

## Geheimniskrämerei bei Krebsmedikamenten

Wie stark die Kosten zwischen Krankenhäusern in der EU variieren

**Die Preise für Krebsmedikamente steigen – und setzen Gesundheitssysteme, Versicherte und Krankenhäuser zunehmend unter Druck. Einheitliche Preise und Transparenz in der EU? Fehlanzeige.**

In einer Analyse der Preise von 15 Krebsmedikamenten werden Unterschiede zwischen europäischen Krankenhäusern deutlich. So schätzen Kliniken oftmals falsch ein, wie gut die ausgehandelten Preise sind, und ärmere EU-Länder zahlen teilweise mehr als reichere.<sup>1</sup> Doch bevor man diese Unterschiede bewertet, stellt sich die grundsätzliche Frage: Warum sind Krebsmedikamente überhaupt so teuer?

### Kosten und Nutzen neuer Therapien

Krebsmedikamente kommen oft im Schnellverfahren auf den Markt, angeblich damit Patient\*innen früh Zugang zu neuen Therapien erhalten. Doch der tatsächliche Nutzen bleibt dabei häufig unklar: Die Datenlage ist dünn, ein klarer Zusatznutzen gegenüber bestehenden Behandlungen fehlt häufig. Gleichzeitig treiben hohe Preise selbst in wohlhabenden Ländern die Gesundheitssysteme an ihre Grenzen – weniger wegen tatsächlicher Entwicklungskosten, sondern vor allem, weil sich Preise daran orientieren, was der Markt hergibt.

Studien zeigen immer wieder, dass die Gewinne die tatsächlichen Kosten deutlich übersteigen. So kommt etwa ein Bericht der Or-

## LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

bei der Behandlung der Schlafkrankheit gibt es Fortschritte. Die EU gab grünes Licht für einen neuen Wirkstoff, der die Behandlung verbessert und vereinfacht. Ohne massiven öffentlichen Input wäre dieser Erfolg nicht zustande gekommen (S. 4).

Hätten Sie gedacht, dass bei einer anderen vernachlässigten Tropenkrankheit (NTD), der Schistosomiasis, die Medikamentenversorgung in Deutschland gefährdet ist? Seit 1980 ist der einzige Wirkstoff zur Behandlung Praziquantel. Dass es nichts Neuere gibt, ist an sich schon ein Skandal. Noch schlimmer ist, dass der einzige Anbieter, Bayer, hierzulande die Produktion eingestellt hat, so Daniela Fusco vom Bernhard-Nocht-Institut. Lesen Sie mehr zur Versorgung bei NTDs in Deutschland auf S. 2.

Um den fraglichen Nutzen mancher neuer Arzneimittel geht es gleich in mehreren Beiträgen. Doch wenn der Schaden überwiegt (S. 6), dann ist das nicht akzeptabel, meint

Ihr

Jörg Schaaber

ganisation Public Eye zu dem Ergebnis, dass die Profitmargen bei untersuchten Krebsmedikamenten zwischen 40 % und bis zu 90 % der Investitionskosten liegen (wir berichteten<sup>2</sup>). Gleichzeitig kritisiert der Bericht die fehlende Transparenz der Pharmaindustrie, die hohe Preise oft mit angeblich enormen Forschungskosten begründet, ohne diese offenzulegen.

## Geheime Preise und fehlende Transparenz

Die ausgehandelten Rabatte bleiben oft unter Verschluss. Krankenhäuser geben diese Informationen selten preis – ihre Verhandlungsposition könnte darunter leiden. In der Studie zu Krebsmedikamenten in europäischen Kliniken spielte dieser Aspekt eine zentrale Rolle: Die Forschenden anonymisierten die Preisdaten deshalb gezielt, sodass sich nicht mehr nachvollziehen lässt, welches Krankenhaus welche Preise meldete. Ein Blick auf die konkreten Ergebnisse zeigt, wie groß die Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Realität bei den Medikamentenpreisen tatsächlich ist.<sup>1</sup>

## Was die Studie zeigt

Die höchsten Preise für Krebsmedikamente zahlte Frankreich, gefolgt von Serbien, Deutschland, Ungarn und den Niederlanden. Dabei zeigt die Studie deutliche Unterschiede – nicht nur zwischen den Ländern, sondern auch innerhalb einzelner Länder. Zudem bilden Referenzpreise die tatsächlichen Kosten oft nur unzureichend ab. Denn je nach Land weichen die ausgehandelten Rabatte stark davon ab: Während sie in Serbien mit rund 7 % vergleichsweise gering ausfielen, waren die Ersparnisse in südeuropäischen Ländern mit bis zu 38 % deutlich höher.

Auch haben Krankenhäuser wegen fehlender Transparenz häufig eine falsche Einschätzung ihrer Verhandlungsposition: Rund die Hälfte lag mit ihrer Preiswahrnehmung daneben. Sie gingen

davon aus, weniger zu zahlen als vergleichbare Einrichtungen – tatsächlich lagen ihre Preise jedoch bis zu 22 % über dem Durchschnitt.

