



## Teure Sandkastenspiele

### EU: Biotechförderung auf Kassenkosten?

Im Dezember 2025 legte die EU-Kommission einen Gesetzentwurf zur Förderung der medizinischen Biotechnologie in der Union vor.<sup>1</sup> Diese EU-Verordnung soll in Europa bessere Rahmenbedingungen für Gesundheitsbiotechnologie entlang der gesamten Wertschöpfungskette von Forschung und Entwicklung über Marktzugang bis hin zur Produktion schaffen. Dabei bleiben angeblich hohe Standards für den Gesundheits- und Umweltschutz gewahrt. Vielmehr handelt es sich um ein Wirtschaftsförderungsinstrument, das mit industriefreundlichen Anreizen Risikokapital in die EU locken soll. Denn, so die Kommission, in den USA wird viel mehr investiert.

Die Deutsche Sozialversicherung (DSV) sieht die Gefahr, dass „Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung [...] zur Finanzierung industriepolitischer Ziele herangezogen werden.“<sup>2</sup> Vor allem die Verlängerung der Marktexklusivität wird kritisch gesehen: Wenn für eine neue Substanz mit neuem Wirkprinzip klinische Prüfungen in mehr als zwei Mitgliedstaaten und mindestens ein Herstellungsschritt in der EU stattfinden, soll der Schutz um weitere 12 Monate verlängert werden. Bereits jetzt gebe es in der EU ein Vermarktungsmonopol von bis zu 15,5 Jahren.<sup>3</sup> Eine Ausdehnung der Schutzfrist würde hohe Preise für die Krankenkassen für ein zusätzliches Jahr bedeuten. Dem Pharmalobbyverband Vfa geht diese – an wenig anspruchsvolle Kriterien gebundene – Subvention dagegen nicht weit genug, er möchte den zusätzlichen Schutz schon bei Erfüllung nur eines Teils der

## LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

Ein Arzneimittel ist ein Wirkstoff plus Information. Das klingt vielleicht banal, ist aber wichtig. Denn wie sollen Frauen sich gut für oder gegen eine Hormonbehandlung entscheiden können, wenn Warnungen ohne guten Grund gestrichen werden? (S. 2)

Bei einer Studie zur Hepatitis-B-Impfung in Guinea Bissau geht es um die Frage: Darf man eine bewährte Behandlung für einen dubiosen Erkenntnisgewinn einfach vorenthalten? (S. 8)

Gelingt globale Gerechtigkeit beim Pandemieabkommen der WHO? Die Aussichten sind eher düster, meint Pedro Villareal von der Stiftung Wissenschaft und Politik. (S. 5)

Viele Fragen. Wir bieten Ihnen Fakten und Stoff zum Nachdenken. Erhellende Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

Jörg Schaaber

genannten Kriterien bekommen. Wo und wie produziert wird, da möchte sich die Industrie nicht gerne reinreden lassen.<sup>4</sup>

Auch heute schon müssen die Krankenkassen teure biotechnologische Arzneimittel und Gen- und Zelltherapien erstatten, deren (Zusatz-)Nutzen oft zweifelhaft ist. Was ein neues Produkt taugt, klärt sich oftmals wegen schlecht konzipierter Zulassungsstudien erst im Einsatz und zu Lasten der Kassen. So lädt die Industrie einen Teil der Entwicklungskosten und Risiken auf dem Rücken der Versicherten ab.

Das hofft der Vfa mit dem geplanten Gesetz noch weiter zu treiben: Es sei „erforderlich, die Time-to-Market zu verkürzen [...]. Dafür sollte frühzeitig ein Austausch mit nationalen HTA-Stellen über geeignete Rahmenbedingungen für die Einführung von Innovationen in den ersten Gesundheitsmarkt etabliert werden.“<sup>4</sup> Mit anderen Worten, die Nutzenbewertung (HTA) soll industriefreundlicher und noch schneller werden.

## Sandkastenspiele zu Lasten der Kranken

Es droht eine Absenkung der Schutzstandards für biotechnologische Arzneimittel. Erklärtes Ziel der Verordnung ist es, Innovation durch Künstliche Intelligenz zu fördern. Mit “Regulatory

Sandboxes” sollen solche neuen Methoden unter Abweichung von den geltenden Regeln geprüft werden können. Das sieht die DSV kritisch: „Ziel klinischer Forschung müssen auch weiterhin randomisierte, kontrollierte Studien als Goldstandard unter strikter Wahrung von Patientensicherheit, ethischen Standards und regulatorischer Aufsicht sein.“<sup>2</sup>

Dies ist nur ein Ausschnitt der auf 250 Seiten ausgebreiteten geplanten Regeln. Bessere Forschungscoordination, gezielte Förderung sinnvoller Projekte und Diversifizierung von Produktionsketten sind erstrebenswerte Ziele. Doch ob das – wie geplant – durch Anlocken von Risikokapital am besten erreicht wird, ist fraglich. Was des Einen Gewinn, ist des Anderen Last. Es steht zu befürchten, dass Versicherte und Patient\*innen am Ende die Zeche zahlen, ohne dass sich die Versorgung verbessert. (JS)

1 EC (2025) Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a framework of measures for strengthening Union's biotechnology and biomanufacturing sectors. 6.12. 2025/0406 (COD) [https://law-tracker.europa.eu/procedure/2025\\_406](https://law-tracker.europa.eu/procedure/2025_406) [Zugriff 10.3.2026]

2 Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung vom 10. März 2026 <https://dsv-europa.de/de/positionspapier/2026/biotech-act.html> [Zugriff 10.3.2026]

3 Durch Patentschutz plus ergänzende Schutzzertifikate (SPC).

4 Vfa (2026) Stellungnahme des vfa zum Vorschlag der Europäischen Kommission für den European Biotech Act I an das Bundesministerium für Gesundheit. 10.3. [www.vfa.de/download/stellungnahme-vorschlag-eu-kommission-european-biotech-act-i.pdf](http://www.vfa.de/download/stellungnahme-vorschlag-eu-kommission-european-biotech-act-i.pdf) [Zugriff 11.3.2026]

# US-FDA STREICHT WARNHINWEISE BEI HORMONTHERAPIE

## Entscheidung ohne brauchbare Evidenz

**Ende letzten Jahres strich die US-Zulassungsbehörde in einem undurchsichtigen Prozess fast alle ‘Black-Box’-Risikowarnungen für die Anwendung von Hormonen in den Wechseljahren.**

