo, George Kuo Andortho Diagnostic Systems Inc., Defendants-appellees, 136 F.3d 1317 (Fed. Cir. 1998).

Diamond v. Chakrabarty, 447 U.S. 303 (1980).

Theresa Rohner und Mitbeteiligte gegen Kanton Appenzell I.Rh., BGE 116 IA 359 (1990).

Gesetze

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Stand am 23. September 2018), Pub. L. No. BBl 2014 6349, § Artikel 117a Medizinische Grundversorgung (2014).

Interpellationen

Schneider-Schneiter, Elisabeth, und Departement des Innern (EDI). 17.3027 | Ist die Sicherheit der Medikamente auf dem Gesundheitsmarkt Schweiz noch gewährleistet? § Nationalrat. 2019. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20173027>.

Journals und Papers

Atlan, Henri. „Biological Medicine and the Survival of the Person“. *Science in Context* 8, Nr. 1 (1995). <https://doi.org/10.1017/S026988970000199X>.

British Medical Journal Publishing. „Interferon Production by Genetic Engineering.“ *British Medical Journal* 282, Nr. 6265 (28. Februar 1981): 674–75. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6265.674-a>.

- Cacoub, Patrice, Cloe Comarmond, Fanny Domont, Lea Savey, Anne C Desbois, und David Saadoun. „Extrahepatic Manifestations of Chronic Hepatitis C Virus Infection“. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, o. J., 12. <https://doi.org/DOI:10.1177/2049936115585942>.
- Chakrabarty, A. M., J. R. Mylroie, D. A. Friello, und J. G. Vacca. „Transformation of *Pseudomonas putida* and *Escherichia coli* with plasmid-linked drug-resistance factor DNA.“ *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 72, Nr. 9 (September 1975): 3647–51.
- Choo, Q., G. Kuo, A. Weiner, L. Overby, D. Bradley, und M. Houghton. „Isolation of a CDNA Clone Derived from a Blood-Borne Non-A, Non-B Viral Hepatitis Genome.“ *Science* 244, Nr. 4902 (21. April 1989): 359–62. <https://doi.org/10.1126/science.2523562>.
- Choo, Q. L., K. H. Richman, J. H. Han, K. Berger, C. Lee, C. Dong, C. Gallegos, D. Coit, R. Medina-Selby, und P. J. Barr. „Genetic Organization and Diversity of the Hepatitis C Virus.“ *Proceedings of the National Academy of Sciences* 88, Nr. 6 (15. März 1991): 2451–55. <https://doi.org/10.1073/pnas.88.6.2451>.
- Cohen, Stanley N., Annie C. Y. Chang, Herbert W. Boyer, und Robert B. Helling. „Construction of Biologically Functional Bacterial Plasmids In Vitro.“ *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 70, Nr. 11 (November 1973): 3240–44.
- Cornberg, Markus, Heiner Wedemeyer, und Michael P. Manns. „Treatment of Chronic Hepatitis C with PEGylated Interferon and Ribavirin.“ *Current Gastroenterology Reports* 4, Nr. 1 (Februar 2002): 23–30. <https://doi.org/10.1007/s11894-002-0034-y>.
- Crotty, Shane, Craig Cameron, und Raul Andino. „Ribavirin’s Antiviral Mechanism of Action: Lethal Mutagenesis?“ *Journal of Molecular Medicine* 80, Nr. 2 (Februar 2002): 86–95. <https://doi.org/10.1007/s00109-001-0308-0>.
- Ezzell, Carol. „Candidate cause identified of non-A, non-B hepatitis.“ *Nature* 333, Nr. 6170 (19. Mai 1988): 195. <https://doi.org/10.1038/333195a0>.
- Goossens, Nicolas, und Francesco Negro. „Cardiovascular Manifestations of Hepatitis C Virus.“ *Clinics in Liver Disease* 21, Nr. 3 (August 2017): 465–73. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2017.03.003>.