Gleichzeitig zeigt die Analyse, dass ein niedrigeres Pro-Kopf-Einkommen nicht automatisch zu günstigeren Medikamentenpreisen führt. So zahlte Serbien für mehrere Krebsmedikamente besonders hohe Preise, während sie in Deutschland und den Niederlanden niedriger ausfielen. Insgesamt bestätigt die Studie: Wohlhabendere Länder sichern sich häufig bessere Konditionen.<sup>1</sup> Doch die europäischen Preisunterschiede sind nur ein Teil des Problems.

## Ein globales Ungleichgewicht

Im globalen Vergleich zeigt sich ein noch deutlich größeres Ungleichgewicht – nicht nur bei den Preisen, sondern beim Zugang zu lebenswichtigen Therapien insgesamt. Während es in Europa bei Krebsmedikamenten oft eine Vielzahl ähnlicher Wirkstoffe gibt, die die Therapiewahl komplizierter machen, fehlt es in vielen Regionen Afrikas noch immer an grundlegenden und bezahlbaren Behandlungsmöglichkeiten für Patient\*innen.<sup>3</sup>

Die Studie macht deutlich: Ohne mehr Transparenz und koordinierte Preisverhandlungen bleiben die Unterschiede bestehen – mit spürbaren Folgen für Patient\*innen. (EF)

- 1 Vancoppenolle J et al. (2026) Price transparency of cancer medicines: a crucial step towards informed pricing negotiations in the European region. *Frontiers in Pharmacology*; 17, 1736741 <https://doi.org/10.3389/fphar.2026.1736741>
- 2 Pharma-Brief (2022) Gefährlich hohe Profite bei Krebsmedikamenten. Nr. 9, S. 6
- 3 Pharma-Brief (2025) Krebs: Geld oder Leben. Spezial Nr. 1, S. 14

# TROPENKRANKHEITEN: EUROPÄISCHE MANGELWIRTSCHAFT

## Menschen mit NTDs treffen auch hierzulande auf Versorgungsprobleme

*Frau Dr. Fusco, 2023 führten wir ein Interview zu genitaler Schistosomiasis der Frau (FGS).<sup>1</sup> Nun stellen Sie in einem Fachbeitrag<sup>2</sup> mit Kolleg\*innen den adäquaten Zugang zu Arzneimitteln gegen vernachlässigte Tropenkrankheiten (NTDs) in Europa ins Zentrum.*

Alles begann 2025 auf einem großen Kongress für Tropenmedizin in Hamburg. Wir erlebten damals einen Saal voller Menschen, die sich für dieses Thema interessierten und erkannten, dass es auch öffentlich so viel Aufmerksamkeit wie möglich erhalten muss. Denn die Art und Weise, wie in unserer Region mit NTDs umgegangen wird, ist inakzeptabel! In Ländern, in denen das Gesundheitssystem

eigentlich effizient funktionieren sollte, sehen sich Ärzt\*innen etwa gezwungen, ihren Patient\*innen zu raten, dass sie ihre Verwandten in der Demokratischen Republik Kongo fragen sollen, ob sie nicht Medikamente kaufen können, da dies schneller und sicherer wäre. Wir können also nicht nur den hiesigen Patient\*innen keinen direkten Zugang garantieren, wir entziehen den afrikanischen Märkten zudem Ressourcen, einfach weil wir über eine größere Kaufkraft verfügen.

*Ein Fokus liegt auf der Therapie bei zoonotischen NTDs, darunter Chagas, Schistosomiasis und Fasziole, welche auf Leberegel zurückgeht. Sie analysieren die entsprechende Patient\*innen-*

*Versorgung anhand der „drei A’s“: Availability, Accessibility, Affordability (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Erschwinglichkeit).*

Wenn man in der humanitären Hilfe und zu Global Health arbeitet, kommt irgendwann der Moment, in dem man diese drei A's fast satt hat, weil sie sich wie ein weiteres Modewort anfühlen. Aber nach fast 20 Jahren muss ich zugeben, dass sie Gesundheitsstrategien wirklich maßgeblich beeinflussen. Wenn man nun über Verfügbarkeit und Zugänglichkeit spricht, wie könnte man da nicht über Schistosomiasis reden? Praziquantel ist das einzige verfügbare Medikament gegen die Krankheit, was an sich schon ein Skan-

dal ist. Noch schlimmer ist jedoch, dass in einigen europäischen Ländern die einzige zugelassene Version von Bayer hergestellt wurde, die wiederum im vergangenen Jahr beschlossen, die Produktion einzustellen, ohne Klarheit, wie es weitergeht.<sup>3</sup> Dadurch blieb auch Deutschland ohne zuverlässige Versorgung. Das bedeutet, dass Patient\*innen, die das Medikament benötigen, darauf warten müssen, dass es überhaupt beschafft wird ... wer weiß, wo. In München gelang es dem Team von PD Dr. Camilla Rothe, eine Vereinbarung mit einer örtlichen Apotheke zu treffen, um eine galenische Formulierung von Praziquantel auf Anfrage herzustellen. Sie versuchen zudem, den bundesweiten Bedarf vorherzusagen, um so gut wie möglich vorbereitet zu sein. Man bedenke, dass dies eine Krankheit ist, die wir mit Sicherheit zahlenmäßig unterschätzen – können wir also auf nationaler Ebene wirklich all unsere Hoffnungen auf eine Apotheke in Bayern setzen?

