



## Public Pharma

Öffentliche Pharmaindustrie für nachhaltige  
Arzneimittelversorgung

**BUKO** Pharma-Kampagne  
[www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)

Mitglied von Health Action International

# INHALT

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Public Pharma für eine gerechtere Versorgung</b> .....                                                   | 1  |
| <b>Gier statt Gesundheit</b><br>Warum Pharma-Politik einen Umbruch braucht .....                            | 2  |
| <b>Forschung: An der Wurzel</b><br>Innovation ohne Profitstreben ist möglich .....                          | 5  |
| <b>Produktion &amp; Verteilung: Damit Arzneimittel ankommen</b><br>Public Pharma schafft Alternativen ..... | 11 |
| <b>Im Fokus: Fiocruz (Brasilien)</b><br>Aktiv von der Pest bis Covid .....                                  | 15 |
| <b>Im Fokus: APL (Schweden)</b><br>Produktion nach öffentlichem Bedarf .....                                | 17 |
| <b>Pharmapolitik neu denken</b><br>Warum Europa ein eigenes Salk Institut braucht .....                     | 19 |

# IMPRESSUM

**Herausgeber:** BUKO Pharma-Kampagne  
Gesundheit – global und gerecht e.V.  
August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland  
Fon +49-(0)521-60550  
pharma-brief@bukopharma.de, www.bukopharma.de

**Text:** Ella Feldmann (EF), Max Klein (MK)

**Mitarbeit:** EF, MK, Hendrike Otto, Jörg Schaaber, Esther Guthy

**Design:** Susan Weise

**Druck:** Druckerei + Verlag Kurt Eilbracht GmbH & Co. KG

**Fotos Titel:** v. l. n. r. © Nacer HA/iStock, © hamzaturkkol/iStock,  
© Shayne Robinson

© Copyright BUKO Pharma-Kampagne 2026

*Diese Publikation wurde gefördert durch medico international*



Für den Inhalt dieser Publikation ist allein Gesundheit – global und gerecht e.V. verantwortlich.

# GLOSSAR

**APL:** Apotek Produktion & Laboratorier AB (Schweden)

**Biosimilar:** wirkungsgleiche Kopie eines biologisch hergestellten Medikaments

**Biologische Produkte, Biologika:** Präparate, deren Wirkstoffe mithilfe von lebenden Organismen, Zellen oder biotechnologischen Verfahren hergestellt oder aus ihnen gewonnen werden

**Blockbuster-Arzneimittel:** Medikament mit einem Jahresumsatz von mindestens 1 Milliarden US\$

**Evergreening:** Verlängerung des Schutzes durch spätere angemeldete Sekundärpatente

**Generikum:** identische Kopie eines chemisch hergestellten Wirkstoffes

**IP:** Intellectual Property (geistiges Eigentum)

**MPP:** Medicines Patent Pool

**NIH:** National Institutes of Health (Nationale Gesundheitsinstitute in den USA)

**R&D:** Research & Development (Forschung und Entwicklung)

**SDGs:** Sustainable Development Goals (die Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen)

**Sekundärpatente:** schützen z. B. Produktmodifikationen

**Shareholder:** Anteilseigner\*in, Aktionär\*in

**TLV:** Schwedische Behörde für Zahn- und Arzneimittelleistungen

**TRIPS:** Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Handelsbezogene Aspekte geistiger Eigentumsrechte, Vertragswerk der WTO)

**Unentbehrliche Arzneimittel:** Auswahl von Medikamenten, die für die medizinische Versorgung der Bevölkerung notwendig sind

**WHO:** World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

**WTO:** World Trade Organization (Welthandelsorganisation)



*Public Pharma – eine Richtungsentscheidung. Foto: © hamzaturkcol/iStock, bearbeitet*

## PUBLIC PHARMA FÜR EINE GERECHTERE VERSORGUNG

**Hohe Preise, wiederkehrende Lieferengpässe und Forschung, die sich auf hochlukrative Felder konzentriert, prägen das heutige Arzneimittelsystem. Um den weltweiten Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten, Impfstoffen und Tests nachhaltig zu ermöglichen, braucht es einen grundlegenden Kurswechsel.**

Welche Arzneimittel erforscht und produziert werden, richtet sich stärker nach Gewinninteressen als nach dem globalen gesellschaftlichen Bedarf. Das gegenwärtige Patentwesen treibt dabei die Preise in die Höhe und erschwert Millionen Menschen – insbesondere im Globalen Süden – den Zugang zu lebenswichtigen Produkten. Auch in reicheren Ländern stoßen Gesundheitssysteme durch steigende finanzielle Belastung längst an ihre Grenzen. Das Menschenrecht auf Gesundheit ist weltweit in akuter Gefahr.

Um die aktuellen, vielfältigen Probleme nachhaltig anzugehen, ist ein struktureller Ansatz erforderlich. Daher hat sich rund um den Begriff „Public Pharma“<sup>1</sup> eine globale Bewegung für eine öffentliche Pharma-industrie gebildet. Im Kern geht es darum, Forschung, Produktion und Zugang in Bezug auf Arzneimittel am tatsächlichen, öffentlichen Interesse auszurichten. Zur Bewegung gehören Patientenvertreter\*innen, Wissenschaftler\*innen und zunehmend auch Amtsträger\*innen.<sup>1</sup>

In der wissenschaftlichen Literatur wird Public Pharma beschrieben als „[...] die Entwicklung, Herstellung und der Vertrieb von Arzneimitteln und biologischen Produkten durch den öffentlichen Sektor anstelle privater Unternehmen“<sup>2</sup>. Initiativen in dem Bereich betonen auch den „Aufbau von Infrastrukturen, politischen Maßnahmen und Steuerungsmechanismen“.<sup>1</sup>

Für die konkrete Ausgestaltung von Public Pharma existieren in der Debatte verschiedene Herangehensweisen und Ideen. Perspektiven unterscheiden sich insbesondere darin, wie weitreichend angestrebte Veränderungen sein sollen oder sogar müssen. Einige Konzepte setzen auf eine vollständige Übernahme von Arzneimittelforschung, -produktion und -verteilung durch die öffentliche Hand. Andere schlagen primär schrittweise Reformen vor oder wollen bestehende politische Handlungsspielräume konsequenter nutzen. Zumeist wird allerdings davon ausgegangen, dass der Ausbau öffentlicher Produktionskapazitäten allein nicht ausreicht. Erst durch regulatorische Maßnahmen, die das Arzneimittelsystem am öffentlichen Interesse ausrichten, kann die ungesunde Kommerzialisierung und Privatisierung der globalen Versorgung nachhaltig reduziert werden.<sup>3</sup> Ein Beispiel für eine solche regulatorische Maßnahme wäre, die öffentliche Förderung der Arzneimittelforschung an bestimmte Bedingungen zu knüpfen, etwa an die Verpflichtung, daraus hervorgehende Medikamente zu erschwinglichen Preisen anzubieten. Dies könnte gleichzeitig eine

öffentliche Beteiligung an Entscheidungen ermöglichen, etwa zu Forschungsprioritäten, sowie bessere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachkräfte.<sup>4</sup>

Die Überlegungen zu Public Pharma beginnen nicht bei Null. Schon heute leisten zum Beispiel öffentliche Forschung und Forschungsfinanzierung einen elementaren Beitrag zur Entwicklung der meisten pharmazeutischen Innovationen. Und dass öffentliche Arznei-

mittelproduktion erfolgreich sein kann, zeigen bereits Beispiele aus Asien, Europa und Lateinamerika.<sup>5</sup>

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick zum Zukunftsthema Public Pharma und vertieft einzelne Aspekte anhand anschaulicher Fallbeispiele. Sie analysiert, warum das gegenwärtige Arzneimittelsystem grundlegende Reformen benötigt und stellt Ansätze vor, die bereits heute zu einer am öffentlichen Interesse orientierten Versorgung beitragen. (EF)

1 Brown D (2026) A Public Option for Pharmaceutical R&D. <https://cdn.vanderbilt.edu/vu-URL/wp-content/uploads/sites/412/2026/01/30174311/A-Public-Option-for-Pharmaceutical-RD.pdf> [Zugriff 30.7.2026]

2 Kumar S (2026) Formulating public pharma. Cornell Law Review; 110, p 1369

3 Ringger B (2024) Arzneimittelkrise: SP fordert Public-Pharma-Strategie. Schlussdokumentation. SP Schweiz.

4 Public Pharma for Europe (o.J.) <https://publicpharmaforeurope.org/about-us/> [Zugriff 8.8.2026]

5 Quigley F (2019) Removing the profit from our pills: The case for a public pharma system. Common Dreams. 18 Sep [www.commondreams.org/views/2019/09/18/removing-profit-our-pills-case-public-pharma-system](https://www.commondreams.org/views/2019/09/18/removing-profit-our-pills-case-public-pharma-system) [Zugriff 8.8.2026]



Kampagne „Fix the patent laws“ in Südafrika.  
Foto: © Shayne Robinson

## GIER STATT GESUNDHEIT

### Warum Pharma-Politik einen Umbruch braucht

**Die Schlagzeilen zu MilliardenGewinnen und möglichen Forschungsdurchbrüchen täuschen nicht darüber hinweg, dass das Modell kommerzieller Pharmaindustrie in einer elementaren Krise steckt. Mit Folgen: Nicht nur für zahllose Patient\*innen, sondern für ganze Länder ist heute keine nachhaltige Gesundheitsversorgung möglich. Auch in reichen Staaten spitzt sich die Situation zu.**

Täglich erleben große Teile der Weltbevölkerung am eigenen Leib, dass ihre Gesundheitsversorgung mangelhaft ist. Eine wichtige Ursache ist der limitierte Zugang zu adäquaten sowie bezahlbaren Arzneimitteln. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mahnt

bereits seit Jahren an, dass rund zwei Milliarden Menschen weltweit keinen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben.<sup>1</sup>