In einer Pressekonferenz wurde ziemlich dick aufgetragen: „Das Gesundheitsministerium gab heute historische Maßnahmen bekannt, um wieder wissenschaftliche Standards auf höchstem Niveau im Bereich der Frauengesundheit zu etablieren. Nach mehr als zwei Jahrzehnten der Angst und Fehlinformationen rund um die Hormonersatztherapie (HRT) leitet die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) die Aufhebung der weitreichenden ‘Black-Box’-Warnhinweise ein.“ Es wurde auch nicht vergessen zu erwähnen, dass Usha Vance, die Ehefrau des Vizepräsidenten persönlich anwesend war.<sup>1</sup>

Außer dass Frau Vance dabei war, entspricht fast nichts an dieser Mitteilung den Tatsachen. Weder basierte die Streichung der hervorgehobenen ‘Black-Box’ Risikowarnungen auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen noch wurde die Entschei-

dung „auf höchstem Niveau“ getroffen. Zum Hintergrund: Die Warnungen waren vor rund 20 Jahren auf die Packungen gekommen, weil zwei große randomisierte Untersuchungen – die Women’s Health Initiative (WHI) Studien – wegen einem ungünstigen Nutzen-Schadenverhältnis vorzeitig abgebrochen worden waren: Das Risiko für invasiven Brustkrebs, Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Lungenembolien war deutlich erhöht. Vorteile bei Darmkrebs und Hüftfrakturen wogen die Nachteile nicht auf.

## Ideologisch aufgeladene Debatte

Schon der Ausdruck Hormonersatztherapie (HRT) ist umstritten, weil er suggeriert, dass die Veränderung der Hormonspiegel in der Menopause ein behandlungsbedürftiger Mangel sei. Befürworter:innen dieser These dichten der HRT über die Linderung von Wechseljahrsbeschwerden hinaus alle möglichen positiven Wirkungen an. So behauptete FDA-Chef Marty Makary eine Halbierung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Ab-

nahme der Demenz um ein Drittel sowie eine Senkung der Allgemeinsterblichkeit.<sup>1</sup>

Statt sich auf neuere solide Evidenz zu berufen, zitierte Makary allerdings 29 bis 45 Jahre alte Beobachtungsstudien, die anfällig für Verzerrungen sind. Dabei war die schwache Evidenz seinerzeit ein Auslöser für die öffentlich geförderte WHI-Studie.

## Gute Evidenz ignoriert

Nach der WHI gab es noch zwei weitere randomisierte kontrollierte Studien zur Hormonbehandlung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die beide keine bedeutsamen Vorteile fanden. Lediglich ein Cochrane-Review von 2015 sah einen Nutzen, der verschwindet aber, wenn man eine unverblindete dänische Studie, die ganz andere Untersuchungsziele hatte, ausschließt.<sup>2</sup>

Bei Demenz sieht es noch schlechter aus: Vier neuere klinische Studien fanden keine Vorteile und die WHI fand Nachteile. Drei besser gemachte große Fall-Kontroll-Studien und eine Beobachtungsstudie mit rund 370.000 Frauen fanden alle ein

erhöhtes Demenzrisiko für die Hormontherapie. Wohl kein Zufall, dass Makary stattdessen eine alte Studie mit 1.000 Frauen zitierte.<sup>2</sup>

Bei der angeblich verringerten Todesrate durch HRT bezieht sich Makary ausgerechnet auf die WHI-Studie, deren Ergebnisse er ansonsten ablehnt. Nur zeigte diese im Vergleich mit Placebo überhaupt keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Sterblichkeit, sondern lediglich in einer nachträglichen Auswertung in Subgruppen, die nicht als Beweis geeignet ist.<sup>2</sup>

Auch wenn die Befürworter\*innen der HRT selektiv nachträgliche Auswertungen der WHI-Studie zitieren, gibt es bei Brustkrebs keine Entwarnung. Garnet Anderson, die Chefstatistikerin der WHI-Studie sagt, dass die Aussage, das Risiko für Frauen in den Fünfzigern sei geringer als für ältere Frauen, irreführend ist. Denn die Frauen wurden über das Studienende hinaus weiterbeobachtet. Anderson warnt: „Ich möchte noch einmal betonen: Je länger Sie eine Hormontherapie – Östrogen plus Gestagen – erhalten und je früher Sie damit beginnen, desto größer ist Ihr Risiko.“<sup>3</sup>

## Ich mach die Regeln, wie sie mir gefallen

Es wurde krass von den gesetzlichen Regeln für FDA Advisory Committees abgewichen. Das Treffen war nur teilweise öffentlich und Hintergrunddokumente standen nicht zur Verfügung. Die Mitglieder des Panels waren handverlesen, die vorgeschriebenen Erklärungen zu Interessenkonflikten fehlten. Die neun noch lebenden Mitglieder des Datensicherheitskomitees der WHI-Studie bemerkten dazu trocken: „Eine Gruppe von Experten scheint ausgewählt worden zu sein, weil sie die Warnhinweise auf den Verpackungen streichen wollten.“<sup>4</sup>

Für diese Behauptung spricht einiges: Es gab im Vorfeld der FDA-Entscheidung eine Kampagne „Unboxing Menopause“ der industriegesponserten NGO „Let’s Talk Menopause“, die sich für die Streichung der Warnungen einsetzte. Mehrere Mitglieder\*innen dieser Organisation saßen im FDA-Panel. Alicia Jackson, die von Präsident Trump ernannte Direktorin der Advanced Research Projects Agency, die auf der Pressekonferenz die Streichung rechtfertigte, war zuvor Geschäftsführerin von Evernow, eine Telemedizinfirma, die menopausale Hormontherapien verkauft.<sup>3</sup>

Die Streichung der hervorgehobenen Warnungen macht die Bahn frei für schlecht informierte Influencer\*innen und alle, die am Geschäft mit der Hormonbehandlung in der Menopause verdienen.<sup>5</sup>

Frauen mit starken Wechseljahresbeschwerden können von der Hormontherapie profitieren. Meistens genügt eine kurzfristige Behandlung in möglichst niedriger Dosierung. Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind oder waren, sollten keine Hormonpräparate einnehmen.<sup>6</sup> Für andere behauptete Wirkungen fehlen überzeugende Belege oder wiegt der bescheidene Nutzen den Schaden nicht auf. (JS)