Diese Geschichte stößt uns auf einen weiteren wichtigen Aspekt. Der erste Schritt zur Zugänglichkeit ist zu wissen: dass eine Krankheit überhaupt existiert, dass eine Apotheke ein benötigtes Medikament herstellt, wohin ich Patient\*innen überweisen kann usw. Vor zwei Jahren unterrichtete ich sechs Studierende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die mir erzählten, dass sie noch nie zuvor von genitaler Schistosomiasis der Frau gehört hatten. Wie können wir also davon ausgehen, dass die Ärzt\*innen von morgen in der Lage sein werden, niedrigschwellige Angebote für betroffene Menschen in Deutschland zu schaffen?

Zum Schluss noch etwas zur Erschwinglichkeit. In unserem Artikel sprechen wir von „Bastel-Lösungen“. Sie sind aus meiner Sicht für europäische Gesundheitssysteme inakzeptabel, aber dennoch in manchen Situationen das Beste, was wir anbieten können. Wir müssen zugleich verstehen, dass sie für Krankenkassen problematisch sein könnten. Das bedeutet, dass Patient\*innen womöglich nicht nur Medikamente akzeptieren müssen, die normalerweise für den tiermedizinischen Gebrauch bestimmt sind, sondern auch noch viel dafür bezahlen müssen! Und all das geschieht nicht, weil es keine Alternative gäbe, sondern einfach nur, weil NTDs nicht als wichtig angesehen werden.

### *Was sind die Empfehlungen Ihres Autor\*innen-Teams?*

Es ist wichtig zu verstehen, dass der Zugang zu Medikamenten nicht isoliert betrachtet werden kann. Weitere politische Maßnahmen sind erforderlich, um die Versorgungsqualität zu maximieren, z.B. die Einbindung von NTDs in medizinische Lehrpläne, die (Weiter-)Bildung von Gesundheitsfachkräften verschiedener Fachrichtungen, die Harmonisierung von Diagnose- und Behandlungsleitlinien sowie angemessene Vorsorgeprogramme, einschließlich der Einbeziehung von Bevölkerungsgruppen, die Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem haben.

Wir sind der Ansicht, dass bessere Daten zur Quantifizierung des Problems der „drei A's“ von entscheidender Bedeutung sind und in allen europäischen Fachorganisationen gefördert werden sollten. Denn angesichts der zunehmenden globalen



© Pia Rausche

*Dr. Daniela Fusco arbeitet am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg in der operativen Forschung zu NTDs.*

Mobilität und des Klimawandels ist es unwahrscheinlich, dass NTD-Fallzahlen in Europa bald zurückgehen werden. Die Folgen eines unzureichenden Zugangs sind aber vielfältig: Menschen werden nicht geheilt, Gesundheitssysteme müssen fortgeschrittene Krankheitsstadien zu höheren Kosten behandeln und die lokale Übertragung könnte zunehmen. (MK)

- 1 Pharma-Brief (2023) Schistosomiasis bei Frauen auch in Europa? Nr. 4-5, S. 5
- 2 Ravinetto R et al. (2026) Inequitable access to medicines for neglected tropical diseases in Europe: health system vulnerabilities and a call for coordinated action. *The Lancet Regional Health – Europe*; 63, <https://doi.org/10.1016/j.lancpe.2026.101616>
- 3 Lindner AK et al. (2025) Shortage of praziquantel in Europe: a clarion call for urgent action. *New Microbes and New Infections*; 66, 101613 <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2025.101613>

## ALZHEIMER-MEDIKAMENTE: NUTZEN FRAGLICH

Wir berichteten Ende 2024 über die erheblichen Risiken der neuen Alzheimer-Medikamente Lecanemab und Donanemab.<sup>1</sup> Inzwischen sind diese Wirkstoffe in Deutschland auf dem Markt. Doch die Nutzenbewertung fiel für beide negativ aus: Weder für Erwachsene mit leichter kognitiver Störung (MCI) noch bei leichter Demenz aufgrund einer Alzheimer-Krankheit zeigten sich Vorteile.<sup>2,3</sup> Verglichen wurde bei MCI mit Best Supportive Care. Bei leichter Demenz dienten die zu-

gelassenen Wirkstoffe Donepezil, Galantamin oder Rivastigmin als Vergleich. Sie haben aber bestenfalls einen marginalen Nutzen bei Alzheimer-Demenz.

Weil Personen mit zwei Kopien des ApoE4 Gens ein stark erhöhtes Risiko für Gehirnschwellungen und -blutungen durch Lecanemab bzw. Donanemab haben, dürfen ihnen diese Medikamente nicht verschrieben werden. Ob diese Auflage zur Risikominimierung ausreichend ist, bleibt angesichts des zweifelhaften Nutzens fraglich. Denn auch für Patient\*innen mit nur einer oder keiner Kopie des ApoE4 Gens ist das Risiko für diese selten auch tödlich verlaufende unerwünschte Wirkung deutlich erhöht. (JS)

- 1 Pharma-Brief (2024) Alzheimer Medikamente: Unnötige Gefahr. Nr. 10, S. 1
- 2 G-BA (2026) Nutzenbewertung Lecanemab [www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1257](http://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1257)
- 3 G-BA (2026) Nutzenbewertung Donanemab [www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1278](http://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1278)