### Eine Frage der Gerechtigkeit

In vielen Ländern niedrigen und mittleren Einkommens sind solche medizinischen Versorgungsfragen ein hochpolitisches Problem, dass das Menschenrecht auf Gesundheit unmittelbar betrifft. In Südafrika beispielsweise treten engagierte Krebs-Patient\*innen in jüngerer Zeit in die Fußstapfen der berühmten Aids-Aktivist\*innen der 1990er und 2000er Jahre.<sup>2</sup> Mittlerweile spüren allerdings auch Gesellschaften reiche-

rer Staaten, dass etwas grundlegend aus dem Ruder gelaufen ist. In den USA klagte der populäre Komiker John Stewart unlängst vor Millionenpublikum: „Die Pharmaunternehmen bekommen von unserer Regierung alles – Steuererleichterungen, Forschungszuschüsse, Patentverlängerungen im Wert von Milliarden Dollar – und was bekommen wir, die Bevölkerung, dafür? Die höchsten Arzneimittelpreise in der westlichen Hemisphäre!“<sup>3</sup>

Gesundheit ist heute mehr denn je eine Ware, das kommerzielle Pharma-System nicht auf reale globale Gesundheitsbedürfnisse ausgerichtet, sondern auf Gewinnmaximierung. Viele Stimmen aus der Industrie sehen darin tatsächlich keinen Gegensatz – wer Innovationen wolle, müsse dies eben „entsprechend honorieren“.<sup>4</sup> Möglichst hohe Gewinne seien der wichtigste Anreiz für (menschlichen) Fortschritt, so die Theorie, letztlich eine Variation des berühmten „Wall Street“-Monologs von 1987: „Gier ist gut, Gier ist richtig. Gier funktioniert.“<sup>5</sup>

Tatsächlich versagen Marktmechanismen bei dringend notwendiger Forschung aber seit Dekaden, etwa bei Antibiotika oder weit verbreiteten Armutskrankheiten. Zur Diagnose und Behandlung vernachlässigter Tropenkrankheiten konstatierte die tansanische Forscherin Dr. Mwelecele Ntuli Malecela einmal: „Momentan nutzen wir im 21. Jahrhundert Werkzeuge aus dem 19. Jahrhundert“.<sup>6</sup>

## Dividenden statt Patient\*innen

Dennoch wird der Mythos fortschrittsfördernder Gier weitergesponnen durch eine der finanzstärksten Großindustrien weltweit, die 2025 allein in den USA rund 340 Millionen \$ für Lobbyaktivitäten ausgab und damit am meisten aller Branchen.<sup>7</sup> Dabei wird oft übersehen, dass ihr Geschäftsmodus heute deutlich anders ist als noch im 20. Jahrhundert (vgl. Zitatbox).

Dies hat nicht nur negative Konsequenzen für die Preisentwicklung bei Arzneimitteln, sondern auch für innovative Forschung, die von der Industrie gerne stolz als Daseinsberechtigung angeführt wird.<sup>9</sup> Die Finanzialisierung sorgt unter anderem dafür, dass Dividenden für Aktionär\*innen auf Kosten realer Forschungsinvestitionen gehen: „Überspitzt gesagt sind nicht mehr die Patient:innen die Zielgruppe einer Pharmafirma, sondern die Shareholder.“<sup>10</sup> Kritische Analysen ziehen angesichts der zentralen Rolle von geistigen Eigentumsrechten (IP) in diesem Geflecht klare Parallelen zum Technologiesektor. In beiden Fällen würden globale

## Wie hast Du Dich verändert

„Die Pharmaindustrie hat sich seit Beginn der 1980er Jahre grundlegend gewandelt. Diese Veränderungen hängen mit neoliberaler Wirtschaftspolitik und einer zunehmenden Finanzialisierung der Branche zusammen, was sich am deutlichsten bei den hohen Anteilen großer Finanzunternehmen an den Aktien von Pharmaunternehmen zeigt, aber auch bei den verfolgten Geschäftsstrategien. Dazu gehören Veränderungen hinsichtlich der Höhe und der Art der Vergütungspakete für Führungskräfte [...] sowie der umfangreiche Einsatz von Aktienrückkäufen und gestiegene Marketingausgaben, die insgesamt einen wachsenden Anteil an den Unternehmensausgaben ausmachen. Dazu gehören auch die starke Abhängigkeit von der Sicherung neuer, potenziell gewinnbringender Arzneimittel durch Fusionen und Übernahmen sowie in vielen Fällen die Abhängigkeit von Krediten, die mit Hilfe und Förderung des Finanzsektors aufgenommen werden, um diese zu realisieren.“<sup>8</sup>

— Joan Busfield

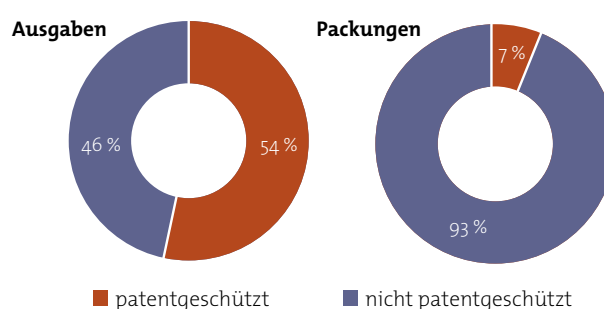
Player ihre Dominanz nicht primär auf freien Märkten durch den konkurrierenden Verkauf von Waren oder Dienstleistungen etablieren, sondern durch monopolisierte Kontrolle der Produktion und Distribution von Wissen in Form geistigen Eigentums.<sup>11</sup>

## Patente, Preise, Probleme

Geistiges Eigentum hat viele Facetten, im Zentrum des Interesses stehen meist Patente. Ihre Auswirkungen haben unmittelbaren Einfluss auf die Versorgung von Patient\*innen, wie exemplarisch ein Blick auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland 2024 zeigt: Obwohl Arzneimittel mit Patentschutz nur 7 % der abgegebenen Packungen ausmachten, verursachten sie über 50 % der Kosten.<sup>12</sup>

### Arzneimittel in den gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands, 2024

Finanzielle Ausgaben und abgegebene Packungen



Eigene Darstellung nach Techniker Krankenkasse (2026)<sup>12</sup>

Patente ermöglichen die Durchsetzung hoher Medikamentenpreise und so massive Gewinne, die extrem über denen für Generika liegen.<sup>13</sup> Jene wiederum bilden zwar das Rückgrat der globalen Versorgung, geraten aber zunehmend unter Druck, insbesondere durch geringere Rentabilität und den Fokus von Firmen auf lukrativere Märkte – eine Folge davon sind hochproblemmatische Lieferengpässe.<sup>14</sup>

Die Pharmaindustrie hat Mittel und Wege gefunden, Patente, Geschäftsgeheimnisse und andere Elemente geistigen Eigentums möglichst umfangreich abzusichern (vgl. Produktion & Verteilung S. 11). Zugleich spielt die öffentliche Hand in der Forschung eine elementare Rolle und so existiert aktuell „[...] eine staatlich subventionierte Pipeline, in der Universitäten und Start-ups Entdeckungen hervorbringen, während Großkonzerne die Eigentumsrechte an sich ziehen. Es ist ein Mechanismus, der Kosten vergesellschaftet und Gewinne privatisiert.“<sup>15</sup>

## Was kommt nach dem Gipfel?

Wie gnadenlos das hier beschriebene Geschäftsmodell verteidigt wird, spiegelte besonders drastisch die globale Impf-Ungerechtigkeit der Covid-19-Pandemie wieder. Dr. Ayoade Olatunbosun-Alakija, damals Ko-Vorsitzende der African Vaccine Delivery Alliance, fasste 2021 zusammen: „Wir lassen zu, dass Menschen durch den Egoismus reicher Länder und durch die Gier der pharmazeutischen Industrie sterben.“<sup>16</sup> Die Welthandelsorganisation (WTO) verschleppte lange konkrete Diskussionen um eine Freigabe von Patenten und kam am Ende 2022 nur zu einem quasi entkernten Beschluss – reiche Länder mit Pharmaindustrie hatten sich durchgesetzt.<sup>17</sup>

Auch durch die internationalen Verwerfungen jener Zeit mehren sich die Stimmen, wonach das aktuelle Pharma-Modell auf eine Art Kipppunkt zusteuert, in der Fachdebatte „Peak Pharma“ genannt. Jener Gipfel ist geprägt von „Höchststand bei den Preisen, Höchststand bei der Ressourcenkonzentration, Höchststand bei der Finanzialisierung und Höchststand bei der Expansion.“<sup>18</sup> Wie man vom Wandern in den Bergen jedoch weiß, kommt nach dem Gipfel der Abstieg. Umso dringender ist es an der Zeit, nach Alternativen zu suchen und neuen Ansätzen wie Public Pharma auch in der Praxis Raum zu geben. (MK)



Global ungleich verteilt: COVID-19-Impfstoff.  
Foto: © Matt Hunt/iStock

1 WHO (2025) Comprehensive report on access to medicines, vaccines and other health products in the context of the right to the highest attainable standard of physical and mental health. <https://docs.un.org/en/A/HRC/59/29> [Zugriff 11.8.2026]  
2 Pharma-Brief (2021) Unbezahlbar krank. Spezial Nr. 1  
3 The Daily Show (2025) Jon Stewart Takes on DOGE's Misguided Budget Cuts. 25 Feb.; [www.youtube.com/watch?v=utl2uLh1wVI](https://www.youtube.com/watch?v=utl2uLh1wVI) [Zugriff 11.8.2026]  
4 Martius F (2025) Arzneimittelpreise: Das große Missverständnis. <https://pharma-fakten.de/news/arzneimittelpreise-das-grosse-missverstaendnis/> [Zugriff 11.8.2026]  
5 Steinfeld T (2010) „Das Beste am Menschen ist die Gier“. Süddeutsche Zeitung online, 17. Mai [www.sueddeutsche.de/wirtschaft/grosse-spekulanten-45-das-beste-am-menschen-ist-die-gier-1.363278](https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/grosse-spekulanten-45-das-beste-am-menschen-ist-die-gier-1.363278) [Zugriff 11.8.2026]  
6 WHO (2020) Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030. Genf: World Health Organization  
7 Seitz K (2026) Globale Gesundheit in der Krise: Herausforderungen und Handlungsoptionen. Brot für die Welt/GPF Europe/misereor, Briefing Paper, Mai 2026  
8 Busfield J (2020) Documenting the financialisation of the pharmaceutical industry. Social Science & Medicine; 258 <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2020.113096> [Zugriff 11.8.2026]