- 1 HHS (2025) HHS Advances Women’s Health, Removes Misleading FDA Warnings on Hormone Replacement Therapy. Pressemitteilung 10 Nov [www.hhs.gov/press-room/hhs-advances-womens-health-removes-misleading-fda-warnings-hormone-replacement-therapy.html](http://www.hhs.gov/press-room/hhs-advances-womens-health-removes-misleading-fda-warnings-hormone-replacement-therapy.html) [Zugriff 29.1.2026]
- 2 Gunter J (2025) Vintage Data, Modern Misinformation. Vajenda, 14 Nov <https://vajenda.substack.com/p/vintage-data-modern-misinformation> [Zugriff 22.1.2026]
- 3 Block J (2025) How a menopause campaign with industry ties became official US policy. BMJ; 391, p r2491 <http://doi.org/10.1136/bmj.r2491>
- 4 Witte J et al. (2026) Menopausal Hormone Labels Should Rely on Evidence, Not Opinion. JAMA, 6 Feb <https://doi.org/10.1001/jama.2026.1308>
- 5 Bencivenga P and Fugh-Berman A (2026) The 30-year itch: Hormone promotion is back with a vengeance, Stat News, 8 Jan [www.statnews.com/2026/01/08/hormone-therapy-menopause-history-hype](http://www.statnews.com/2026/01/08/hormone-therapy-menopause-history-hype) [Zugriff 15.3.2026]
- 6 IQWiG (2023) Hormontherapie gegen Wechseljahrsbeschwerden <https://gesundheitsinformation.de/hormontherapie-gegen-wechseljahrsbeschwerden.html> [Zugriff 15.3.2026]



## MASSENBEHANDLUNG MIT AZITHROMYCIN IN AFRIKA

### Neue Studie widerlegt Nutzen für Kinder

**Um die Kindersterblichkeit zu senken, empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2020 in mehreren afrikanischen Ländern die massenhafte Verabreichung des Antibiotikums Azithromycin an Kinder. Neue Forschungsergebnisse zeigen aber keinen positiven Effekt und weisen auf Risiken durch antimikrobielle Resistenzen (AMR) hin.**

Kinder in Subsahara-Afrika haben weltweit die schlechtesten Überlebenschancen. Dort sterben im Durchschnitt etwa 69 von 1.000 Kindern vor ihrem fünften Geburtstag.<sup>1</sup> Frühere Studien zeigten, dass eine massenhafte Antibiotikagabe bei Kindern positive Effekte auf die Sterblichkeit haben könnte.<sup>2</sup> Die sogenannte Mass Drug Administration (MDA) stellt einen Versuch dar, besonders stark betroffenen Communities zu helfen. Über die ambivalente Rolle von MDA berichteten wir auch in unserer Fachbroschüre zu vernachlässigten Tropenkrankheiten.<sup>3</sup>

Azithromycin ist ein Makrolid-Antibiotikum und wird als Breitbandantibiotikum eingesetzt. So zeigte die sogenannte TANA-Studie um 2006/2007 teilweise Erfolge mit dem massenhaften Einsatz von Azithromycin bei der Bekämpfung des Trachoms<sup>4</sup> bei Kindern im Alter von 1 bis 9 Jahren. Eine weitere, die MORDOR-Studie, untersuchte von 2014 bis 2017 in Niger, Malawi und Tansania die Auswirkungen der massenhaften Gabe auf die Sterblichkeit bei Säuglingen im Alter von 1 bis 11 Monaten. Den Säuglingen wurde zweimal jährlich eine Dosis gegeben. Das Ergebnis: In der Studie sank

die Zahl der Todesfälle um 6,6 pro 1.000 Patient\*innenjahre.<sup>5</sup> Eine aktuellere Untersuchung bestätigt die Effekte jedoch nicht.

### Neue Studie stellt Ergebnisse infrage

In der LAKANA-Studie untersuchten Forschende den Effekt einer Massenbehandlung mit Azithromycin auf die Säuglingssterblichkeit im Alter von 1 bis 11 Monaten. Die Datenerhebung fand von 2020 bis 2022 statt. Die Spanne orientierte sich an der früheren MORDOR-Studie, da in dieser Altersgruppe die stärksten Effekte beobachtet wurden.

Die Forschenden teilten die Säuglinge in drei Gruppen ein: In der ersten Gruppe erhielten sie Placebo, in der zweiten zweimal



© Gilles\_Paire/Stock

jährlich und in der dritten viermal jährlich Azithromycin, jeweils in einer Dosis von 20 mg/kg. Insgesamt nahmen 149.090 Säuglinge an der Studie teil. Das Ergebnis: Die ungezielte, mehrfache Verteilung des Antibiotikums senkte die Säuglingssterblichkeit nicht. Das Ergebnis wirft Fragen auf, denn das Risiko möglicher Antibiotikaresistenzen steigt.<sup>5</sup>

## Studie untersucht Resistenzbildung

Ein Großteil der Todesfälle bei Kindern in der Region Sub-Sahara-Afrika wird durch Pneumokokken verursacht. Dieser Erreger wird unter anderem mit Antibiotika aus der Gruppe der Makrolide behandelt.

Im Rahmen einer Nachfolgestudie untersuchten Forschende die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen in Gemeinden, die zuvor an der MORDOR-Studie teilgenommen hatten. Zwischen April und Mai 2021 entnahmen sie dazu Nasen-Rachen-Abstriche von 924 Kindern aus ehemaligen Azithromycin- und Placebo-Gemeinden und analysierten die darin enthaltenen Pneumokokkenstämme auf Resistenzen.

Die Pneumokokken-Resistenz<sup>6</sup> gegen Makrolide nahm in Regionen mit Mas-

sengabe von Azithromycin deutlich zu. Zu Beginn der Untersuchung lag sie bei etwa 22 %. Sechs Monate (Zeitpunkt der ersten Probenentnahme) nach der Massenbehandlung stieg sie auf rund 32 % und blieb auch nach 3,5 Jahren (dem Zeitpunkt einer weiteren Nachuntersuchung) mit etwa 32 % auf diesem erhöhten Niveau. In den umgebenden Placebo-Gemeinden zeigte sich ebenfalls ein Anstieg von etwa 21 % auf 25 % nach sechs Monaten und später auf rund 31 %. Dies wird damit erklärt, dass resistente Bakterien und Resistenzgene auch auf unbehandelte Kinder in der Nähe übertragen werden können. In Regionen ohne Azithromycin-Masseneinsatz blieb die Resistenz dagegen stabil bei etwa 16-17 %. Besonders auffällig war, dass Kinder, die erst nach der Massenbehandlung in behandelten Regionen geboren wurden, bereits eine sehr hohe Resistenzrate von etwa 36 % aufwiesen.<sup>5</sup>