## SCHLAFKRANKHEIT: FORTSCHRITT IN DER THERAPIE

### EU gibt grünes Licht für Acoziborol

**Die Schlafkrankheit zählt zu den bekannteren der vernachlässigten Tropenkrankheiten und wird durch den Stich der Tsetsefliege übertragen. Ohne schnelle Diagnose und Behandlung, um ein Eindringen des Parasiten ins zentrale Nervensystem zu verhindern, verläuft sie fast immer tödlich.<sup>1</sup> Nun könnte die Behandlung jedoch einfacher werden.**

Noch Anfang des 20. Jahrhunderts führte die Schlafkrankheit als Epidemie vor allem im Kongobecken zu hunderttausenden Toten, die letzte große „Welle“ ebte erst Ende der neunziger Jahre ab.<sup>2</sup> Durch großangelegte Eindämmungsmaßnahmen wie Vektorkontrolle und systematische Screenings sind die Fallzahlen seither stark zurückgegangen. Ausgerottet wurde die Krankheit jedoch nicht. Aktuelle Dynamiken wie gewaltsame Konflikte und illegaler Goldbergbau erhöhen in einigen Gegenden wieder das Infektionsrisiko.

### Später Durchbruch

Eine adäquate Diagnose und Behandlung war für Betroffene seit jeher mit hohen Hürden verbunden. Lange wurden nur toxische Präparate mit massiven Nebenwirkungen eingesetzt, deren adäquater Anwendung zudem komplizierte sowie schmerzhafteste Testungen vorangingen. Seit 2019 stellt Fexinidazol<sup>3</sup> die Erstlinien-

therapie ab sechs Jahren dar und galt vor allem durch orale Anwendung und bessere Verträglichkeit als Durchbruch.<sup>4</sup>

Nun kommt ein neues Mittel auf den Markt, das weitere Vorteile bietet: Der Ausschuss für Humanarzneimittel der European Medicines Agency (EMA) empfahl im Februar in einem beschleunigten Bewertungsverfahren die Zulassung von Acoziborol.<sup>5</sup> Das Präparat wurde von der Produktentwicklungspartnerschaft DNDi mit Sanofi und lokalen Partnern in Afrika erfolgreich gegen *Trypanosoma brucei gambiense* getestet. Dieser Erreger führt zur deutlich häufigeren der zwei Unterarten der Schlafkrankheit (gHAT). Ein naher Verwandter, *Trypanosoma brucei rhodesiense*, kann die Erkrankung ebenfalls verursachen (rHAT), jedoch unterscheiden sich Verlauf und Reservoirs sowie die regionale Verbreitung in Afrika.<sup>6</sup>

### Neues Mittel bietet weitere Vorteile

Acoziborol soll nun gar das Ziel einer zeitnahen Ausrottung der Schlafkrankheit realistischer machen. Das Präparat wird bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren einmalig gegeben, was im Gegensatz zu Fexinidazol Adhärenzprobleme entfallen lässt und zukünftig in strukturschwachen Gegenden eine direkte Behandlung nach Schnelltestung erlau-

ben könnte. Zudem hilft Acoziborol auch in schweren Fällen von gHAT, was die erwähnten Testungen obsolet macht, die Nebenwirkungen fallen geringer aus.<sup>7</sup> Die genaue Wirkweise des Präparats ist bislang nicht vollständig geklärt. Gegen rHAT ist Acoziborol nicht zugelassen.

Neben medizinischem Fortschritt erfordert der Umgang mit der Schlafkrankheit allgemein weiter auch begleitende One Health-Kontrollmaßnahmen.<sup>8</sup> So handelt es sich bei rHAT um eine Zoonose, als Hauptreservoir dienen verschiedene Nutz- und Wildtiere. (MK)

1 Pharma-Brief (2024) Von wegen exotisch. Vernachlässigte Tropenkrankheiten im Fokus. Spezial Nr. 1

2 Sawadogo PA et al. (2025) Human African Trypanosomiasis (HAT): Epidemiology, Biological Diagnosis and Treatment: A Review. *Acta Parasitologica*; 70, p 193

3 Pharma-Brief (2018) Schlafkrankheit: Erstes orales Mittel. Nr. 10, S. 8

4 WHO (2024) Guidelines for the treatment of human African trypanosomiasis. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4da65589-ada0-40de-837c-1033af9733c4/content> [Zugriff 17.4.2026]

5 EMA (2026) Summary of opinion. Acoziborole Winthrop. [www.ema.europa.eu/en/opinion-medicine-use-outside-EU/human/acoziborole-winthrop](http://www.ema.europa.eu/en/opinion-medicine-use-outside-EU/human/acoziborole-winthrop) [Zugriff 17.4.2026]

6 Papagni R et al. (2023) Human African Trypanosomiasis (sleeping sickness): Current knowledge and future challenges. *Frontiers in Tropical Diseases*, <https://doi.org/10.3389/ftd.2023.1087003>

7 Vogel G (2026) 'Truly spectacular' drug for sleeping sickness simplifies treatment, raising hopes for eradication. *Science*; 391, p 962

8 May J et al. (2024) Einschätzung des Beitrags deutscher Institutionen bei der Forschung zu vernachlässigten Tropenkrankheiten. Hamburg: BNITM u.a. [www.bnitm.de/aktuelles/news/ntd-expertise](http://www.bnitm.de/aktuelles/news/ntd-expertise)