9 Foster L et al. (2023) Measuring Pharma's Trust Performance. Pharmaceutical Executive; 43, p 6  
10 Heller F (2024) Public Pharma for Europe. Dr. med. Mabuse; 266, S. 56  
11 Fernandez R et al. (2025) The power to profit without producing. [www.somo.nl/the-power-to-profit-without-producing/](https://www.somo.nl/the-power-to-profit-without-producing/) [Zugriff 11.8.2026]  
12 Techniker Krankenkasse (2026) Überteuerte Arzneimittel: 230 Millionen Euro Einsparpotenzial in Schleswig-Holstein. Pressemitteilung 14.1.2026 [www.tk.de/presse/themen/arzneimittel/arzneimittelkosten-2211006?rkcm=ab](https://www.tk.de/presse/themen/arzneimittel/arzneimittelkosten-2211006?rkcm=ab) [Zugriff 11.8.2026]  
13 Hoferichter A (2024) Medikamente für alle. MIT Technology Review; 8, [www.heise.de/select/tr/2024/8/2427011064284107207](https://www.heise.de/select/tr/2024/8/2427011064284107207) [Zugriff 11.8.2026]  
14 Silva AR, Wintgens J (2025) Public Pharma – ein Gegenmittel bei Arzneimittelengpässen. [www.vdaec.de/2025/public-pharma-ein-gegenmittel-bei-arzneimittelengpaesse/](https://www.vdaec.de/2025/public-pharma-ein-gegenmittel-bei-arzneimittelengpaesse/) [Zugriff 11.8.2026]  
15 "  
16 BUKO Pharma-Kampagne (2021) Dr. Ayoade Olatunbosun-Alakija - Memento Preisverleihung 2021. [www.youtube.com/watch?v=ICGIzgoj9LI](https://www.youtube.com/watch?v=ICGIzgoj9LI) [Zugriff 11.8.2026]  
17 Pharma-Brief (2022) WTO Patent-Waiver: Außer Spesen nichts gewesen. Nr. 5-6, S. 1  
18 Geiger S, Bourgeron T (2025) Peak Pharma: Toward a New Political Economy of Health. Oxford: Oxford University Press



Forschung ist ein komplexes Geflecht.

Foto: © Doris Teng/iStock

## FORSCHUNG: AN DER WURZEL

Innovation ohne Profitstreben ist möglich

**Forschung ist der Ausgangspunkt für neue Arzneimittel sowie für die Verbesserung oder mögliche Umnutzung bereits bekannter Wirkstoffe. Kaum verwunderlich, dass die strukturelle Krise des privaten Pharmasektors dort sehr deutlich zutage tritt. Aber wie kann Veränderung angestoßen werden?**

Eine Öffentlichkeitskampagne des Pharma-Dachverbandes IFPMA betitelte 2023 pharmazeutische Innovation als „Kern unserer Arbeit“ und bemühte dafür das Hashtag #AlwaysInnovating.<sup>1</sup> Dies folgte dem weitverbreiteten Mythos der Industrie als Zugpferd medizinischen Fortschritts. Tatsächlich jedoch ist das kommerzielle Forschungssystem traditionell stark durch die öffentliche Hand geprägt, gespeist aus Steuergeldern. Zum Beispiel entstammten fünf von sechs AIDS-Medikamenten der ersten Generation den Laboren staatlicher Institute und Universitäten.<sup>2</sup> Leider sind sich Politik und Öffentlichkeit dieser Konstellation nur wenig bewusst – dabei bedeutet sie, dass bereits eine solide Basis für Public Pharma besteht.

### Die Rechnung, bitte – doppelt

Durch den langwierigen, oft unübersichtlichen Prozess bis zur Zulassung eines Arzneimittels gerät der staatliche Beitrag an wissenschaftlicher Arbeit und Geldern schnell aus den Augen. Das zeigt sich zuvorderst bei der ebenso elementaren wie risikoreichen Grundla-

genforschung. Generell kaufen große Unternehmen Innovationen oft extern ein (vgl. Zitatbox). So zahlen Patient\*innen schnell doppelt für ein Produkt, einerseits durch Steuergelder sowie andererseits durch Krankenversicherungsprämien und Zuzahlungen, auch wenn Industrievertreter\*innen dies gern bestreiten.<sup>3</sup>

### Wer forscht hier eigentlich?

*„In der Regel ist das Muster so: Die öffentliche Hand zahlt die gesamte Grundlagenforschung, die viele Jahre bis zum Erfolg braucht. Sobald ein patentierbares Ergebnis vorliegt, wird eine kommerzielle Verwertung von den entsprechenden Technologie-Transfer-Büros der Universitäten gefördert. Dann wird ein Biotech-Spin-out (ein sogenanntes Start-up einer Universität) gegründet, ebenfalls mit viel öffentlichem Kapital, um die ersten präklinischen Studien durchzuführen. Pharmafirmen haben „Patent-Scouts“, die genau beobachten, was Universitäten erforschen, um dann – bei den ersten positiven Ergebnissen – ein Angebot vorzulegen. Sie kaufen das Patent, verhandeln eine exklusive Lizenzierung oder erwerben gar das ganze Start-up, um dann in klinischen Studien die Erforschung der Mittel am Menschen durchzuführen. Dazwischen kann es noch ein- oder mehrmals zu Verkäufen der Firmen mit den Produkten kommen.“<sup>4</sup>*

— Claudia Wild

Beispiele für die teure Privatisierung von Wissen sind leicht zu finden, besonders bemerkenswert ist die Geschichte von Insulin (vgl. Im Blick: Insulin). Exemplarisch stehen zudem mRNA-Impfstoffe während der Covid-19-Pandemie, die trotz politischer Lippenbekenntnisse nicht als globales öffentliches Gut behandelt wurden, obwohl die Wurzeln dafür wichtiger Technologien in öffentlicher Forschung liegen.<sup>5</sup> Im Jahr 2021 machte allein Pfizer mit seinem Impfstoff Comirnaty® fast 37 Milliarden \$ Umsatz.<sup>6</sup> Die Firma betonte mehrfach, keine

staatliche Finanzierung für die Forschung erhalten zu haben. Ihr Kooperationspartner Biontech, der das Produkt primär vorangetrieben hatte, baute jedoch nicht nur auf öffentliche Forschung auf, sondern erhielt zusätzlich Staatsgelder.<sup>7</sup> Konkurrent Moderna, ebenfalls mit Milliardenumsätzen durch mRNA-Impfstoffe, profitierte sogar noch umfangreicher direkt und indirekt von staatlicher Forschung und Förderung.<sup>8</sup>

## Im Blick: Insulin

Wenige Präparate haben ihr Anwendungsfeld so bahnbrechend verändert wie Insulin – leider ist seine Geschichte aber auch eine Warnung. Frederick Banting und Mitstreiter\*innen meldeten ihre Innovation zwar als US-Patent an, verkauften 1923 die Besitzansprüche allerdings direkt für jeweils einen symbolischen Dollar an die Universität Toronto. Sie gingen davon aus, dass die Veröffentlichung der Verfahrensweise viele Produzenten hervorbringen und damit profitable Monopole verhindern würde.<sup>9</sup> „Der Wunsch war ganz einfach: Jeder, der dieses lebensrettende Medikament benötigte, sollte es erhalten.“<sup>10</sup> Banting selbst sagte, Insulin gehöre der Welt.<sup>11</sup>

Es brauchte nicht einmal ein Jahrhundert, um ihre Hoffnungen massiv zu enttäuschen. So stellte ein Fachbeitrag 2013 einen „doppelten Skandal“ fest, denn man lebe „[...] in einer Welt, in der Ressourcen für Produkte verschwendet werden, die nur geringe Vorteile bieten, während die Menschen nicht von einem Produkt profitieren, das bereits vor rund 90 Jahren erstmals zum Einsatz kam.“<sup>12</sup> Nach dem Meilenstein von Banting und Kolleg\*innen begannen Labore schon 1923 durch Produktionslizenzen mit der Herstellung in Dänemark, Deutschland und Österreich, es folgten Ungarn, Australien und Argentinien.<sup>13</sup> Heute jedoch wird der Insulinmarkt zu über 90 % von drei Herstellern (Eli Lilly, Novo Nordisk & Sanofi) kontrolliert.<sup>14</sup> Zu den drastischen Folgen des Konkurrenz Mangels gehören hohe Preise, Forschungslücken bei Temperaturstabilität und die industriell forcierte Verschiebung des Angebotes hin zu teureren Insulinvarianten, oft ohne adäquaten Zusatznutzen.<sup>15</sup> In vielen Ländern niedrigen und mittleren Einkommens sind währenddessen selbst ältere Produkte noch unbezahlbar.<sup>16</sup>

Entsprechend verwundert es nicht, dass gerade dieses Arzneimittel in der Public Pharma-Debatte oft Thema ist. Eigenproduktion könnte für Staaten gleich mehrere Probleme lösen, neben der drückenden Kostenbürde auch Versorgungsengpässe.<sup>17</sup> Große Aufmerksamkeit erhielt zuletzt ein Vorstoß Kaliforniens: Der US-Bundesstaat bietet aktuell via Produktionskooperation eine Insulinvariante als günstigeres Biosimilar an (vgl. Produktion & Verteilung S. 11), möchte jedoch in absehbarer Zeit auch selbst herstellen.