- Heathcote, J., und J. Main. „Treatment of Hepatitis C“. *Journal of Viral Hepatitis* 12, Nr. 3 (Mai 2005): 223–35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2005.00600.x>.
- Hill, A., S. Khoo, J. Fortunak, B. Simmons, und N. Ford. „Minimum Costs for Producing Hepatitis C Direct-Acting Antivirals for Use in Large-Scale Treatment Access Programs in Developing Countries“. *Clinical Infectious Diseases* 58, Nr. 7 (1. April 2014): 928–36. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu012>.
- Keiser, O., F. Giudici, B. Müllhaupt, C. Junker, J.-F. Dufour, D. Moradpour, P. Bruggmann, u. a. „Trends in Hepatitis C-Related Mortality in Switzerland“. *Journal of Viral Hepatitis* 25, Nr. 2 (Februar 2018): 152–60. <https://doi.org/10.1111/jvh.12803>.
- Martin, D., und J. S. Gutkind. „Human Tumor-Associated Viruses and New Insights into the Molecular Mechanisms of Cancer“. *Oncogene* 27, Nr. S2 (Dezember 2008): 31–42. <https://doi.org/10.1038/onc.2009.351>.
- Martinez, Miguel Angel, und Sandra Franco. „Discovery and Development of Antiviral Therapies for Chronic Hepatitis C Virus Infection“. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 1322 (2021): 139–57. https://doi.org/10.1007/978-981-16-0267-2_6.
- Moradpour, Darius, und Beat Müllhaupt. „Hepatitis C: Epidemiologie, natürlicher Verlauf und Diagnostik“. *Swiss Medical Forum - Schweizerisches Medizin-Forum* 15, Nr. 17 (21. April 2015). <https://doi.org/10.4414/smf.2015.02264>.
- Puchades Renau, Lorena, und Marina Berenguer. „Introduction to Hepatitis C Virus Infection: Overview and History of Hepatitis C Therapies“. *Hemodialysis International* 22 (April 2018): 8–21. <https://doi.org/10.1111/hdi.12647>.
- Rajhi, Mouna, Sondes Haddad-Boubaker, Anissa Chouikha, Daniel Bourquain, Janine Michel, Walid Hammami, Amel Sadraoui, Hinda Touzi, Kais Ghedira, und Henda Triki. „Identification of Two Novel Hepatitis C Virus Subtype 2 from Tunisia (2v and 2w)“. *PLOS ONE* 16, Nr. 3 (11. März 2021): e0248249. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248249>.
- Reau, Nancy, Francis Vekeman, Eric Wu, Yanjun Bao, und Yuri Sanchez Gonzalez. „Prevalence and Economic Burden of Extrahepatic Manifestations of Hepatitis C Virus Are Underestimated but Can Be Improved with Therapy“. *Hepatology Communications* 1, Nr. 5 (Juli 2017): 439–52. <https://doi.org/10.1002/hep4.1049>.

- Rose, Nikolas. „Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital“. *Social Theory & Health* 5, Nr. 1 (1. Februar 2007): 3–29. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700084>.
- Rosenthal, Eric, und Patrice Cacoub. „Extrahepatic Manifestations in Chronic Hepatitis C Virus Carriers“. *Lupus* 24, Nr. 4–5 (1. April 2015): 469–82. <https://doi.org/10.1177/0961203314556140>.
- Slind-Flor, Victoria. „Chiron challenged on hepatitis-C patent“. *Science* 267, Nr. 5194 (6. Januar 1995): 23. <https://doi.org/10.1126/science.7809602>.
- Sofia, Michael J. „Enter Sofosbuvir: The Path to Curing HCV“. *Cell* 167, Nr. 1 (September 2016): 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2016.08.044>.
- Yeoh, Sern Wei, Alex C. N. Holmes, Michael M. Saling, Ian P. Everall, und Amanda J. Nicoll. „Depression, fatigue and neurocognitive deficits in chronic hepatitis C“. *Hepatology International* 12, Nr. 4 (Juli 2018): 294–304. <https://doi.org/10.1007/s12072-018-9879-5>.
- Zürcher Fausch, Nicole. „Die Problematik der Nutzung von Zwangslizenzen durch Staaten ohne eigene Pharmaindustrie: Zur instrumentellen Umsetzung von Art. 6 der Erklärung zum TRIPs und zum öffentlichen Gesundheitswesen“. *Aussenwirtschaft* Heft IV (2002): 495–522.

Patente

- Houghton, Michael, Qui-Lim Choo, und George Kuo. United States Patent: 5350671 – HCV immunoassays employing C domain antigens. 5350671, issued 27. September 1994.

Videos

- Tour n’ Cure. *Hepatitis C wait is over – Leo Messi vs. Melanie. #StopTheWait*. <https://www.youtube.com/watch?v=PPHYt5nET7k>.