## Was langfristig wirklich hilft

Mehrfach berichteten wir über die weltweiten Todesfälle durch AMR.<sup>7</sup> Nach Angaben der WHO war im Jahr 2023 weltweit jede sechste laborbestätigte bakterielle Infektion resistent gegen gebräuchliche Antibiotika. Das Risiko ist allerdings regional unterschiedlich: In der afrikanischen Region ist bereits jede fünfte Infektion resistent.<sup>8</sup> Wichtig ist neben dem rationalen Gebrauch von Antibiotika daher: Um die Kindersterblichkeit nachhaltig zu senken, müssen vor allem die medizinische Versorgung verbessert sowie der Zugang zu sauberem Wasser und ausreichender Ernährung gesichert werden. (EF)

- 1 Unicef (2026) Kindersterblichkeit in Deutschland & weltweit [www.unicef.de/informieren/aktuelles/blog/-/kindersterblichkeit-weltweit-warum-sterben-kinder/274050](http://www.unicef.de/informieren/aktuelles/blog/-/kindersterblichkeit-weltweit-warum-sterben-kinder/274050) [Zugriff 11.3.2026]
- 2 WHO (2020) WHO Guideline on mass drug administration of Azithromycin to children under five years of age to promote child survival. Geneva
- 3 Pharma-Brief (2024) Von wegen exotisch. Vernachlässigte Tropenkrankheiten im Fokus. Spezial Nr. 1, S. 14
- 4 Ansteckende Augeninfektion, die durch das Bakterium Chlamydia trachomatis verursacht wird.
- 5 Arzneimittelbrief (2025) Massenhafte Behandlung mit Azithromycin von Kindern in Afrika zur Senkung der Kindersterblichkeit: Nicht erfolgreich und mit gefährlichen Folgen; 59, S. 89
- 6 Wenn Bakterien gegen ein Makrolid-Antibiotikum (z. B. Azithromycin) resistent werden, sind sie häufig gleichzeitig gegen andere Makrolide resistent, z. B. Erythromycin oder Clarithromycin. Das liegt daran, dass viele Resistenzen den gleichen Wirkmechanismus betreffen.
- 7 Pharma-Brief (2022) Antibiotika: Viele Tote durch viele Resistenzen. Nr. 1, S. 8
- 8 WHO (2025) Global antibiotic resistance surveillance report 2025. Geneva [www.who.int/publications/item/9789240116337](http://www.who.int/publications/item/9789240116337) [Zugriff 16.3.2026]

# PANDEMIEABKOMMEN: KOMMT DER KNOTENLÖSER?

## WHO sucht unter Zeitdruck nachhaltige Formulierungen für PABS-System

*Herr Dr. Villarreal, Sie begleiten seit Jahren den WHO-Prozess zum Pandemieabkommen. Momentan ringt man in Genf noch um dessen Annex zum sogenannten Pathogen Access and Benefit Sharing, kurz PABS (wir berichteten<sup>1</sup>). In Deutschland bewegen sich diese Verhandlungen aber quasi unter dem öffentlichen Radar. Warum sollte uns das Ergebnis dennoch interessieren?*

Die künftige Wirksamkeit des Pandemieabkommens als Ganzes hängt von der erfolgreichen Aushandlung des PABS ab. Entscheidend für Länder wie Deutschland ist, dass das PABS in seiner derzeitigen Form eine allgemeine Verpflichtung für Staaten vorsieht, „unverzüglich“ Krankheitserregerproben und möglicherweise auch Genomsequenzierungsdaten von Erregern mit Pandemiepotenzial zur Verfügung zu stellen. Diese Proben und Daten werden unerlässlich sein, um sichere und adäquate medizinische Gegenmaßnahmen für künftige Pandemien zu entwickeln. Es liegt auf der Hand, dass das PABS umso wirksamer sein wird, je mehr Länder sich daran beteiligen.

*Im Mai sollen die Verhandlungen zum PABS laut Planung abgeschlossen sein. Was sehen Sie aktuell (Mitte März) als größte Hürden für eine Einigung?*

Erstens die Schwierigkeit, ein gemeinsames Verständnis darüber zu erreichen, welche konkreten Vorteile allen Ländern entstehen, wenn dank PABS in Zukunft eine wirksame medizinische Gegenmaßnahme entwickelt wird.

Und zweitens die Herausforderung, den privaten Sektor, das heißt potenzielle Hersteller, davon zu überzeugen, dass die Unterzeichnung von Verträgen mit der WHO im Rahmen des PABS-Systems eine gute Investition ist. Die Teilnahme dieser möglichen Hersteller ist bislang freiwillig, doch ohne sie würde das PABS-System lediglich ein Papiertiger sein. Es herrscht weiterhin Uneinigkeit darüber, ob die PABS-Verträge Verpflichtungen enthalten sollen, die über die kostenlose Bereitstellung von mindestens 10 % der medizinischen Güter gegen Pandemien

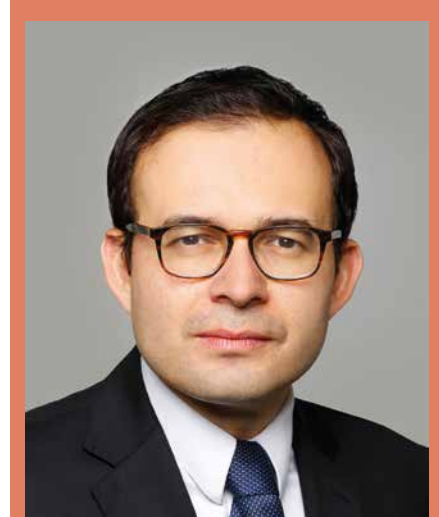
an die WHO hinausgehen. So könnten beispielsweise Klauseln zum Technologietransfer aufgenommen werden. Wiederum ist unklar, ob diese Klauseln freiwilliger Natur wären und private Akteure lediglich dazu anregen oder sie vielmehr dazu verpflichten würden. Da Hersteller überzeugt werden müssen, die Verträge zu unterzeichnen, gilt es, einen Mittelweg zu finden zwischen der Gestaltung attraktiver Verträge und der Gewährleistung verpflichtender Maßnahmen, um bei künftigen Pandemien mehr „Equity“ (Gerechtigkeit) zu garantieren.<sup>2</sup>

*Aus der entsprechenden WHO Arbeitsgruppe hieß es im Februar, dass die Zeit knapp wird. Wie bewerten Sie aus Ihrer juristischen Perspektive aktuell die Aussichten?*

Die Verhandlungen befinden sich derzeit in einer Sackgasse. Es besteht zwar noch Hoffnung auf einen Kompromiss, doch ob dieser rechtzeitig erzielt werden kann, ist eine andere Frage. Die Feststellung, welche medizinischen Güter während einer zukünftigen Pandemie unter die Verpflichtungen von „Equity“ (Gerechtigkeit) fallen, ist genau einer der wichtigsten Streitpunkte in den aktuellen Verhandlungen. Der Hauptgrund für das Pandemieabkommen war die ungleiche Verteilung von medizinischen Gütern während der COVID-19-Pandemie. Einige Länder des Globalen Südens möchten auch andere Vorteile im Austausch für die Verpflichtung, zeitnah und effektiv Proben und Daten zu Pathogenen zur Verfügung zu stellen. Dazu könnte etwa der Technologietransfer an Hersteller in anderen Teilen der Welt gehören.