Frederick Banting und Charles Best mit einem Hund an der University of Toronto, 1921. Foto: © Thomas Fisher Rare Book Library, University of Toronto

## Was wäre wenn?

Wie es anders aussehen könnte, lässt sich am Beispiel von Caplacizumab (Handelsname Cablivi®) durchdenken, das gegen eine seltene aber gefährliche Blutgerinnungsstörung Einsatz findet. Das Medikament geht zurück auf Forschungsaktivitäten zu Nanobodies am öffentlich finanzierten Flämischen Institut für Biotechnologie (VIB) in Belgien. Durch eine Ausgründung des VIB namens Ablynx wurden Geldgeber wie Risikokapitalfonds auf die Arbeiten aufmerksam. 2018 konnten sie kassieren: Kurz vor der Zulassung von Caplacizumab kaufte Sanofi Ablynx für fast 4 Milliarden Euro und verlangte anschließend hohe Preise, sogar in Belgien selbst.<sup>18</sup> Im Rahmen von Public Pharma hätte das Land die Rechte behalten, Gewinne in Forschung reinvestieren und zudem adäquate Preise ansetzen können, womit es unabhängiger von Industriebzwang und transparenter gehandelt hätte.<sup>19</sup>

Die Früchte öffentlicher Forschung sollten der Gemeinschaft adäquat zugutekommen. Jonas Salk, Pionier der Polio-Impfstoffentwicklung, patentierte 1955 seine wichtigste Entdeckung nicht, da sie den Menschen gehöre (vgl. Pharmapolitik neu denken S. 19). Er unterstrich dies mit der berühmten Frage „Könnte man die Sonne patentieren?“<sup>20</sup>



Indische Briefmarke zu einer Polio-Impfkampagne, 1998.  
Foto: © raclo/iStock

Abseits solcher kategorischer Entscheidungen, ließen sich zumindest als kleinere Lösung konkrete Auflagen nutzen: „Patente und Lizenzen sollten an klare Zugangs- und Preisbedingungen sowie an eine Offenlegung von Forschungs- und Entwicklungskosten gebunden sein.“<sup>21</sup> Auch die Förderung von Open Access und Open Source gehört in diesen Kontext, damit Forschung nachvollziehbar und Wissen einfach global transferierbar ist.

## Fehlversorgung hier und dort

Alternativen zum Status-quo sind dringend vonnöten. Wie zuvor erwähnt, liegen im 21. Jahrhundert wichtige Forschungsfelder erschreckend brach. Für die Antibiotikaentwicklung bestehen Forderungen nach öffentlicher Übernahme daher seit Jahren.<sup>22</sup> Bei global weit verbreiteten Armutskrankheiten wie Wurmbefall wiederum ruhen die Hoffnungen von Patient\*innen teils eher auf der Tier- statt der Humanmedizin.<sup>23</sup> Gleichzeitig ist die unterfinanzierte Forschung an vernachlässigten Erkrankungen, zumeist durchgeführt von Hochschulen oder Produktentwicklungspartnerschaften, häufig vom guten Willen einiger weniger Geber abhängig – darunter großen Stiftungen, die nicht demokratisch legitimiert sind und eigene Ziele verfolgen.<sup>24</sup>

Das Gegenstück zu dieser Unterversorgung, die vor allem Länder des Globalen Südens betrifft, ist die Fehlversorgung im Globalen Norden. Denn lukrative Märkte reicher Staaten werden von Firmen intensiv bedient und mit harten Bandagen umkämpft. Dabei sind hohe Preise einer der „Kollateralschäden“ für die Bevölkerung, doch längst nicht das einzige Problem. Um sich durchzusetzen, werden etwa von Industrie-seite Unsummen in Werbung, Öffentlichkeitsarbeit und Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens von Mediziner\*innen investiert. Drastische Auswirkungen hat dies beispielsweise in den USA in Form der anhaltenden Opioid-Krise mit hunderttausenden Toten, unter anderem durch das aggressiv vermarktete Schmerzmittel OxyContin®.<sup>25</sup>

## Innovation ohne Zugang

Während der Ursachenforschung zu diesem ungesunden Zustand globaler Arzneimittelversorgung rückt die Rolle geistigen Eigentums zwangsläufig in den Fokus – nicht als alleiniges, aber doch zentrales Problem. Meist gilt das Interesse dabei Patenten, obwohl auch andere Aspekte von IP wie Marktexklusivität, Unterlagenschutz oder Geschäftsgeheimnisse bedeutend sind.<sup>26</sup>

Patente sind ein Steuerungsinstrument und sollen gesellschaftlich nützliche Erfindungen anregen. In der Grundidee kann eine Innovation für begrenzte Zeit vor Konkurrenz geschützt werden, um „Erfinder\*innen“ via Monopol Gewinne durch hohe Preise zu bescheren. Wie allerdings nicht nur der Wirtschaftsnobelpreisträger Joseph Stiglitz feststellte, ist Gesundheitsversorgung kein gewöhnlicher Markt und die Sache hat einen weiteren Haken. „Das grundlegende Problem des Patentsystems ist einfach: Es basiert darauf, die Nutzung von Wissen einzuschränken.“<sup>27</sup> Im Extremfall schafft dies medizinische Innovation ohne Zugang und tatsächlich sind dadurch für einen großen Teil der Weltbevölkerung viele neue Arzneimittel faktisch nicht existent.

### Dreiste Verzögerungstaktiken

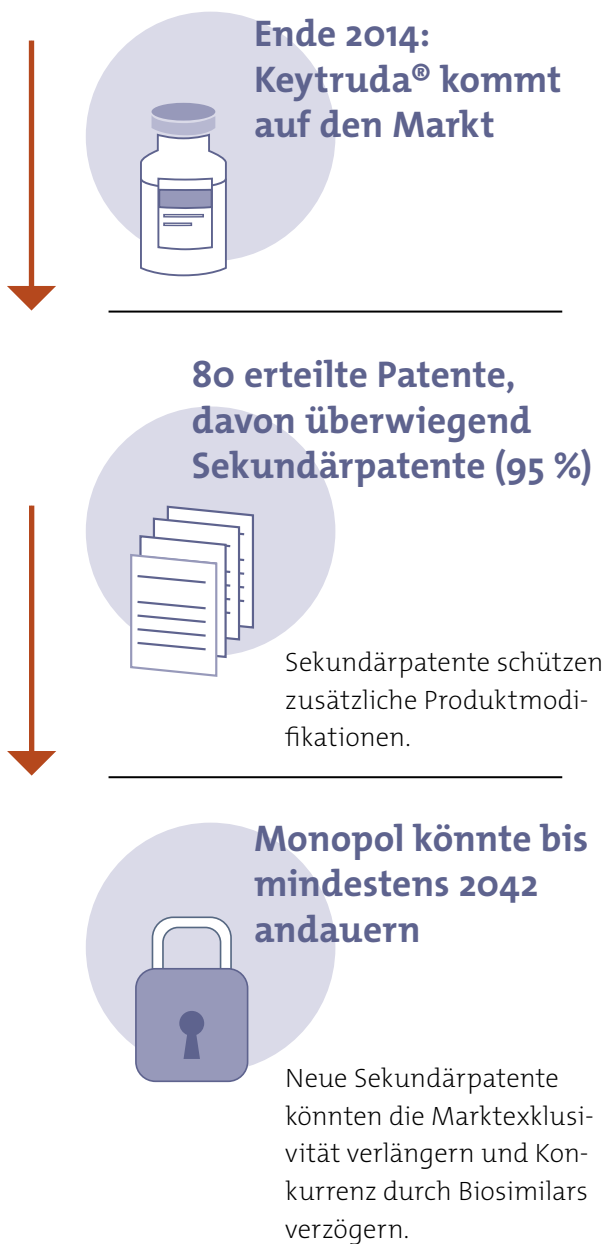
Die kommerzielle Pharmaindustrie ist aktuell geprägt vom Streben nach hochpreisigen Blockbuster-Arzneimitteln, die möglichst lange konkurrenzlos bleiben. Längst sind Produkte nicht nur von einem Patent, sondern durch ein ganzes Dickicht abgesichert, „ein dichtes, sich überschneidendes Geflecht aus Rechten geistigen Eigentums, das ein einzelnes Medikament wie eine juristische Festung umgibt.“<sup>28</sup> Ein Aspekt davon ist das sogenannte Evergreening, eine „[...] missbräuchliche Anhäufung von Sekundärpatenten“.<sup>29</sup>

Patentdickichte haben gravierende Folgen für Patient\*innen und Versorgungssysteme. So erreichten günstigere Generika vom Blutverdünner Eliquis® (Wirkstoff Apixaban) in den USA Jahre später den Markt als in Europa und kosteten dadurch Milliarden US-Dollar zusätzlich, zum Vorteil des Produzenten Pfizer.<sup>30</sup> Auch für die Hersteller von Humira® (Adalimumab) und Keytruda® (Pembrolizumab) lohnten sich verschiedene dreiste Verzögerungstaktiken. Humira®, eingesetzt gegen Autoimmunerkrankungen, brachte AbbVie so über die Jahre insgesamt mehr als 200 Milliarden \$ Umsatz.<sup>31</sup> Das Krebsmedikament Keytruda® bescherte allein 2023 Verkäufe von 25 Milliarden \$ und stellte damit rund 40 % der Gesamtverkäufe von MSD.<sup>32</sup>

Das Instrumentarium zur Einschränkung freien Wettbewerbs ist aber noch vielseitiger, so etwa der „Pay-for-Delay“-Ansatz: „Zahlen fürs Verzögern“. Dadurch haben Firmen vielfach Wettbewerb ausgehebelt, „[...] indem sie Patentvergleiche angeboten haben, bei denen Generikahersteller dafür bezahlt werden, keine kostengünstigeren Alternativen auf den Markt zu bringen.“<sup>33</sup>

### So kann Evergreening das Monopol verlängern

Beispiel Keytruda® (Wirkstoff Pembrolizumab)



Eigene Darstellung nach Public Eye (2026)<sup>49</sup>

### Mehr Schein als Sein

Paradoxe- und doch logischerweise gibt es ein Phänomen, das parallel zu dieser künstlichen Verknappung existiert, nämlich die Überschwemmung profitabler Märkte mit neuen aber unnötigen oder gar schlechteren Präparaten. Auch diese Scheininnovationen werden wohlgemerkt verschrieben und teuer bezahlt, etwa in der Onkologie: „Eine evidenzbasierte Auswahl geeigne-

ter Krebsmedikamente ist deshalb ebenso wichtig wie Preissenkungen.“<sup>34</sup> Generell gilt, wenn unabhängige Kontrollinstanzen genauer hinschauen, offenbart der Löwenanteil neuer Arzneimittel keinen nachweisbaren Zusatznutzen.<sup>35</sup>

Intransparenz ist einer der wichtigsten Verbündeten von Big Pharma. Bei klinischen Studien, etwa in Form unveröffentlichter, weil unvorteilhafter Daten, befeuert sie die ineffiziente Doppelung von Forschung und lässt zudem den wahren Nutzen eines Präparats (oder eben dessen Fehlen) offen.<sup>36</sup> Darüber hinaus sind die realen Ausgaben für Forschung durch die von der Industrie forcierten Transparenzmängel nur in den seltensten Fällen nachvollziehbar. Wie einfach es eher willkürliche Zahlen dadurch haben, zeigt etwa die über Jahre vielzitierte Angabe, die Entwicklung eines neuen Medikaments koste Firmen durchschnittlich eine Milliarde US-Dollar. Eine Summe, die selbst der damalige Chef des Pharma-Riesen GSK einmal „eine der großen Mythen der Branche“<sup>37</sup> nannte.