Weblinks

- Abaza, Deya. „One year after Sovaldi: Why Egypt needs billions to beat Hepatitis C – Features“. Ahram Online. <http://english.ahram.org/NewsContent/1/151/161149/Egypt/Features/One-year-after-Sovaldi-Why-Egypt-needs-billions-to.aspx>.

- Bundesamt für Gesundheit. „Hepatitis C“, 10. April 2017.
<https://web.archive.org/web/20170410041415/https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/hepatitis-c.html>
- Chandrasekhar, Anand. „Regeln gebogen, der Patient lebt“. SWI swissinfo.ch. https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/hepatitis-c_regeln-biegen-um-billigere-behandlung-zuermoeglichen/43228754.
- The Free Library. “Chiron Files Infringement Suit in Japan Against Roche On HCV” <http://www.thefreelibrary.com/Chiron+Files+Infringement+Suit+in+Japan+Against+Roche+On+HCV+Patent.-a020497328> Zugriffen 14. Mai 2019.
- „Corporate Overview – Pharmasset, Inc.“, 1. November 2011.
<https://web.archive.org/web/20111101132704/http://www.pharmasset.com:80/about/default.aspx>.
- „eEML – Electronic Essential Medicines List”.
<https://list.essentialmeds.org/medicines/290>.
- „Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines”.
<https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/controlled-substances/work-on-controlled-medicines/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines>.
- „GenBank. Nucleic Acids Res. 45(D1):D37-D42 (2017)“.
<ftp://ftp.ncbi.nih.gov/genbank/gbrel.txt>.
- „Gilead Announces Generic Licensing Agreements to Increase Access to Hepatitis C Treatments in Developing Countries“. <https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2014/9/gilead-announces-generic-licensing-agreements-to-increase-access-to-hepatitis-c-treatments-in-developing-countries>.
- „Global Access | Gilead“. <https://www.gilead.com/purpose/medication-access/global-access>.
- Merced, Michael J. de la, und Andrew Pollack. „Gilead to Buy Pharmasset for \$11 Billion“. DealBook, 1321880718.
<https://dealbook.nytimes.com/2011/11/21/gilead-to-buy-pharmasset-for-11-billion/>.
- „Natco tries to block hepatitis C patent in India / General / Generics / Home – GaBI Online – Generics and Biosimilars Initiative“. <http://www.gabionline.net/Generics/General/Natco-tries-to-block-hepatitis-C-patent-in-India>.

- „Pharco Pharmaceuticals“. <https://www.pharco.org/hepatitis-C.html>.
- „Positivrat Schweiz – Misère rund um die Hepatitis-C-Therapien: Atupri bezahlt à tout prix nicht!“ <https://positivrat.ch/cms/recht-gesellschaft/krankenkasse/226-misere-rund-umdie-hepatitis-c-therapien-atupri-bezahlt-a-tout-prix-nicht.html>.
- Salz, Jürgen. „Hepatitis-Medikament Sovaldi: Was aus der 1000-Dollar-Pille wurde“. <https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/hepatitis-medikament-sovaldi-was-aus-der-1000-dollarpille-wurde/19521980.html>.
- „Study to Determine the Safety and Effectiveness of Antiviral Combination Therapy to Treat Hepatitis C Virus (HCV) in Patients Who Have Previously Not Received the Standard of Care“. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01359644>.
- „The Human Genome Project FAQ | NHGRI“. <https://www.genome.gov/humangenome-project/Completion-FAQ>. Zugegriffen 14. Mai 2019.
- „The Latest Patent Application of Hepatitis C Drug Sovaldi of Gilead Is Rejected in China“. <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=6eff80a2-fe80-4698b4cf-463fcd6e0dcf>.
- The United States Senate Committee on Finance. „Wyden-Grassley Sovaldi Investigation Finds Revenue-Driven Pricing Strategy Behind \$84,000 Hepatitis Drug“. <https://www.finance.senate.gov/ranking-members-news/wyden-grassley-sovaldi-investigation-finds-revenue-driven-pricing-strategy-behind-84-000-hepatitis-drug>.
- „Tour n’ Cure“. Tour n’ Cure. <https://web.archive.org/web/20200224132241/http://www.tournocure.com/en/>.
- World Health Organisation. „Hepatitis C“. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.
- World Trade Organisation. „Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: Annex 1c“. https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_04c_e.htm#5.
- „WTO | intellectual property (TRIPS) agreement text – standards“. https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_05_e.htm.
- „WTO | Ministerial conferences – Doha 4th Ministerial – TRIPS declaration“. https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.