# DIE ABWÄRTSSPIRALE IN DER ENTWICKLUNGSHILFE

## Großbritannien legt Global Health Workforce Programme lahm

**Das Vereinigte Königreich streicht ein zentrales Gesundheitsprogramm in Afrika – und verschärft damit den Trend sinkender Entwicklungshilfe. Kritiker\*innen warnen vor langfristigen Folgen und sprechen von einer politischen Kehrtwende mit globalen Konsequenzen.**

Die britische Regierung beendete im März 2026 vorzeitig das Global Health Workforce Programme, ein zentrales Gesundheitsprojekt in mehreren afrikanischen Ländern. Das Programm unterstützte die Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal in Ghana, Kenia, Nigeria, Äthiopien, Malawi und Somaliland. Lange galt es als wichtige Initiative zur Stärkung nationaler Gesundheitssysteme und der globalen Pandemievorsorge. Über Jahre hinweg wurden so Kapazitäten aufgebaut – nun zieht London abrupt den Stecker. Und das, obwohl gewarnt wird, dass sich Fortschritte umkehren und steigende HIV-Neuinfektionen langfristig auch über Grenzen hinaus Auswirkungen haben könnten.<sup>1</sup>

Die Regierung betonte, Großbritannien könne „stolz auf die Fortschritte“ der Entwicklungszusammenarbeit sein, doch „die Welt hat sich verändert“ und zwingt dazu, „mit weniger Geld Prioritäten zu setzen“.<sup>2</sup> Gerade diese Argumentation wirkt widersprüchlich: Ausgerechnet ein Programm, das Fortschritte sichern und ausbauen sollte, fällt nun den Kürzungen zum Opfer.

So viel zu den Prioritäten: Die Regierung der Labour Party kündigte bereits im Februar 2025 an, die Entwicklungshilfe von 0,5 % auf 0,3 % des BIP zu senken, um höhere Militärausgaben zu finanzieren – das geschah noch vor den Kürzungen unter Donald Trump (wir berichteten<sup>3</sup>). Bereits unter Boris Johnson war die Quote zuvor von 0,7 % auf 0,5 % reduziert worden – die Mittel wurden also innerhalb weniger Jahre mehr als halbiert.

„Das ist eine wahrhaft historische Entscheidung“, warnt Ben Simms, Geschäftsführer von Global Health Partnerships, der Organisation hinter dem Programm, und Großbritannien riskiere damit, „im Bereich der globalen Gesundheit an Boden zu verlieren, den wir nur schwer wieder gutmachen können“. Die Kritik zielt auch auf einen weiteren Punkt: Über Jahre hinweg wurden im Rahmen solcher Programme zahlreiche Fachkräfte für den britischen National Health Service (NHS) und die Sozialfürsorge gewonnen.<sup>1</sup> Vor diesem Hintergrund wirkt der abrupte Rückzug widersprüchlich – denn wer Personal aus Partnerländern anwirbt, trägt auch eine moralische Mitverantwortung für die Stabilität der dortigen Gesundheitssysteme. (EF)

1 Lay K (2026) UK government axes flagship global health project. The Guardian, 12 March <https://www.theguardian.com/global-development/2026/mar/12/uk-government-axes-flagship-global-health-project> [Zugriff 28.4.2026]

2 UK Parliament (2026) Development Aid: Health Services. Question for Foreign, Commonwealth and Development Office. 25 February <https://questions-statements.parliament.uk/written-questions/detail/2026-02-25/908074> [Zugriff 28.4.2026]

3 Pharma-Brief (2025) Entwicklungspolitik: Plant die EU Einschnitte? Nr. 10, S. 8

## USA: MEDIKAMENTENQUALITÄT FRAGLICH

Im Auftrag des US-Verteidigungsministeriums untersucht aktuell ein Labor die Qualität von Generika, mit denen Militäranghörige versorgt werden sollen. Die Ergebnisse von 228 Proben von 13 Wirkstoffen wurden kürzlich publiziert: 27 % wiesen Mängel auf, bei 15 % waren sie gravierend.<sup>1</sup> Dabei ging es um Verunreinigungen mit Stoffen wie Blei und Arsen oder um zu schnelle oder langsame Freisetzung des Wirkstoffs.

Die Autoren sehen mehrere Probleme: 87 % der Wirkstoffe (API) werden im Ausland produziert, dort ist die Kontrolldichte bei den Produktionsstätten zu gering.

2022 ermittelte der US-Rechnungshof (GAO), dass 61 % der ausländischen Fabriken in den vergangenen fünf Jahren von der US-Arzneimittelbehörde FDA nicht inspiziert worden waren. Angesichts der Budgetkürzungen für die Behörde dürfte sich die Lage in Zukunft nicht bessern.

Dazu kommt, dass die FDA im Gegensatz zur europäischen Behörde EMA nicht selbst Wirkstoffe auf dem Markt oder bei Inspektionen testet, deshalb fallen Fehler seltener auf.