## Kaufen statt forschen

Fachstudien versuchen wiederholt etwas Licht ins Dunkel zu bringen. Eine Analyse 60 neuer Arzneimittel auf dem US-Markt von 2009 bis 2018 konnte dabei keinen Zusammenhang zwischen den geschätzten Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen und den Listenpreisen feststellen.<sup>38</sup> Wie erwähnt, dominiert schon länger das Zukaufen von Innovationen, speziell aus dem Start-up-Milieu: „Es ist also nicht die teure Forschung, die den Preis nach oben treibt, sondern der am Finanzmarkt geschätzte Wert beim Ver- bzw. Ankauf des Unternehmens.“<sup>39</sup> Besonders deutlich wurde dies während Untersuchungen vom Finanzausschuss des US-Senats bezüglich der Verkaufspraktiken des Unternehmens Gilead bei seinem Hepatitis-C-Präparat Sofosbuvir (Sovaldi®). Der Wirkstoff war mit einem Start-up aufgekauft worden, das selbst die Forschungskosten bis zur Zulassung mit 188 Millionen \$ berechnet hatte. Schlussendlich wurde das Präparat von Gilead aber zum hundertfachen des Herstellungspreises verkauft und brachte dem Konzern exorbitante Milliardengewinne ein.<sup>40</sup>

## Koste, was es wolle

Wie sich ein vom Konzern aufgerufener Preis konkret zusammensetzt, auch abseits der Forschungskosten, lässt sich schwer nachverfolgen. Zudem fehlt die Übersicht, welche unterschiedlichen Preise diverse Käufer überhaupt zahlen: „Öffentliche Auftraggeber verhan-

## Wende zum Schlechten

*„Fast 100 Jahre lang widersetzten sich Ärzt\*innen und Apotheker\*innen erfolgreich der Vorstellung, dass Arzneimittel industrielle Handelswaren wie jede andere seien. Mit der zunehmenden Zahl industriell hergestellter Spezialpräparate begannen sich jedoch die Pharmaunternehmen, die sich auf die relativ groß angelegte Produktion standardisierter und fertiger Arzneimittel spezialisiert hatten, sowie die Branchenverbände der chemischen Industrie, für Änderungen im Patentrecht einzusetzen und Lobbyarbeit zu betreiben. [...] Erst in den zehn Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg wurde durch eine Welle gesetzlicher Maßnahmen in einem europäischen Land nach dem anderen ein Verfahren zur Patentierung von Arzneimitteln eingeführt.“<sup>41</sup>*

— Jean-Paul Gaudillière

deln quasi mit verbundenen Augen mit Pharmaunternehmen.“<sup>42</sup> Höchst beunruhigend ist, dass einige Länder zuletzt sogar Gesetze verabschiedeten, die die Geheimhaltung von Preisen weiter verschärfen, zum Beispiel in Spanien<sup>43</sup> und Deutschland<sup>44</sup>.

Die Dynamik hinter diesen negativen Entwicklungen ist dramatisch, wie ein Blick auf Deutschland zeigt, wo die Arzneimittel-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen seit 2010 um mehr als 70 % gestiegen sind: „Größter Kostentreiber sind neue, patentgeschützte Medikamente, vor allem teure Gen-, Krebs- und Immuntherapeutika. Das zeigt sich auch in den durchschnittlichen Kosten für eine Packung patentgeschützter Medikamente. Lagen die 2014 noch [bei] 190 Euro, waren es 2024 schon ca. 590 Euro, Tendenz steigend.“<sup>45</sup> In vielen ärmeren Staaten wiederum, mit einem großen Anteil Unversicherter, bedeuten hohe Preise letztlich, dass Patient\*innen komplett ausgeschlossen werden. Und das, obwohl eben jene Länder mitunter zuvor sogar Standort klinischer Studien waren.<sup>46</sup>

## Pflaster auf Bruch

Historisch betrachtet, stellen diese Entwicklungen eine extreme Eskalation dar, denn: Patente auf Arzneimittelwirkstoffe sind ein noch junges Phänomen (vgl. Zitatbox).

Infolge der WTO-Gründung 1995 indes wurden mit dem TRIPS-Vertrag Arzneipatente globalisiert und konnten auch in Ländern des Globalen Südens in gro-

ßer Zahl angemeldet werden. Dadurch können neue Medikamente dort zumeist nicht mehr günstig hergestellt werden. Die rechtlich verankerte Möglichkeit von Zwangslizenzen stellte sich zwar als ein selektives Gegenmittel heraus, mutet aber wie ein Pflaster auf einem offenem Bruch an – auf Freiwilligkeit der Industrie zu setzen, ist wiederum höchst heikel (vgl. Produktion & Verteilung S. 11).

Kritische Stimmen plädieren daher für verstärktes Public Pharma-Engagement: „Anstatt weiterhin die Industrie zu umgarnen, etwas zu tun, wofür sie nicht ausgelegt ist, können wir uns dafür entscheiden, viele lebenswichtige Medikamente im öffentlichen Sektor zu entwickeln [...]“<sup>47</sup>. Mit Blick auf das Nachhaltige Entwicklungsziel (SDG) einer universellen Gesundheitsversorgung weltweit, ist die Reorganisation der Pharmaforschung dringend vonnöten.<sup>48</sup> (MK)