„Wyden-Grassley Sovaldi Investigation Finds Revenue-Driven Pricing Strategy Behind \$84,000 Hepatitis Drug | The United States Senate Committee on Finance”.
<https://www.finance.senate.gov/ranking-members-news/wyden-grassley-sovaldi-investigation-finds-revenue-driven-pricing-strategy-behind-84-000-hepatitis-drug>.

Zeitungsartikel

Berkrot, Bill. „Gilead Could Have Had Pharmasset Cheap: Founder“. *Reuters*, 22. November 2011.
<https://www.reuters.com/article/us-pharmasset-founder-idUSTRE7AL2ES20111122>.

Fisher, Lawrence M. „Interferon Set to Treat Hepatitis”. *The New York Times*, 26. Februar 1991, Abschn. Business.
<https://www.nytimes.com/1991/02/26/business/interferon-set-to-treat-hepatitis.html>.

Flubacher, Rita. „Eine Packung Pillen für 19.000 Franken“. *Tages-Anzeiger*, 9. Juli 2014, Abschn. Wirtschaft.

—. „Heilmittel mit finanziellen Nebenwirkungen“. *Tages-Anzeiger*, 9. Februar 2015, Abschn. Wirtschaft.

—. „Neue Hepatitis-C-Therapie ist der Schweiz zu teuer“. *Tages-Anzeiger*, 9. Januar 2017, Abschn. Wirtschaft.

Krauskopf, Lewis, und Anand Basu. „Gilead Bets \$11 Billion on Hepatitis in Pharmasset Deal“. *Reuters*, 21. November 2011.
<https://www.reuters.com/article/us-gilead-pharmasset/gilead-to-buy-pharmasset-for-11-billion-idUSTRE7AK0XU20111121>.

Kumar, Manoj. „India Announces New Trademark, Patent Policy amid Global Pressure“. *Reuters*, 14. Mai 2016. <https://in.reuters.com/article/india-patents-policy-idINKCN0Y50PY>.

Tirell, Meg. „Gilead to Buy Pharmasset for \$11 Billion to Win in Hepatitis“. *Bloomberg*, 21. November 2011. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2011-11-21/gilead-to-acquire-pharmasset-for-11-billion-to-add-hepatitis-c-medicines>

Alle Online-Quellen, sofern nicht anders angegeben, zuletzt abgerufen am 15. April 2022

transversal texts

transversal.at

Aus dem Programm 2019

Differenzen. Ein anti-universalistisches
z*innenschaft. Ein *being concerned*.

Polyphone Ästhetik
Eine kritische Situierung
Sofia Bempéza, Christoph Brunner,
Katharina Hausladen, Ines Kleesattel,
Ruth Sonderegger

Sofia Bempéza, Christoph
Brunner, Katharina Hausladen,
Ines Kleesattel, Ruth Sonderegger

Polyphone Ästhetik
Eine kritische Situierung

Eine polyphone Ästhetik erwächst aus der Dringlichkeit und der Freude, mit verschiedenen Stimmen zu arbeiten und durch heterogene Positionen zu denken, ohne Differenzen zu neutralisieren. Das vorliegende Buch möchte den selbstgerechten Autoritätsanspruch der westlichen Ästhetik unterwandern und produktiv verunsichern.

Die Beiträge befassen sich mit unterschiedlichen ästhetischen Dimensionen wie den (post-)kolonialen Implikationen der documenta 14 in Athen, dem Rassismus von Kants Ästhetik, kultureller Aneignung in der Popmusik, Dirty Aesthetics oder dekolonialer Affektivität.

Das Buch erweist seine Relevanz nicht zuletzt vor dem beunruhigenden Hintergrund einer zunehmend gewaltvollen Aneignung ästhetischer Praktiken und Theorien durch die (Neue) Rechte. Polyphonie wird hier zu einem politischen Sprechen, das seine Stärke darin findet, sich in seiner Positionierung angreifbar zu machen und im Unabgeschlossenen zu widerstehen.