Bei einer geringen Zahl an Herstellern entstehen zusätzliche Risiken. 2023 führ-

te eine Inspektion zum Stopp der Produktion des wichtigen Krebsmedikaments Cisplatin in einer von nur zwei lizenzierten Fabriken. Das führte zu monatelangen Engpässen. (JS)

1 Schulman K and Kellermann AL (2026) Substandard Generic Drugs — Threats to Patient Safety and National Security. NEJM; 394, p 1669 <https://doi.org/10.1056/NEJMp2518256>

**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, Hendrike Otto, 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)

# KEINE VORTEILE, ABER SCHADEN – TROTZDEM NOCH AUF DEM MARKT

Viele Herzranke müssen Gerinnungshemmer nehmen, damit sich keine Blutgerinnsel bilden. Dabei kann es als Nebenwirkung bei einem von 200 Patient\*innen im Jahr aber zu Hirnblutungen kommen. Für die neueren Gerinnungshemmer Rivaroxaban und Apixaban fehlte lange ein spezifisches Gegenmittel, um die Blutverdünnung zu unterbrechen. In diese Lücke stieß 2018 Andexanet alfa. Allerdings basierte die vorläufige Zulassung auf dessen Wirkung auf Gerinnungswerte bei Gesunden. Deshalb machten die Kontrollbehörden die Auflage, den Nutzen von Andexanet alfa bei Patient\*innen, die Hirnblutungen unter Rivaroxaban oder Apixaban erlitten, in einer randomisierten Vergleichsstudie zu untersuchen. Die Ergebnisse lagen 2023 vor, führten aber erst im Dezember 2025 zum Rückzug von Andexanet alfa in den USA, nicht jedoch in der EU.<sup>1</sup>

Dabei ist die Faktenlage eindeutig: Gegenüber der üblichen Akutbehandlung, der Gabe von Gerinnungsfaktoren (PPSB), gibt es keine Vorteile, aber Nachteile: Thrombosen treten unter Andexanet alfa doppelt so häufig auf (14,6 % versus 6,9 %), zu Todesfällen durch Thrombosen kam es bei 2,5 % statt 0,9 %.

Die Begründung der europäischen Behörde EMA, warum kein Widerruf der Zulassung erfolgt: Die übliche Therapie mit den Blutgerinnungsfaktoren PPSB ist als Antidot gegen Rivaroxaban und Apixaban nicht zugelassen. Das überzeugt nicht, denn PPSB wird in Leitlinien empfohlen und diente in den Studien als Vergleichsbehandlung.<sup>2</sup> Die unabhängigen Fachzeitschriften Arzneimittelbrief und arznei-telegramm fordern ein Verbot von Andexanet alfa. (JS)

Eine Vorfassung des Artikels erschien in Gute Pillen – Schlechte Pillen 3/2026.

- 1 arznei-telegramm (2026) Rücknahme von Andexanet alfa (Ondexxya) vom US-Markt ... Marktrücknahme in der EU überfällig; 57, S. 6
- 2 Arzneimittelbrief (2026) Schaden statt Zusatznutzen: G-BA-Beschluss zum Antidot Andexanet alfa; 60, S. 21



## EU: VEREINFACHUNG ODER DEREGULIERUNG?

Das Schlagwort Entbürokratisierung hat Konjunktur. Doch was die EU-Kommission mit ihren „Omnibus“ genannten Themenpaketen derzeit betreibt, läuft auf eine Schwächung des Schutzes von Beschäftigten, Verbraucher\*innen und Umwelt hinaus. In einer lesenswerten Dokumentation deckt das Corporate Europe Observatory (CEO) die Schiefelage auf.<sup>1</sup> Von der Idee, „hinderliche“ Regeln der EU systematisch nach Themenschwerpunkten wie Chemikalien, Agrarpolitik oder Umweltschutz zu durchkämmen, über die Schwerpunktsetzung bis zu konkreten Streichvorschlägen, ist die überwältigende Bevorzugung der Industrielobby überdeutlich. Die Kommissar\*innen, die die Vorschläge für die Omnibusse erarbeiteten, trafen sich laut ihrer Terminkalender 2025 zwischen 72 und 95 % mit der Wirtschaftslobby. Nicht besser sieht es mit den sogenannten Implementierungsdialogen und Realitätschecks aus. Auch hier dominieren klar Wirtschaftsinteressen. Wobei CEO erhebliche Schwierigkeiten hatte, an die Informationen zu kommen, weil die Kommission die geltenden Transparenzregeln recht eigenwillig interpretierte. Es besteht die Gefahr, dass die Omnibusse die Interessen der Allgemeinheit einfach überfahren. (JS)

1 CEO (2026) This is what corporate capture looks like! <https://corporateeurope.org/en/2026/04/what-corporate-capture-looks> [Zugriff 30.4.2026]



## KENIA: AUSWIRKUNGEN DURCH USAID-STOPP

### Massive Folgen für die Gesundheit

**Weniger Hilfe, mehr Unsicherheit: Der Rückzug der USA aus zentralen Gesundheitsprogrammen verschärft die Lage in Kenia. Besonders für vulnerable Bevölkerungsgruppen verschlechtert sich der Zugang zu medizinischer Versorgung spürbar.**

Der US-amerikanische Präsident stoppte Anfang des vergangenen Jahres die Finanzierung von USAID, PEPFAR und UNAIDS und trat aus der Weltgesundheitsorganisation aus. Die unmittelbaren Folgen: Programme werden eingestellt, Mitarbeitende entlassen (wir berichten<sup>1</sup>). Die langfristigen Auswirkungen sind gravierend. So geraten in Kenia durch die ausbleibende Finanzierung die Lebensgrundlagen vieler Menschen zunehmend unter Druck: In Trockengebieten wurden Wassermanagement-Programme gestoppt, Viehverluste nehmen zu, Einkommen sinken. Infolge steigender Preise und wirtschaftlicher Veränderungen wächst zugleich die Unsicherheit bei der Nahrungsmittelversorgung. Besonders deutlich zeigen sich die Folgen im Gesundheitssektor.