- 1 IFPMA (2023) #AlwaysInnovating: The pharmaceutical innovation journey. [www.ifpma.org/initiatives/alwaysinnovating-the-pharmaceutical-innovation-journey/](https://www.ifpma.org/initiatives/alwaysinnovating-the-pharmaceutical-innovation-journey/) [Zugriff 17.8.2026]
- 2 Pharma-Brief (2016) 10 Mythen der Pharmaindustrie. Spezial Nr. 2
- 3 Cueni T (2017) Dispelling myths from facts in the drug cost conundrum. [www.ifpma.org/insights/dispelling-myths-from-facts-in-the-drugs-cost-conundrum/](https://www.ifpma.org/insights/dispelling-myths-from-facts-in-the-drugs-cost-conundrum/) [Zugriff 17.8.2026]
- 4 Pharma-Brief (2025) Faktencheck Forschungskosten. Nr. 4, S. 4
- 5 Anderson S (2023) U.S. Government Invested \$31.9 Billion in mRNA Vaccine Research and Procurement. <https://healthpolicy-watch.news/u-s-government-invested-31-9-billion-in-mrna-vaccine-research-and-procurement/> [Zugriff 30.7.2026]
- 6 Pfizer (2021) Annual Review 2021. [www.pfizer.com/sites/default/files/investors/financial\\_reports/annual\\_reports/2021/files/Pfizer\\_Annual\\_Review.pdf](https://www.pfizer.com/sites/default/files/investors/financial_reports/annual_reports/2021/files/Pfizer_Annual_Review.pdf) [Zugriff 30.7.2026]
- 7 Lalani HS et al. (2022) US Taxpayers Heavily Funded the Discovery of COVID-19 Vaccines. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*; 111, p 542
- 8 Morten CJ (2023) The NIH-Moderna Vaccine: Public Science, Private Profit, and Lessons for the Future. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*; 51, p 35
- 9 Brown D, Pfister E (2019) Insulin: a case study for why we need a public option in the pharmaceutical industry. [www.statnews.com/2019/09/10/insulin-public-option-pharmaceutical-industry/](https://www.statnews.com/2019/09/10/insulin-public-option-pharmaceutical-industry/) [Zugriff 20.8.2026]
- 10 Hirsch IB (2021) Insulin Access and Cost at 100 Years: What Would Dr. Banting Think? *Med*; 2, p 1002
- 11 Ebd.
- 12 Beran D, Yudkin JS (2013) The double scandal of insulin. *J R Coll Physicians Edinb*; 43, p 194
- 13 Vecchio I et al. (2018) The Discovery of Insulin: An Important Milestone in the History of Medicine. *Frontiers in Endocrinology*; 9 <https://doi.org/10.3389/fen-2018.00613>
- 14 Barber MJ et al. (2024) Estimated Sustainable Cost-Based Prices for Diabetes Medicines. *JAMA Network Open*; 7 <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3474>
- 15 WHO (2021) Keeping the 100-year-old promise: making insulin access universal. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0e4435c6-9f8c-4246-80c1-b2c61a6ae036/content> [Zugriff 20.8.2026]
- 16 Teufel F et al. (2026) Global access to different classes of diabetes medicines: a framework for targeted policy actions. *Nature Medicine*; <https://doi.org/10.1038/s41591-026-04579-0>
- 17 Nagel KE et al. (2024) Lessons From Insulin: Policy Prescriptions for Affordable Diabetes and Obesity Medications. *Diabetes Care*; 47, p 1246
- 18 Franco D (2025) Medicine for Rare Disorder Provides Case Study of Contradictions in Drug Development System. <https://healthpolicy-watch.news/medicine-for-rare-disorder-provides-case-study-in-innovation-and-public-pharma/> [Zugriff 30.7.2026]
- 19 Ebd.
- 20 Global Citizen (2013) Could you patent the sun? [www.youtube.com/watch?v=erHXKP386Nk](https://www.youtube.com/watch?v=erHXKP386Nk) [Zugriff 30.7.2026]
- 21 Seitz K (2026) Globale Gesundheit in der Krise: Herausforderungen und Handlungsoptionen. Brot für die Welt/GPF Europe/misereor, Briefing Paper, Mai 2026
- 22 Kirchhelle C et al. (2019) Big Pharma has failed: the antibiotic pipeline needs to be taken under public ownership. <https://theconversation.com/big-pharma-has-failed-the-antibiotic-pipeline-needs-to-be-taken-under-public-ownership-126058> [Zugriff 17.8.2026]
- 23 Hamid A et al. (2024) Drug Repurposing in the Chemotherapy of Infectious Diseases. *Molecules*; 29, <https://doi.org/10.3390/molecules29030635>
- 24 Breen E, Kumar R (2023) Private foundations and their global health grant-making patterns. GPF Europe, [www.globalpolicy.org/sites/default/files/download/Private\\_foundations.pdf](https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/download/Private_foundations.pdf) [Zugriff 17.8.2026]
- 25 Van Zee A (2009) The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *Health Policy and Ethics*; 99, p 221
- 26 Tu SS, Santos Rutschman A (2025) Mapping Intellectual Property Abuses in the Pharmaceutical Field. *JAMA Health Forum*; 6 <https://doi.org/10.1001/jama-healthforum.2025.4938>
- 27 Stiglitz JE (2007) Prizes, Not Patents. [www.project-syndicate.org/commentary/prizes-not-patents](https://www.project-syndicate.org/commentary/prizes-not-patents) [Zugriff 30.7.2026]
- 28 DrugPatentWatch (2026) The Billion-Dollar Blockade: How to Dismantle Drug Patent Thickets and Reclaim the Market. [www.drugpatentwatch.com/blog/the-billion-dollar-blockade-how-to-dismantle-drug-patent-thickets-and-reclaim-the-market/](https://www.drugpatentwatch.com/blog/the-billion-dollar-blockade-how-to-dismantle-drug-patent-thickets-and-reclaim-the-market/) [Zugriff 30.7.2026]
- 29 Public Eye (2025) Geschäftsmodell «Evergreening»: Roches Patentpolitik treibt Medikamentenkosten in die Höhe. [www.publiceye.ch/de/mediencorner/medienmitteilungen/detail/geschaeftsmodell-evergreening-roches-patentpolitik-treibt-medikamentenkosten-in-die-hoehe](https://www.publiceye.ch/de/mediencorner/medienmitteilungen/detail/geschaeftsmodell-evergreening-roches-patentpolitik-treibt-medikamentenkosten-in-die-hoehe) [Zugriff 30.7.2026]
- 30 I-MAK (2022) Overpatented, Overpriced. [www.i-mak.org/wp-content/uploads/2023/01/Overpatented-Overpriced-2023-01-24.pdf](https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2023/01/Overpatented-Overpriced-2023-01-24.pdf) [Zugriff 17.8.2026]
- 31 Wainer D (2024) What a \$200 Billion Blockbuster Drug Reveals About Big Pharma's Playbook. *Wall Street Journal*, 5 Feb [www.wsj.com/health/pharma/what-a-200-billion-blockbuster-drug-reveals-about-big-pharmas-playbook-c8d917c3?eafs-enabled=false](https://www.wsj.com/health/pharma/what-a-200-billion-blockbuster-drug-reveals-about-big-pharmas-playbook-c8d917c3?eafs-enabled=false) [Zugriff 30.7.2026]
- 32 Ebd.
- 33 FTC (o. J.) Pay for Delay. [www.ftc.gov/news-events/topics/competition-enforcement/pay-delay](https://www.ftc.gov/news-events/topics/competition-enforcement/pay-delay) [Zugriff 30.7.2026]
- 34 Pharma-Brief (2021) Unbezahlbar krank? Krebstherapie im globalen Süden. Spezial Nr. 1
- 35 Haas A et al. (2022) Ergebnisse des AMNOG-Erstattungsbetragsverfahrens. In: Schröder H et al. (Hrsg.) *Arzneimittel-Kompass 2022*, S. 257 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-66041-6\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-662-66041-6_19)
- 36 Schaab J (2021) Internationale Sicht. Gut sind nur Medikamente, die auch verfügbar sind. In: Schröder H et al. (Hrsg.) *Arzneimittel-Kompass 2021*, S. 226 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-63929-0\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63929-0_15)
- 37 Hirschler B (2013) GlaxoSmithKline boss says new drugs can be cheaper. [www.reuters.com/article/business/healthcare-pharmaceuticals/glaxosmithkline-boss-says-new-drugs-can-be-cheaper-idUSBRE92D0RN/](https://www.reuters.com/article/business/healthcare-pharmaceuticals/glaxosmithkline-boss-says-new-drugs-can-be-cheaper-idUSBRE92D0RN/) [Zugriff 30.7.2026]
- 38 Wouters OJ et al. (2022) Association of Research and Development Investments With Treatment Costs for New Drugs Approved From 2009 to 2018. *JAMA Network Open*; 5, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18623>
- 39 <sup>4</sup>
- 40 Committee on Finance (2015) The price of Sovaldi and its impact on the U.S. health care system. [www.finance.senate.gov/imo/media/doc/Srpt%20114-20.pdf](https://www.finance.senate.gov/imo/media/doc/Srpt%20114-20.pdf) [Zugriff 30.7.2026]
- 41 Gaudillière JP (2008) How pharmaceuticals became patentable: the production and appropriation of drugs in the twentieth century. *History and Technology*, 24, p 99
- 42 HAI & WEMOS (2025) Pharmaceutical transparency: from resolution to reality. <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2025/05/Report-pharmaceutical-transparency-Wemos-HAI-2025-1.pdf> [Zugriff 30.7.2026]
- 43 Salud por Derecho (2026) The Race to Keep Medicine Prices Secret. <https://saludporderecho.org/en/the-race-to-keep-medicine-prices-secret/> [Zugriff 30.7.2026]
- 44 Grill M (2025) Pharmakonzern will erstmals Geheimpriis vereinbaren. 22. Juli, [www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/medikamente-preise-abnehmspritzen-geheim-100.html](https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/medikamente-preise-abnehmspritzen-geheim-100.html) [Zugriff 8.9.2026]
- 45 Grass K (2025) Pharmakosten jagen Kassenbeiträge in die Höhe. [www.zdtheure.de/politik/deutschland/arzneimittel-medikamente-preise-beitraege-kranken-kassen-100.html](https://www.zdtheure.de/politik/deutschland/arzneimittel-medikamente-preise-beitraege-kranken-kassen-100.html) [Zugriff 30.7.2026]
- 46 Public Eye (2019) Post-Trial Access to Swiss Medicines in Five Low- and Middle-Income Countries. [www.publiceye.ch/fileadmin/doc/Medikamente/2019\\_PublicEye\\_PostTrialAccess\\_Report.pdf](https://www.publiceye.ch/fileadmin/doc/Medikamente/2019_PublicEye_PostTrialAccess_Report.pdf) [Zugriff 17.8.2026]
- 47 Brown D (2026) A Public Option for Pharmaceutical R&D. [cdn.vanderbilt.edu/vu-URL/wp-content/uploads/sites/412/2026/01/30174311/A-Public-Option-for-Pharmaceutical-RD.pdf](https://cdn.vanderbilt.edu/vu-URL/wp-content/uploads/sites/412/2026/01/30174311/A-Public-Option-for-Pharmaceutical-RD.pdf) [Zugriff 30.7.2026]
- 48 Pharma-Brief (2021) Patente sind auch keine Lösung. Nr. 6, S. 1
- 49 Public Eye (2026) Eine Dosis dieses Krebsmedikaments ist teurer als eine Unze Gold. <https://www.publiceye.ch/de/themen/pharmaindustrie/missbraeuchliche-patente-behindern-konkurrenz-bei-den-arzneimittelpreisen/eine-dosis-dieses-krebsmedikaments-ist-teurer-als-eine-unze-gold> [Zugriff 4.9.2026]



Pharma-Produktion – ein kleinteiliger Prozess.  
Foto: © Nacer HA/iStock

## PRODUKTION & VERTEILUNG: DAMIT ARZNEIMITTEL ANKOMMEN

### Public Pharma schafft Alternativen

**Ob ein Arzneimittel verfügbar ist, hängt stark davon ab, wie viel Geld sich damit verdienen lässt. Lieferengpässe bei günstigen Generika und zu hohe Preise bei patentgeschützten Arzneimitteln sind zwei Seiten einer Medaille. Public Pharma stellt diesem ungesunden Marktprinzip eine nachhaltigere Logik entgegen.**

Unentbehrliche Arzneimittel decken die wichtigsten gesundheitlichen Bedarfe einer Bevölkerung ab. Sie sollten deshalb jederzeit verfügbar und bezahlbar sein. Doch die Realität sieht anders aus: Daten des WHO Global Health Observatory für 2010 bis 2019 zeigen, dass in ausgewählten Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen nur 8 bis 41 % der Gesundheitseinrichtungen dauerhaft über ein entsprechendes Sortiment verfügten.<sup>1</sup> Besonders deutlich wird die Versorgungslücke bei vernachlässigten Armutskrankheiten, etwa den global häufigen Vergiftungen durch Schlangenbisse (vgl. Infobox Im Blick: Antivenome, S. 12).