ISBN: 978-3-903046-24-5

Dezember 2019

178 Seiten, broschiert, 12,- €

transversal texts

transversal.at

Aus dem Programm 2021



Gerald Raunig

Ungefüge

Maschinerischer Kapitalismus
und molekulare Revolution,
Band 2

Nach *DIVIDUUM* (2015) legt Gerald Raunig den zweiten Band von „Maschinerischer Kapitalismus und molekulare Revolution“ vor: *Ungefüge* entfaltet eine wilde Materialfülle der Ungefügigkeit, von den vielsprachigen Übersetzungsmaschinen in al-Andalus über die queere Mystik des Hochmittelalters und die kleinen Stimmen des Falsetts in Jazz und Soul des 20. Jahrhunderts bis zu heutigen Unfugen und Umfugen gegen die glatte Stadt der Ziffer im maschinischen Kapitalismus.

Ungefüge entwickelt nicht nur eine konzeptuelle Ökologie von Begriffen des Fugens und Fügens, der Verfügbarkeit und der Unfügsamkeit, sondern unternimmt auch ein Experiment der theoretischen Form. Halbfiktives verwebt sich mit akribisch untersuchten historischen Quellen, mystische Schriften mit Freundesbriefen, philosophische Fragmente mit poetischen Ritornellen. Mehr als eine Erzählung über Ungefüge aus sozialen Umgebungen, Ding- und Geisterwelten, ist das Buch selbst formal und inhaltlich eine dividuelle Mannigfaltigkeit, aus den Fugen, in den Fugen, Ungefüge.

ISBN: 978-3-903046-27-6

Februar 2021

340 Seiten, broschiert, 15,- €

transversal texts

transversal.at

Aus dem Programm 2018

n Indienstnahme sozialer Medien
anstatt des Amalgams von
unter den vernetzten Individuen
„Wir können diese mögliche Wendung
ber noch sollten wir uns dem „post-“
erneuern, in der sich Dinge, Umgebungen,
ten.

Technökologien

Christoph Brunner, Raimund
Minichbauer, Kelly Mulvaney
und Gerald Raunig (Hg.)

Technökologien

Im individuell-maschinischen Kapitalismus geht Technologie weit über die dichotomen Figuren von Techno-Euphorie (maschinischer Fortschritt in der Hand von Menschen) und Techno-Phobie (Menschen als Instrumente der Maschinen) hinaus. In so unterschiedlichen Feldern wie finanziellen Derivaten und Kryptowährungen, digitalen Schnitten und Data Doubles, biometrischen Filmbildern und sozialen Medien werden Technologien zu Umwelt, Umhüllung, Umgebung.

Mit dem Begriffsvorschlag „Technökologien“ und Beispielen aus der Medienarchäologie der 1990er und 2000er Jahre, vor allem aber anhand der Untersuchung konkreter aktueller Praxen versucht das vorliegende Buch, diesen Verschiebungen gerecht zu werden: In der Mitte der technökologischen Subjektivierung, die nicht selten die Form von Wut, Angst, Hass und Häme annimmt, ergeben sich auch neue Weisen der Affizierung, neue Äußerungsweisen, neue Verhältnissetzungen von Technopolitik und sozialer Bewegung.