### Die medizinische Versorgung

Zwischen 2020 und 2025 erhielt Kenia von USAID insgesamt etwa 2,5 Milliarden US-Dollar an Unterstützung. Das entspricht im Schnitt rund 470 Millionen

US-Dollar pro Jahr, wobei ungefähr 80 % dieser Mittel in den Gesundheitsbereich flossen.<sup>2</sup> Durch das Wegfallen zentraler Programme gerät die Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten ins Stocken und Gesundheitsdienste werden eingeschränkt. Gleichzeitig gehen zahlreiche Arbeitsplätze im Gesundheitsbereich verloren, wodurch sich der Zugang zur medizinischen Versorgung – insbesondere für ländliche und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen – weiter verschlechtert. Deutlich macht das eine Studie mit dem Fokus auf reproduktive Gesundheit.

### Eingeschränkter Zugang zu Produkten

Health Action International (HAI) untersuchte gemeinsam mit der Access to Medicines Platform Kenya den Zugang zu Produkten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Kenia.<sup>3</sup> Die Ergebnisse zeigen Einbrüche je nach Produktkategorie: Besonders betroffen sind Verhütungsmittel, Langzeitverhütung, Notfallverhütung sowie Medikamente rund um Schwangerschaft und Geburt.

Im Bezirk Isiolo sank die Verfügbarkeit von Kondomen für Männer und ausgewählten oralen Kontrazeptiva in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen drastisch von über 80 % im Jahr 2022 auf nur noch 38,5 % im Jahr 2025. Auch injizierbare

Verhütungsmittel waren deutlich seltener verfügbar. Bei Implantaten und Spiralen zeigten sich ebenfalls deutlich spürbare Rückgänge.

### Weniger Hilfe, mehr Armut und Ungleichheit

Die Entwicklungen machen deutlich, wie stark der Wegfall internationaler Finanzierung das Gesundheitswesen und darüber hinaus zentrale Lebensbereiche unter Druck setzt. Die Studie zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zeigt, dass ohne nachhaltige Finanzierung und die Unterstützung durch Geberländer besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen den Zugang zu lebenswichtigen Gesundheitsleistungen verlieren könnten.

Der Zusammenhang ist klar: Sinkende Entwicklungshilfe und nachlassende internationale Solidarität verschärfen Armut und Ungleichheit. (EF)

1 Pharma-Brief(2025) Trump schwächt globale Gesundheit. Nr. 2-3, S. 3

2 Mersie A (2026) A year without USAID: In Kenya, the shock reaches herders and hospitals. Devex, 4 Mar <https://www.devex.com/news/a-year-without-usaid-in-kenya-the-shock-reaches-herders-and-hospitals-111978> [Zugriff 30.4.2026]

3 Lawrence A (2026) Alarming fall in access to SRH supplies in Kenya. HAI, 24 Feb <https://haiweb.org/alarmed-fall-in-access-to-srh-supplies-in-kenya/> [Zugriff 30.4.2026]



## ARME LÄNDER WERDEN NOCH ÄRMER

Laut Weltbank zahlten Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen zwischen 2022 und 2024 741 Milliarden US-Dollar mehr für Zinsen und Rückzahlung ihrer Auslandsschulden als sie an neuen Krediten erhielten – die größte Lücke seit mindestens 50 Jahren.<sup>1</sup> Gleichzeitig stiegen 2024 die Zinsen für neue Kredite auf den höchsten Wert seit 24 Jahren. Das alles hat Auswirkungen auf die Gesundheit: In den 22 am stärksten verschuldeten Ländern (Auslandsschulden über 200 % der Exporteinnahmen) sind durchschnittlich 56 % der Bevölkerung unterernährt. (JS)

1 World Bank (2025) International Debt Report 2025. Washington, DC <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-2262-9>

## TB IN EUROPA: VIELE RESISTENZEN

In der WHO-Region Europa erkrankten 2024 geschätzt 204.000 Menschen neu an Tuberkulose.<sup>1</sup> Auch wenn die Zahl der Neuerkrankungen innerhalb von zehn Jahren um 39 % zurückging und die Todesrate sich fast halbierte, starben 2024 noch 15.000 Menschen mit der Krankheit. Es gibt dabei ein starkes Ost-West-Gefälle: Auf 18 östliche der 53 Staaten der Europäischen Region entfielen 166.000 der Neuerkrankungen und 13.000 der Todesfälle.