*Angenommen, man würde die Ziellinie im Mai nicht überqueren können – wie ginge es weiter und was wären die nächsten Schritte, wenn es zur Einigung käme?*

Sollten die Delegationen bis Mai keine Einigung erzielen, könnten sie sich für eine Verlängerung des Verhandlungsmandats entscheiden. Mehr Zeit würde es ermöglichen, andere Interessengruppen – sowohl aus der Zivilgesellschaft als auch aus der Privatwirtschaft – einzubeziehen und al-



*Dr. Pedro A. Villarreal forscht bei der Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) zum Globalen Gesundheitsrecht und Governance.*

ternative Regeln zum derzeitigen PABS-Entwurf in Betracht zu ziehen.

In diesem Zusammenhang stellt die unterschiedliche Behandlung von Krankheitserregerproben einerseits und Genomsequenzierungsdaten andererseits ein besonders schwieriges Thema dar, das tiefgehende technische Kenntnisse erfordert. Eine sinnvolle Regelung beider Aspekte wird für ein funktionsfähiges PABS-System von entscheidender Bedeutung sein.

Wenn im Mai ein Kompromiss doch erzielt wird, könnten die Delegationen eine endgültige Fassung des Textes des Pandemieabkommens ausarbeiten. Das Ratifizierungsverfahren könnte dann einige Jahre dauern. Wenn sechzig Länder das Pandemieabkommen ratifiziert haben und es damit in Kraft tritt, müssen zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt werden, damit das System tatsächlich funktionieren kann. All dies erfordert eine Abkehr von der derzeitigen Ablehnung des Multilateralismus durch mehrere Länder, damit ein künftiges PABS-System so weit verbreitet wie möglich sein wird.

1 Pharma-Brief (2025) WHO Pandemievertrag – ein Schritt weiter. Nr. 4, S. 7

2 Villarreal PA (2024) »Equity« als neues völkerrechtliches Leitprinzip in Pandemien. SWP-Studie 19. August, Berlin

# TRIPS FLEXIBILITÄTEN: DOPPELTES SPIEL

## Studie offenbart bezeichnende Trends beim Zugang zu Arzneimitteln

**Zwangslizenzen, so bislang zumeist die Ansicht, sind selten und werden vor allem genutzt von ärmeren Ländern. Ein aktueller Beitrag im Fachmagazin BMJ Global Health zeichnet jedoch ein verändertes Bild. Länder mit hohem Einkommen (HICs) stehen dabei besonders im Fokus.**

Die Anwendung von Zwangslizenzen bei Arzneimitteln ist seit jeher hart umkämpft. Durch die Doha-Erklärung der Welthandelsorganisation im Jahr 2001 hatte sich das Thema nur kurzzeitig etwas entschärft – sie war politisch zwar ein Durchbruch, aber Theorie und Praxis klafften in der Folge dennoch spürbar auseinander.<sup>1</sup> So „[...] blieb das Instrument Zwangslizenzen sperrig und wurde lange wenig genutzt. Sie müssen zeitraubend einzeln verhandelt werden und gelten nur für ein Land.“<sup>2</sup> Wie ein internationales Team von Autor\*innen mittels Analyse mehrerer Datenbanken nun aufzeigt, haben sich allerdings die Dynamiken rund um die reale Anwendung bzw. Androhung in den vergangenen Jahren signifikant verändert.<sup>3</sup>

### Reiche Länder entdecken Zwangslizenzen für sich

Der zum Jahresanfang erschienene Artikel betrachtet die Zeit nach Doha bis 2024. Er beleuchtet mehrere Dimensionen der TRIPS Flexibilitäten, die verbesserten Zugang für Patient\*innen bewirken sollen. Zwangslizenzen in ihren verschiedenen Formen sind dabei nur eine Facette, die jedoch besondere Aufmerksamkeit erhält. Die Autor\*innen blicken auf zeitliche Dimensionen in der Nutzung, ebenso wie auf Tendenzen bei den therapeutischen Indikationen sowie letztlich die Outcomes der ergriffenen Maßnahmen bzw. ihrer Androhung.

In der Dekade 2005-2014 gingen lediglich 15 % der Aktivitäten rund um Zwangslizenzen auf HICs zurück, von 2015 bis 2024 waren es dann ganze 54 % – dabei umfasst diese Ländergruppe nicht einmal ein Fünftel der Weltbevölkerung.<sup>3</sup> Die Covid-19-Pandemie erklärt diesen Wandel nur teilweise, er ist vielmehr auch ein Abbild davon, dass reichere Länder

unter enorm hohen Preisen bei vielen Präparaten gegen nicht übertragbare Erkrankungen (NCDs) ächzen, etwa im Falle von Krebs. Eine besondere Rolle spielen zudem die sogenannten seltenen Erkrankungen, darunter Mukoviszidose. Infektionskrankheiten sind global, wohlgeachtet, nicht vollends aus dem Blickfeld verschwunden, auch abseits von Covid-19. HIV/Aids, lange Zeit die dominierende Indikation wenn es um Zwangslizenzen ging, verlor zwar insgesamt an Prominenz, dafür trat zwischenzeitlich etwa Hepatitis C im Zuge der Debatte um Sofosbuvir in den Vordergrund.<sup>4</sup>

### Anwenden oder androhen?

Wie die Datenbank-Analyse zeigt, spielen zivilgesellschaftliche Gruppen eine Rolle beim Anstoßen möglicher Zwangslizenzen. Zugleich blieb es in vielen Fällen dann bei der Androhung, in fast einem Drittel aller betrachteten Fälle wurde die