### Versorgung in der Profitfalle

Die Produktion mancher, längst patentfreier Arzneimittel, kann für Hersteller wirtschaftlich wenig attraktiv sein. Mehr als 90 % der gemeldeten Engpässe bei kritischen Arzneimitteln<sup>2</sup> betreffen Generika. Bei zwei

Dritteln gibt es zudem nur wenige Anbieter (vgl. Zitatbox).<sup>3</sup>

### Engpässe mit System

*„Arzneimittelengpässe sind ein jahrzehntealtes Problem, das unter anderem auf Marktkräfte zurückzuführen ist [...]. Zu den Hauptproblemen zählen mangelnde Transparenz, die Konzentration des Marktes auf wenige Zwischenhändler und Preise für Generika, die so niedrig sind, dass sie keine ausreichenden Anreize für redundante oder resiliente Produktions-, Vertriebs- und Beschaffungsprozesse bieten. Diese Marktversagen führen zu fragilen, störungsanfälligen und langsamen pharmazeutischen Lieferketten, die sich nur langsam von Engpässen erholen.“<sup>4</sup>*

— U.S. Dept. of Health and Human Services

Wie weitreichend die Folgen des Preisdrucks sein können, zeigt das Beispiel Xellia in Dänemark. 2025 kündigte das Pharmaunternehmen an, sein Werk für Antibiotika-Wirkstoffe in Kopenhagen zu schließen und einen Teil der Produktion nach China zu verlagern. Davon betroffen war unter anderem Vancomycin, ein wichtiges Reserveantibiotikum, das bei schweren Infektionen mit resistenten Bakterien eingesetzt wird. Das Unter-

nehmen begründete den Schritt mit der mangelnden Wirtschaftlichkeit der europäischen Herstellung gegenüber günstigerer Konkurrenz. Damit gehen nicht nur erhebliche lokale Produktionskapazitäten verloren – auch die Abhängigkeit von einigen wenigen Standorten außerhalb Europas wächst.<sup>5</sup>

## Öffentliche Produktion als Alternative

Beim Generikamarkt bietet sich ein naheliegender Ansatzpunkt für Public Pharma, denn ist der Patentschutz abgelaufen, können öffentliche oder gemeinnützige Hersteller selbst in die Produktion einsteigen oder private Hersteller unter festen Konditionen (zum Beispiel niedrige Preise) damit beauftragen.<sup>6</sup>

Praxisbeispiele für eine staatliche Produktion finden sich weltweit, etwa in Brasilien (vgl. Kap. Im Fokus: Fiocruz (Brasilien), S. 15) und Schweden (vgl. Kap. Im

Fokus: APL (Schweden), S. 17). Auch Indien verfügt über eine öffentliche Pharmaproduktion. Das staatlich kontrollierte Unternehmen Karnataka Antibiotics & Pharmaceuticals (KAPL) stellt unter anderem Antibiotika her und beliefert öffentliche Gesundheitseinrichtungen.<sup>7</sup>

MassBiologics wiederum, eine Einrichtung der öffentlichen UMass Chan Medical School im US-Bundesstaat Massachusetts, entwickelt und produziert seit über einem Jahrhundert Impfstoffe und heute auch Biologika – ausdrücklich auch für Bereiche, die wegen kleiner Märkte wenig attraktiv sind.<sup>8</sup>

Es gibt aber auch gemeinnützige Pharmaunternehmen wie Civica Rx in den USA. Das 2018 von Krankenhaus-Systemen und Stiftungen gegründete Unternehmen konzentriert sich gezielt auf wichtige Generika, bei denen Engpässe drohen. Die Bereitstellung orientiert sich

### Im Blick: Antivenome

Jährlich werden über fünf Millionen Menschen von Schlangen gebissen, so konservative WHO-Schätzungen – zehntausende sterben durch Vergiftungen, hunderttausende „leiden unter Behinderungen wie Amputationen, Narbenbildungen, die zu Funktionsbeeinträchtigungen der Gliedmaßen führen, und posttraumatischen Belastungsstörungen.“<sup>9</sup> Antivenome (Gegengifte) sind das einzige direkte Gegenmittel in der Versorgung von gebissenen Personen, aber vielerorts nicht verfügbar, bezahlbar und/oder überhaupt geeignet.

Seit Dekaden befindet sich der globale Antivenom-Markt in einem Teufelskreis, geprägt von hohen Preisen, bei geringem Angebot und häufigen Qualitätsmängeln.<sup>10</sup> Private Hersteller meiden die aufwändige Produktion für die Versorgung zumeist armer Patient\*innen. Staatliches Engagement ist entsprechend zentral, ein Paradebeispiel dafür Costa Rica. Schon in den 1960er Jahren hat das Land begonnen, die Antivenom-Versorgung in die eigene Hand zu nehmen – heute ist es ein internationales Schwergewicht auf dem Gebiet. Mit der Gründung des staatlichen Clodomiro Picado Instituts (CPI) 1970 ging man das Problem mehrdimensional an: „Es wurde als akademisches Zentrum konzipiert, das Produktion, intensive wissenschaftliche und technologische Forschung, Lehre für Studierende und Doktoranden sowie verschiedene Aktivitäten im Bereich der gesell-

schaftlichen Weiterbildung vereinen sollte.“<sup>11</sup> So ließ sich etwa durch einen besseren epidemiologischen Überblick die Herstellung nationalen Besonderheiten anpassen, wie den häufigen Vergiftungen durch die Terciopelo-Lanzenotter (siehe Foto). Das CPI ist Teil der Universität von Costa Rica und produziert eigenständig Antivenome für den Veterinärbereich sowie die Humanmedizin. Zweitere werden dem Sozialversicherungssystem direkt zur Verfügung und in diesem Rahmen großflächig sowie kostenfrei für Patient\*innen bereit gestellt.<sup>12</sup> Durch die Arbeit des CPI hat sich aber nicht nur die nationale Versorgung signifikant verbessert, das Institut beliefert zudem andere Länder, auch über Lateinamerika hinaus.<sup>13</sup>



Terciopelo-Lanzenotter (*Bothrops asper*) – kein seltener Anblick in Costa-Rica und Umgebung. Foto: © Mark Kostich/iStock

am Bedarf der beteiligten Krankenhäuser. Langfristige Abnahmeverträge und Vorräte sollen die Versorgung zusätzlich absichern. Nach eigenen Angaben beliefert Civica inzwischen mehr als 1.400 Krankenhäuser im Land mit über 70 Arzneimitteln.<sup>14</sup> Mit Kalifornien arbeitet Civica zudem im staatlichen Programm CalRx zusammen, um günstiges Insulin auf den Markt zu bringen.<sup>15</sup>

Solche Beispiele zeigen: öffentliche und gemeinnützige Produktion gibt es bereits vielerorts.

## Prinzipien und Lizenzen

Grundlagenforschung zu Arzneimitteln wird häufig öffentlich finanziert, Innovation danach jedoch durch Verkauf privatisiert (vgl. Forschung: An der Wurzel, S. 5). Sozialverträgliche Lizenzierung (Equitable Licensing) will hier ansetzen: Universitäten und andere staatliche Forschungseinrichtungen sollen bei der Vergabe ihrer Rechte nicht allein auf Einnahmen schauen. Ein wichtiger Maßstab soll vielmehr der gesellschaftliche Nutzen einer Erfindung sein.<sup>16</sup>

Wie solche Prinzipien institutionell verankert werden können, zeigt die McGill University in Kanada. Sie führte 2019 eigene „Global Access Licensing Principles“ ein, um bei der Lizenzierung universitärer Forschung den bezahlbaren Zugang zu entstehenden Arzneimitteln und anderen Gesundheitstechnologien mitzudenken.<sup>17</sup> Dass sich Zugangsbedingungen praktisch in Lizenzverträge integrieren lassen, zeigt auch die US-amerikanische University of California. Seit 2020 nutzt sie bei exklusiven Biopharma-Lizenzen eine Klausel, nach der Lizenznehmer im Fall einer erfolgreichen Zulassung einen konkreten Plan für den bezahlbaren Zugang in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen vorlegen müssen.<sup>18</sup>

## Freiwillige Vereinbarungen und ihre Grenzen

Doch was, wenn ein Patent längst vergeben ist? Hohe Preise für patentierte Arzneimittel setzen Gesundheitssysteme finanziell unter Druck und erschweren den Zugang für viele Menschen. Für den Globalen Süden gilt dieses Ungleichgewicht verschärft: Zwar ist der größte Teil der Produkte auf der WHO-Liste unentbehrlicher Arzneimittel als Generika verfügbar, aber der Rest bleibt angesichts der geringeren Kaufkraft in ärmeren Ländern oftmals nur auf dem Papier zugänglich.

Ein verbreiteter, von der Industrie oft betonter Ansatz stellt Freiwilligkeit in den Mittelpunkt, beispielsweise durch die Vergabe von Lizenzen an Institutionen wie den Medicines Patent Pool (MPP). 2010 durch Unitaid gegründet, kann er besonders für HIV-Präparate Erfolge vorweisen, da er günstige Generikaproduktion ermöglicht.<sup>19</sup> Ein anderes Beispiel seiner Arbeit ist das Krebsmedikament Nilotinib. Novartis vergab 2022 eine Lizenz dafür an den MPP. Generikahersteller konnten daraufhin in die Produktion einsteigen: 2025 wurden erste Lieferungen unter anderem nach El Salvador, Indonesien und auf die Philippinen gemeldet.<sup>20</sup>

Selbstverpflichtung von Big Pharma ist allerdings ein heikles Instrument. Oft genug bleibt in wirklich lukrativen Feldern das Engagement aus, zuletzt zeigte dies der sogenannte C-TAP in der Covid-19-Pandemie, dessen Lizenzpool keine Lizenzen für Impfstoffe erhielt.<sup>21</sup> Und freiwillig heißt eben auch: Der Patentinhaber bestimmt mit, wer zu welchen Bedingungen Zugang erhält. Was aber, wenn Firmen bestimmte Staaten oder ganze Ländergruppen ausschließen? Bei Lenacapavir etwa, einem neuen Wirkstoff zur HIV-Prävention, schließen Vereinbarungen des Herstellers Gilead mit Generikaproduzenten wichtige Schwellenländer wie Brasilien aus.<sup>22</sup> Dann bleiben Staaten nur weitere rechtliche Möglichkeiten, darunter die Vergabe von Zwangslizenzen.

## Erzwungene Lizenzen als staatliches Instrument

Das TRIPS-Abkommen lässt Staaten Spielraum, wenn Patente den Zugang zu Arzneimitteln behindern. Mit Zwangslizenzen kann ein Staat anderen Herstellern erlauben, ein patentgeschütztes Arzneimittel auch ohne Zustimmung des Rechteinhabers herzustellen und dadurch Preise zu senken. Das Patent selbst bleibt wohlgehemmt bestehen, der Inhaber erhält eine Vergütung.