23 % der neuen Tuberkulosefälle in der Europäischen Region sind multiresistent, im weltweiten Durchschnitt sind es 3,2 %. 51 % der bereits Behandelten sind resistent

gegen das Standardmedikament Rifampicin, weltweit sind es 16 %.<sup>2</sup>

Schätzungsweise wurde jeder fünfte TB-Fall nicht erkannt. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Personen angesteckt werden. Gleichzeitig lassen sich spät erkannte Erkrankungen schlechter behandeln und Resistenzen sind häufiger. Besonders große Lücken gibt es in der Versorgung von Häftlingen und bei Personen mit HIV/Aids. (JS)

1 ECDC and WHO (2026) Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026 [www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062879](http://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062879) [Zugriff 4.5.2026]

2 WHO Euro (2026) Pressemitteilung 23. März [www.who.int/europe/de/news/item/23-03-2026-european-region-misses-1-in-5-tb-cases-while-drug-resistant-strains-remain-among-the-worst-globally](http://www.who.int/europe/de/news/item/23-03-2026-european-region-misses-1-in-5-tb-cases-while-drug-resistant-strains-remain-among-the-worst-globally) [Zugriff 4.5.2026]

## EINFACHER WASSERTEST ENTWICKELT

Bei der Bundesanstalt für Materialforschung und -prüfung (BAM) wurde ein Test entwickelt, der mikrobiell verunreinigtes Wasser in weniger als einer Minute erkennt. Der aus Indien stammende Gastwissenschaftler Swayam Prakash hatte die Idee für den Smartphone-Schnelltest und setzte ihn zusammen mit Knut Rurack von der BAM um.<sup>1</sup>

Im Gegensatz zu klassischen mikrobiologischen Verfahren die bis zu 24 Stunden für die Analyse benötigen, kostenintensiv sind und spezialisierte Labore für die Auswertung erfordern, kann das Ergebnis vor Ort ausgewertet werden. Dazu braucht es nur einen Teststreifen, einen mit 3D-

Druck erzeugten Aufsatz mit eingebauter Optik und LED sowie ein Smartphone.

Statt auf Krankheitserreger zu testen, wird auf einen Indikator gesetzt: Urobilin entsteht im Körper beim Abbau des Blutfarbstoffs, wird ausgeschieden und dient als natürlicher Hinweis dafür, dass Rückstände menschlicher oder tierischer Exkrememente im Wasser vorhanden sind. In Vergleichstests erwies sich die Methode als zuverlässig. (JS)

1 BAM (2026) Smartphone-Schnelltest erkennt mikrobiell verunreinigtes Wasser in weniger als einer Minute. Pressemitteilung 2. April [www.bam.de/Content/DE/Pressemitteilungen/2026/Umwelt/2026-04-02-wasser-schnelltest.html](http://www.bam.de/Content/DE/Pressemitteilungen/2026/Umwelt/2026-04-02-wasser-schnelltest.html) [Zugriff 4.5.2026]

**Erratum:** Im Pharma-Brief Nr. 2/2026 wurde im Artikel „Cholera: Wieder mehr Impfstoff“ der Bildcredit leider falsch angegeben. Das verwendete Bild stammt von © Mario Lemos/UNICEF. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen.

## BLEI: UNTERSCHÄTZTES RISIKO FÜRS HERZ

**Die Belastung mit Blei erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Studie ordnet die Gefahr neu ein. Blei gilt nun nach Luftverschmutzung als das zweitgrößte umweltbezogene Gesundheitsrisiko. Der Globale Süden ist besonders betroffen.**

Die kürzlich veröffentlichte „Global Burden of Disease Study 2023“ stellt fest, dass das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgrund von Bleibelastung weit höher ist als bisher angenommen.<sup>1</sup> Mit jährlich mindestens 3,5 Millionen zusätzlichen Todesfällen klettert Blei von Platz 18 auf Platz 8 der Risiken für die globale Sterblichkeit insgesamt.

Neben der Erhöhung des Blutdrucks löst Blei auch oxidativen Stress, Arteriosklerose und Nierenschäden aus – allesamt Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die weltweit wesentlich zu Krankheitslast und Todesfällen beitragen.<sup>2</sup> Einmal vom Körper aufgenommen, lagert sich Blei beispielsweise in den Knochen ab und beeinflusst den menschlichen Körper so lebenslang.

Obwohl die Verwendung des giftigen Schwermetalls mittlerweile stark zurückgegangen ist, findet es sich nach wie vor in Batterien, Elektroschrott, alten Trinkwasserrohren und teilweise auch in traditioneller Kosmetik oder Medizin. Auch durch Altlasten oder bei Entsorgungsprozessen kommen Menschen mit dem Metall in Kontakt. Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sind besonders betroffen. Dort sind die geschätzten Blutblei-Werte bis zu viermal höher als in Ländern mit hohem Einkommen.

Die Autor\*innen der Studie fordern deshalb, die Nutzung von Blei weiter drastisch zu reduzieren und Maßnahmen vor allem auf Länder mit mittlerem und niedrigem Einkommen zu konzentrieren, wo die Belastung am höchsten ist. (HO)

1 GBD 2023 Lead Collaborators (2026) Lead-Attributable Cardiovascular Disease Burden. Global Burden of Disease Study 2023. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.2197>

2 Pharma-Brief (2025) Nicht übertragbare Krankheiten. Die stille Epidemie. Spezial Nr. 2