Zwangslizenz letztendlich nicht umgesetzt. Bei etwas weniger als der Hälfte davon war die Ursache „ein Angebot des Patentinhabers, das den Zugang verbessern würde [...] beispielsweise durch eine freiwillige Lizenzierung (16,3 %), einen Preisnachlass (28,6 %) oder eine Spende (2,0 %).“<sup>3</sup>

Die Autor\*innen legen nachdrücklich dar, dass die beschriebenen Trends der letzten Jahre vor dem Hintergrund größerer Umwälzungen zu verstehen sind, die eben auch Länder mit hohem Einkommen unmittelbar betreffen, vor allem wegen rasant steigenden Arzneimittelpreisen, Veränderung der Krankheitslast durch NCDs und der sich wandelnden Produktionslandschaft bei Generika, nicht zuletzt als Folge von TRIPS selbst. Ge-

paart mit massiven finanziellen Kürzungen im Bereich Globale Gesundheit und Widerstand von Herstellern speziell gegen freiwillige Lizenzen im Bereich nicht übertragbare Erkrankungen könnte die Zukunft Zwangslizenzen attraktiver machen. Dafür jedoch, so das Autor\*innen-Team, müssen Hürden bei der effektiven Anwendung von TRIPS Flexibilitäten angegangen werden – juristische, praktische und auch politische.

### Zeit für Ehrlichkeit

Artikel 71.1. der TRIPS Vereinbarungen verpflichtet eigentlich, „[...] die Umsetzung des Abkommens nach zwei Jahren und danach in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die erste Überprüfung im Jahr 1999 wurde jedoch nie abgeschlossen, und seitdem wurde keine weitere Überprüfung eingeleitet.“<sup>5</sup> Umso begrüßenswerter sind detaillierte datenbasierte Analysen über das doppelte Spiel vieler reicher Länder bezüglich Fragen des geistigen Eigentums. Gerade für die deutsche Politik stünde aktuell ein ehrlicher Blick in den Spiegel an, sorgt ihr in den letzten Jahren abermals erstarkter Pharma-Protektionismus doch für sehr vernehmbaren Unmut in Politik und Zivilgesellschaft diverser Länder des Globalen Südens. Dies wurde zuletzt wieder in den PABS-Verhandlungen der WHO überdeutlich (siehe auch S. 5).<sup>6</sup> (MK)

- 1 Public Eye (2018) Die TRIPS-Flexibilitäten. 28. Nov [www.publiceye.ch/de/themen/pharmaindustrie/patente-und-der-zugang-zu-medikamenten/die-trips-flexibilitaeten](http://www.publiceye.ch/de/themen/pharmaindustrie/patente-und-der-zugang-zu-medikamenten/die-trips-flexibilitaeten) [Zugriff 4.3.2026]
- 2 Schaaber J (2021) Internationale Sicht. Gut sind nur Medikamente, die auch verfügbar sind. In: Schröder H et al. Arzneimittel-Kompass 2021, S. 226-38 [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63929-0\\_15](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63929-0_15)
- 3 Dunn M et al. (2026) TRIPS flexibilities help change policy and practice to increase access to medicines: evidence from 2001 to 2024. *BMJ Global Health*; 11, p.e021481 <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021481>
- 4 Pharma-Brief (2015) Sofosbuvir reloaded. Nr. 2, S. 4
- 5 WTO (2025) Members continue TRIPS implementation review discussion, address IP notification obligations. [www.wto.org/english/news\\_e/news25\\_e/trip\\_21mar25\\_e.htm](http://www.wto.org/english/news_e/news25_e/trip_21mar25_e.htm) [Zugriff 4.3.2026]
- 6 TWN (2026) WHO: EU Backtracks on Pandemic Agreement commitments, Ignores Evidence & Precedents. 20 Feb [www.twon.my/title2/health.info/2026/hi260204.htm](http://www.twon.my/title2/health.info/2026/hi260204.htm) [Zugriff 4.3.2026]

# NEUE OPTIONEN GEGEN ANTIMIKROBIELLE RESISTENZEN

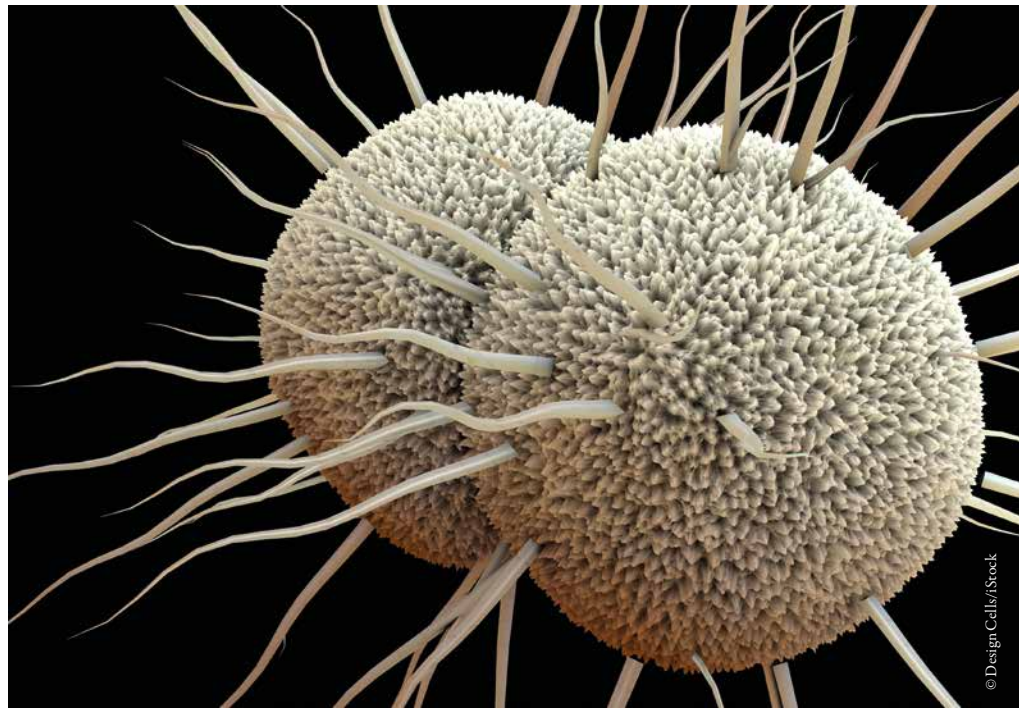
## US-Zulassung für Antibiotika gegen Gonorrhö

Resistenzen stellen in der Therapie vieler sexuell übertragbarer Infektionen (STI) ein drängendes Problem dar. Nun gibt es zumindest für Gonorrhö Aussicht auf Neuerungen.