ISBN: 978-3-903046-21-4

August 2018

157 Seiten, broschiert, 12,- €

- Precarias a la deriva
Was ist dein Streik?
10,- € / ISBN: 978-3-9501762-6-1
- Birgit Mennel, Stefan Nowotny (Hg.)
Die Sprachen der Banlieues
10,- € / ISBN: 978-3-9501762-7-8
- Gerald Raunig
DIVIDUUM
15,- € / ISBN: 978-3-9501762-8-5
- Gin Müller
Possen des Performativen
15,- € / ISBN: 978-3-9501762-5-4
- Félix Guattari, Antonio Negri
Neue Räume der Freiheit
10,- € / ISBN: 978-3-9501762-9-2
- Antonio Negri, Raúl Sánchez Cedillo
Für einen konstituierenden Prozess in Europa
10,- € / ISBN: 978-3-903046-06-1
- Birgit Mennel, Monika Mokre (Hg.)
Das große Gefängnis
15,- € / ISBN: 978-3-903046-00-9
- Rubia Salgado / maiz
Aus der Praxis im Dissens
15,- € / ISBN: 978-3-903046-02-3
- Monika Mokre
Solidarität als Übersetzung
vergriffen
- Gerald Raunig, Ulf Wuggenig (Hg.)
Kritik der Kreativität
20,- € / ISBN: 978-3-903046-01-6
- Stefano Harney, Fred Moten
Die Undercommons
10,- € / ISBN: 978-3-903046-07-8
- Stefan Nowotny, Gerald Raunig
Instituierende Praxen
15,- € / ISBN: 978-3-903046-04-7
- Lina Dokuzović
Struggles for Living Learning
15,- € / ISBN: 978-3-903046-09-2
- Brigitta Kuster
Choix d'un passé
12,- € / ISBN: 978-3-903046-05-4
- Isabell Lorey, Gundula Ludwig, Ruth Sonderegger
Foucaults Gegenwart
10,- € / ISBN: 978-3-903046-08-5
- Maurizio Lazzarato
Marcel Duchamp und die Verweigerung der Arbeit
10,- € / ISBN: 978-3-903046-11-5
- Isabell Lorey
Immer Ärger mit dem Subjekt
15,- € / ISBN: 978-3-903046-10-8
- Gerald Raunig
Kunst und Revolution
20,- € / ISBN: 978-3-903046-15-3
- Christoph Brunner, Niki Kubaczek, Kelly Mulvaney, Gerald Raunig (Hg.)
Die neuen Munizipalisten
10,- € / ISBN: 978-3-903046-12-2
- Tobias Bärttsch, Daniel Drognitz, Sarah Eschenmoser, Michael Grieder, Adrian Hanselmann, Alexander Kamber, Anna-Pia Rauch, Gerald Raunig, Pascale Schreibmüller, Nadine Schrick, Marilyn Umurungi, Jana Vanecek (Hg.)
Ökologien der Sorge
15,- € / ISBN: 978-3-903046-13-9

- Lucie Kolb
Studium, nicht Kritik
15,- € / ISBN: 978-3-903046-14-6
- Lucie Kolb
Study, not critique
15,- € / ISBN: 978-3-903046-19-1
- Raimund Minichbauer
Facebook entkommen
12,- € / 978-3-903046-17-7
- Cornelia Sollfrank (Hg.)
Die schönen Kriegerinnen
15,- € / 978-3-903046-16-0
- Christoph Brunner, Raimund Minichbauer, Kelly Mulvaney und Gerald Raunig (Hg.)
Technökologien
12,- € / ISBN: 978-3-903046-21-4
- Boris Buden, Lina Dokuzović (eds.)
They'll never walk alone
15,- € / ISBN: 978-3-903046-20-7
- Verónica Gago, Raquel Gutiérrez Aguilar, Susana Draper, Mariana Menéndez Díaz, Marina Montanelli, Marie Bardet / Suely Rolnik
8M - Der große feministische Streik
10,- € / ISBN 978-3-903046-18-4
- Gerald Raunig
Maschinen Fabriken Industrien
20,- € / ISBN: 978-3-903046-23-8
- Sofia Bemepeza
Geschichte(n) des Kunststreiks
12,- € / ISBN: 978-3-903046-22-1
- edu-factory
Alle Macht der selbstorganisierten Wissensproduktion
10,- € / ISBN: 978-3-903046-25-2
- Sofia Bemepeza, Christoph Brunner, Katharina Hausladen, Ines Kleesattel, Ruth Sonderegger
Polyphone Ästhetik
12,- € / ISBN: 978-3-903046-24-5
- Gerald Raunig
Ungefüge
15,- € / ISBN: 978-3-903046-27-6
- Gerald Raunig
Maschinischer Kapitalismus und molekulare Revolution (Doppelband)
Band 1: DIVIDIUM
Band 2: Ungefüge
25,- € / ISBN: 978-3-903046-28-3
- Niki Kubaczek, Monika Mokre (Hg.)
Die Stadt als Stätte der Solidarität
15,- € / ISBN: 978-3-903046-26-9
- Raúl Sánchez Cedillo
Das Absolute der Demokratie
15,- € / ISBN: 978-3-903046-29-0
- Manuela Zechner
Commoning Care & Collective Power
15,- € / ISBN: 978-3-903046-31-3
- Kike España
Die sanfte Stadt
15,- € / ISBN: 978-3-903046-30-6
- Jana Vanecek
ID9606/2a-c
12,- € / ISBN: 978-3-903046-33-7