Gonorrhö ist eine der häufigsten STI weltweit. Auch der EU-Raum hat in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme an Fällen erfahren.<sup>1</sup> Die umgangssprachlich Tripper genannte Erkrankung nahm global eine gleich doppelt beunruhigende Entwicklung. Denn ihren Erregern, den Gonokokken, fällt es leicht, von anderen Bakterien Resistenzgene aufzunehmen: „[D]iese Fähigkeit hat im Laufe der Jahre zu einer Resistenz gegen Tetracycline, Makrolide (einschließlich Azithromycin), Sulfonamide und Trimethoprim-Kombinationen und in jüngerer Zeit auch gegen Chinolone geführt.“<sup>2</sup> Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt sie entsprechend prominent in ihrer aktuellen Prioritätenliste kritischer bakterieller Pathogene und sieht eine signifikante Gefahr für die momentan empfohlene Kombinationstherapie.<sup>3</sup> Besonders dramatisch stellt sich die Lage in Teilen Asiens dar. Sehr hohe Resistenzraten meldeten zuletzt etwa Kambodscha und Vietnam.<sup>4</sup>

### Hoffnung auf adäquaten Zugang

Vor diesem Hintergrund sind zwei Neuzulassungen der US-amerikanischen Food and Drug Administration von Ende 2025 beachtenswert. Mit Gepotidacin und Zoliflodacin erhielten zwei neue orale Antibiotikatherapien gegen unkomplizierte urogenitale Gonorrhö grünes Licht von der Behörde. Besonders das letztere Präparat ist einen näheren Blick wert. Es ging hervor aus der Arbeit der Global Antibiotic Research & Development Partnership (GARDP). Diese nicht gewinnorientierte Schweizer Stiftung wurde von WHO und der Produktentwick-



lungspartnerschaft Drugs for Neglected Diseases Initiative ins Leben gerufen (wir berichteten<sup>5</sup>). Sie erhält seit Jahren auch deutsche Fördermittel, die jüngste Zusage umfasst 50 Mio. Euro vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt für den Zeitraum 2023-27.<sup>6</sup>

Ein von GARDP formuliertes Ziel ist die Erprobung von De-Linkage-Ansätzen, bei denen Forschungskosten von Verkaufsvolumen- und Preis entkoppelt werden sollen.<sup>7</sup> Entsprechend besteht die Hoffnung, dass das neue Antibiotikum in Zukunft adäquat verfügbar ist: „GARDP hat das Recht, Zoliflodacin in mehr als drei Viertel aller Länder weltweit zu registrieren und zu verkaufen, darunter alle Länder mit niedrigem Einkommen, die meisten Länder mit mittlerem Einkommen und mehrere Länder mit hohem Einkommen.“<sup>8</sup> Das am Projekt beteiligte Pharmaunternehmen behält allerdings auch für einige Regionen die kommerziellen Rechte, unter anderem in der EU.<sup>8</sup> (MK)

- 1 RKI (2025) Epidemiologie und Resistenzlage der Gonorrhö in Deutschland in den Jahren 2023 und 2024. Epi. Bulletin; Nr. 38, S. 3
- 2 The Lancet Infectious Diseases (2025) Stopping gonorrhoea's descent towards untreatability. The Lancet Infectious Diseases; 25, p 471 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00251-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00251-8)
- 3 WHO (2024) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1a41ef7e-dd24-4ce6-a9a6-1573562e7f37/content> [Zugriff 3.6.2026]
- 4 WHO (2025) Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP) Gonorrhoea treatment optimization, 2025 report. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cd59e063-8034-4886-8fd5-41785ec836d6/content> [Zugriff 3.6.2026]
- 5 Pharma-Brief (2017) Wertlauf gegen die Zeit. Spezial Nr.1
- 6 BMFTR (2022) Stark-Watzinger: 50 Millionen Euro für die Erforschung innovativer Antibiotika. Pressemitteilung Nr. 67 [www.bmftr.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/10/171022-GARDP.html](http://www.bmftr.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/10/171022-GARDP.html) [Zugriff 3.6.2026]
- 7 DNDi (2016) Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) Developing new antibiotic treatments, promoting responsible use, and ensuring access for all. [https://dndi.org/wp-content/uploads/2016/03/GARDP\\_Briefer\\_Document.pdf](https://dndi.org/wp-content/uploads/2016/03/GARDP_Briefer_Document.pdf) [Zugriff 3.6.2026]
- 8 Cullinan K (2025) FDA Approves First New Gonorrhoea Treatment in Decades Amid Rising Antibiotic Resistance. Health Policy Watch; 15 Dez <https://healthpolicy-watch.news/in-a-brackthough-against-drug-resistance-fda-approves-new-gonorrhoea-treatment/> [Zugriff 3.6.2026]

**Impressum:** Herausgeber BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, Verleger: Gesundheit – global und gerecht e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld  
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Ella Feldmann, Max Klein, Susan Weise (Layout).

Design: Heinrich Dunstheimer, dunemaison, Bielefeld, Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne, © 2026 BUKO Pharma-Kampagne. Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 26 €, Institutionen- oder Auslandsabo 50 €. Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-Bezieher\*innen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

Konto Gesundheit – global und gerecht e.V., Sparkasse Bielefeld, für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01

Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27, BIC: SPBIDE33XXX, Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

[pharma-brief@bukopharma.de](mailto:pharma-brief@bukopharma.de)  
[www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften. [www.isdbweb.org](http://www.isdbweb.org)

## GUINEA-BISSAU: IMPFGEGNER AM WERK

Vor allem in Ländern, in denen Hepatitis B häufig ist, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die erste Impfung von Säuglingen innerhalb von 24 Stunden nach Geburt, um die Mutter-Kind-Übertragung zu minimieren.<sup>1</sup> Eine Studie in Guinea-Bissau sorgt für Kritik, denn geplant ist, die Hälfte der Säuglinge erst nach sechs Wochen zu impfen.

Hinter der Studie steht das impfskeptische Forscher\*innenehepaar Peter Aaby und Christine Stabell Benn von der Süddänischen Universität. Der aktuelle US-Gesundheitsminister Robert F. Kennedy Jr. zitierte zur Begründung des Ausstiegs der USA aus der Förderung des internationalen Impfprogramms GAVI, eine Beobachtungsstudie zur DTP-Impfung des Paares in Guinea-Bissau aus dem Jahr 2017. Diese fand eine erhöhte Sterblichkeit bei weiblichen Säuglingen. Was Kennedy nicht erwähnte: 2022 veröffentlichte das Paar eine weitere Studie, die die Ergebnisse der ersten revidierte.<sup>2</sup>

In der neuen Studie des Paares zu Hepatitis B soll untersucht werden, ob die Impfung bei Geburt möglicherweise negative Auswirkungen wie Hauterkrankungen oder neurologische Entwicklungsstörungen haben könnte. Dabei ist das positive Nutzen-Schaden-Verhältnis der Impfung seit langem belegt. Eine Studie, die bewusst die bestmögliche Behandlung vorenthält, gilt als unethisch, Proteste kamen von der WHO und aus der Wissenschaft.

Gefördert wird die Studie vom US-Gesundheitsministerium. Der Antrag aus Dänemark kam punktgenau, Stunden nachdem das von Kennedy neu eingesetzte Impfkomitee am 19.9.2025 die Streichung der Impfung von Neugeborenen gegen Hepatitis B in den USA empfahl.<sup>2</sup> Der Antrag wurde vorbei an den üblichen Regeln in Rekordzeit genehmigt, wohl um die Änderung des Impfplans zu stützen.<sup>3</sup>

Immerhin haben die Proteste bewirkt, dass das Afrikanische CDC intervenierte und die Süddänische Universität eine ethische Überprüfung angekündigt hat.<sup>3</sup> Auch Kennedy musste einen Rückschlag hinnehmen. Ein Distriktrichter stoppte vorläufig den reduzierten Impfkatalog und erklärte die Einsetzung des neuen Impfkomitees für illegal. Von den 15 Kommissionsmitgliedern verfügten nur sechs über nennenswerte Erfahrung mit Impfstoffen.<sup>4</sup> (JS)

- 1 WHO (2026) Consolidated guidance on hepatitis B and C prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva [www.who.int/publications/i/item/97892240119529](http://www.who.int/publications/i/item/97892240119529) [Zugriff 18.3.2026]
- 2 Dyer O (2026) Controversial African vaccine trial likened to Tuskegee is "cancelled" – but US funders insist it will continue. BMJ; 392, p s161 <http://doi.org/10.1136/bmj.s161>
- 3 Eban K (2026) New Documents Reveal a Controversial Vaccine Study's Unusual Path to CDC Approval. Rolling Stone, 20 Feb [www.rollingstone.com/politics/politics-features/new-documents-vaccine-study-cdc-approval-1235518406](http://www.rollingstone.com/politics/politics-features/new-documents-vaccine-study-cdc-approval-1235518406) [Zugriff 18.3.2026]
- 4 Cullinan K (2026) US Judge Halts RFK's Anti-Vaccine Efforts – For Now. Health Policy Watch, 17 March <https://healthpolicy-watch.news/us-judge-halts-rfks-anti-vaccine-efforts-for-now> [Zugriff 18.3.2026]

## CHOLERA: WIEDER MEHR IMPFSTOFF



Bei drohenden Cholera-Epidemien kann eine Massenimpfung helfen, Ausbrüche einzudämmen und viele Erkrankungsfälle verhindern. Seit 2022 musste diese Präventionsstrategie wegen Impfstoffmangels jedoch eingestellt werden (wir berichteten<sup>1</sup>). Jetzt konnten 3,6 Millionen Dosen des Impfstoffs nach Mosambik geliefert werden, wo durch Überflutungen mehr als 700.000 Menschen von Cholera bedroht sind. Insgesamt stehen 20 Millionen Dosen zur Prävention zur Verfügung. Auch wenn die größten Lücken gestopft sind, bleibt der Impfstoff Mangelware. Deshalb wird nur eine Dosis gegeben, zwei Dosen wären optimal.<sup>2</sup> Schlechte Lebensbedingungen sind allerdings die wichtigste Ursache von Cholera, deshalb bleiben die Impfungen eine Notlösung. (JS)

- 1 Pharma-Brief (2024) Wachsende Bedrohung Cholera. Nr. 1, S. 1
- 2 WHO (2026) Preventive cholera vaccination resumes as global supply reaches critical milestone. News release, 4 Feb [www.who.int/news/item/04-02-2026-preventive-cholera-vaccination-resumes-as-global-supply-reaches-critical-milestone](http://www.who.int/news/item/04-02-2026-preventive-cholera-vaccination-resumes-as-global-supply-reaches-critical-milestone) [Zugriff 19.3.2026]

## WHO WARNT VOR EINFLUSS DER TABAKINDUSTRIE



Die WHO forderte im Oktober 2025 die Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC) zu besonderer Wachsamkeit auf.

Die Industrie versuche, die staatlichen Delegationen politisch zu beeinflussen, indem sie Personen einschleuse, die ihre Positionen vertreten. Sie gründe und finanziere Scheinorganisationen, die sich als Handels-, Wissenschafts- oder Verbraucher\*innengruppen ausgeben, tatsächlich jedoch Lobbyarbeit betreiben, so die WHO. Zudem beeinflusse sie die Wissenschaft und setze Regierun-

gen mit wirtschaftlichen Argumenten unter Druck – etwa durch irreführende Behauptungen zu Steuereinnahmen oder Arbeitsplätzen. Schließlich bemühe sich die Industrie auch um Zugang zu Konferenzen der Vertragsparteien, um dort Diskussionen gezielt zu beeinflussen.<sup>1</sup>

Zum Zeitpunkt der Warnung stand die COP11 des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums bevor – das zentrale Treffen der Vertragsstaaten zur Tabakkontrolle.

Dass die Tabakindustrie alles daransetzt, Gewinneinbußen zu vermeiden, ist zwar

bekannt. So berichteten wir etwa darüber, wie Konzerne Abkommen mit finanzschwachen Ländern schließen, um ihre Profite zu sichern.<sup>2</sup> Aber auch Deutschland hat seine Hausaufgaben bei der Tabakkontrolle nicht erledigt.<sup>3</sup> (EF)

- 1 World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (2025) Tobacco industry targets WHO FCTC COP and MOP negotiations: Parties urged to stay vigilant. <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/22-10-2025-tobacco-industry-targets-who-fctc-cop-and-mop-negotiations-parties-urged-to-stay-vigilant> [Zugriff 27.2.2026]
- 2 Pharma-Brief (2025) Geheime Tabak-Deals in Laos. Nr. 7-8, S. 3
- 3 arznei-telegramm (2025) WHO warnt vor Lobbyisten. 56; S. 89