Die Doha-Erklärung von 2001 stellte ausdrücklich klar, dass die TRIPS-Regeln so ausgelegt werden müssen, dass Staaten derlei Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ergreifen und den Zugang zu Arzneimitteln fördern können.<sup>23</sup> Zwangslizenzen stoßen allerdings regelmäßig auf massiven Widerstand von Big Pharma und den Ländern, in denen Großkonzerne ihr Hauptquartier haben. Herstellerklagen und Druck auf Staaten, solche Lizenzen gar nicht erst zu erteilen, sind keine Seltenheit.<sup>24</sup>

Dass Zwangslizenzen tatsächlich Spielraum schaffen können, zeigt beispielsweise Thailand. Ab 2006 nutzte die dortige Regierung das Instrument für mehrere

patentgeschützte Arzneimittel, darunter HIV-Medikamente und Clopidogrel gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So konnten deutlich günstigere Generika beschafft werden: Bei Efavirenz lag deren Preis laut WHO 87 %, bei Clopidogrel sogar 98 % unter dem ursprünglichen Preis des patentierten Präparats.<sup>25</sup>

## Zwangslizenzen: Global genutzt

Eine aktuelle Auswertung der Jahre 2001 bis 2024 zeigt, dass entsprechende Spielräume des internationalen Patentrechts weltweit vielfach genutzt wurden – interessanterweise gerade auch von reichen Ländern: Mehr als die Hälfte der in den vergangenen zehn Jahren erteilten Zwangslizenzen ging demnach auf Länder mit hohem Einkommen zurück.<sup>26</sup> Und selbst die Drohung kann wirken: Bei fast der Hälfte der nicht vollzogenen Fälle reagierten Unternehmen mit Zugeständnissen wie Preissenkungen, freiwilligen Lizenzen oder Spenden.<sup>21</sup> 2014 beantragten zivilgesellschaftliche Organisationen in Kolumbien eine Zwangslizenz für Imatinib, ein Krebsmedikament von Novartis. Ein technisches Komitee empfahl 2016, die Voraussetzungen für weitere Schritte festzustellen. Eine Zwangslizenz wurde letztlich nicht erteilt. Stattdessen erklärte die Regierung das Arzneimittel zum Gegenstand öffentlichen Interesses, bildete die Grundlage für eine staatliche Preisregulierung und senkte somit den Preis um 44 %.<sup>27</sup>

Doch der Handlungsspielraum auf dem Papier garantiert noch keine Versorgung. Selbst eine erteilte Lizenz hilft mitunter wenig, wenn Produktionskapazitäten und notwendiges Know-how fehlen. Das zeigte sich in

Ruanda: Weil das Land das benötigte HIV-Medikament nicht selbst herstellen konnte, musste das Arzneimittel im Ausland produziert werden. Auf Grundlage eines speziellen WTO-Mechanismus erhielt der Generikahersteller Apotex in Kanada eine Zwangslizenz, um das Präparat dort herzustellen und nach Ruanda zu exportieren.<sup>28</sup>

## Eigenproduktion schafft Verhandlungsmacht

Wie groß die Abhängigkeit von einzelnen Pharmaunternehmen generell sein kann, zeigt das Beispiel der Mukoviszidose-Medikamente von Vertex. Für die gleichen Therapien zahlen europäische Länder sehr unterschiedliche Preise. Besonders kleine Staaten haben dabei schlechte Karten: In Litauen und Zypern wurden die Medikamente wegen der hohen Preise zeitweise nicht erstattet, Preisverhandlungen mit Vertex führten jahrelang zu keinem akzeptablen Ergebnis. Verschärft wird das Problem durch geheime Preisabreden. Sie erschweren es Staaten, zu wissen, welche Preise andere Länder tatsächlich zahlen – und schwächen damit ihre Verhandlungsposition gegenüber den Herstellern.<sup>29</sup>

Public Pharma schafft eine Alternative: Wer bei wichtigen Arzneimitteln nicht vollständig auf einzelne Anbieter angewiesen ist, kann auch bei Preisen und Lieferbedingungen besser verhandeln. Öffentliche Produktion kann zudem gezielt zusätzliche Kapazitäten schaffen und zugleich Standards bei Umweltverträglichkeit und Arbeitsbedingungen setzen, die sich nicht allein an kurzfristiger Rentabilität orientieren. Public Pharma bedeutet damit mehr als eine staatliche Fabrik. (EF)

1 WHO (2026) Essential medicines. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/essential-medicines](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/essential-medicines) [Zugriff 30.7.2026]

2 Kritische Arzneimittel sind lebenswichtige Medikamente, deren Lieferengpässe die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährden.

3 Critical Medicines Alliance (2025) Strategic Report of the Critical Medicines Alliance. p 24. [https://health.ec.europa.eu/document/download/3da9dfc0-c5e0-4583-a0f1-1652c7c18c3c\\_en?filename=hera\\_cma\\_strat-report\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/3da9dfc0-c5e0-4583-a0f1-1652c7c18c3c_en?filename=hera_cma_strat-report_en.pdf) [Zugriff 30.7.2026]

4 U.S. Department of Health and Human Services, ASPE (o. J.) Preventing Shortages and Supply-Chain Vulnerabilities. <https://aspe.hhs.gov/reports/preventing-shortages-supply-chain-vulnerabilities> [Zugriff 30.7.2026]

5 Bounds A (2025) Europe's last maker of key antibiotics ingredients shuts biggest domestic factory. Financial Times, 6 May. [www.ft.com/content/4b9684c4-72da-49e9-b11b-abc8a20b9507?syn=25a6b1a6=1](http://www.ft.com/content/4b9684c4-72da-49e9-b11b-abc8a20b9507?syn=25a6b1a6=1) [Zugriff 13.8.2026]

6 Kumar S (2026) Formulating Public Pharma. Cornell Law Review, p 1401.

7 Karnataka Antibiotics, Pharmaceuticals Limited (2024) Annual Report 2023-24, p 4 [www.kapilindia.com/wp-content/uploads/2026/02/KAPL-Annual-Report-2023-24-English.pdf](http://www.kapilindia.com/wp-content/uploads/2026/02/KAPL-Annual-Report-2023-24-English.pdf)

8 MassBiologics (o. J.) About MassBiologics. [www.umassmed.edu/massbiologics/about/](http://www.umassmed.edu/massbiologics/about/) [Zugriff 13.8.2026]

9 WHO (2025) Target product profiles for small molecule or engineered antibody therapeutics for treatment of snakebite envenoming. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/48484140-5fa6-4d27-aba0-d3c5029f514c/content> [Zugriff 11.8.2026]

10 WHO (o. J.) Cycle of antivenom market decline. [www.who.int/images/default-source/departments/ntd-library/snakebite/cycle-of-antivenom-market-decline.png?sfvrsn=256874a5\\_0](http://www.who.int/images/default-source/departments/ntd-library/snakebite/cycle-of-antivenom-market-decline.png?sfvrsn=256874a5_0) [Zugriff 11.8.2026]

11 Lomonte B (2012) Snake venom: from research to treatment. Acta Médica Costarricense; 54, p 20

12 Gutiérrez JM et al. (2021) Snakebite envenoming in different national contexts: Costa Rica, Sri Lanka, and Nigeria. Toxicon: X; p 9 <https://doi.org/10.1016/j.toxcx.2021.100066>

13 Majeed R et al. (2025) Mapping Evidence on the Regulations Affecting the Accessibility, Availability, and Management of Snake Antivenom Globally: A Scoping Review. Tropical Medicine and Infectious Disease; p 10, <https://doi.org/10.3390/tropicalmed10080228>

14 Civica Rx (o. J.) Civica Rx. <https://civicarx.org/> [Zugriff 13.8.2026]

15 Governor of California (2023) Governor Newsom announces \$30 insulin through CalRx. [www.gov.ca.gov/2023/03/18/governor-newsom-announces-30-insulin-through-calrx/](http://www.gov.ca.gov/2023/03/18/governor-newsom-announces-30-insulin-through-calrx/) [Zugriff 13.8.2026]

16 BUKO Pharma-Kampagne (2024) Equitable Licensing <https://bukopharma.de/equitable-licensing/> [Zugriff 13.8.2026]

17 McGill University (2019) Affordable life-saving medicines for all: McGill adopts Global Access Licensing Principles for research. [www.mcgill.ca/research/channels/news/affordable-life-saving-medicines-all-mcgill-adopts-global-access-licensing-principles-research-297381](http://www.mcgill.ca/research/channels/news/affordable-life-saving-medicines-all-mcgill-adopts-global-access-licensing-principles-research-297381) [Zugriff 13.8.2026]

18 Medicines Patent Pool (o. J.) Upstream Access. <https://medicinespatentpool.org/what-we-do/upstream-access> [Zugriff 30.7.2026]

19 Wang LX (2022) Global drug diffusion and innovation with the medicines patent pool. J Health Econ; 85, p 102671 <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102671>

- 20 Medicines Patent Pool (2025) Patients in El Salvador, Indonesia, and the Philippines among the first to receive nilotinib via ATOM partnerships. <https://medicinespatentpool.org/news-publications-post/patients-in-el-salvador-indonesia-and-the-philippines-among-the-first-to-receive-nilotinib-via-atom-partnerships> [Zugriff 13.8.2026]
- 21 Geiger S, Gross N (2023) Tech sharing, not tech hoarding: Covid-19, global solidarity, and the failed responsibility of the pharmaceutical industry. *Organizational*; 31, p 1 <https://doi.org/10.1177/13505084221145666>
- 22 Cullinan K (2026) New HIV frontier: The fight to access long-acting prevention drugs. *Health Policy Watch*, 29 July <https://healthpolicy-watch.news/brazil-pushes-for-inclusion-in-pharma-deals/> [Zugriff 31.8.2026]
- 23 Pharma-Brief (2023) Zwangslizenz sichert Zugang zu antiretroviraler Therapie. Nr. 8, S. 1
- 24 Pharma-Brief (2022) Medikamente für Alle oder für die Reichen? Nr. 7-8, S. 1
- 25 WHO (2008) Improving Access to Medicines in Thailand: The Use of TRIPS Flexibilities. Report of a WHO Mission, Bangkok, p 98 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/76d77c94-3f90-4ad9-ac97-549f7c3d9b90/content> [Zugriff 13.8.2026]
- 26 Dunn M et al. (2026) TRIPS flexibilities help change policy and practice to increase access to medicines: evidence from 2001 to 2024. *BMJ Glob Health*; 11, p e021481 <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/11/1/e021481.full.pdf>
- 27 Knowledge Ecology International (2016) Background FAQ on Glivec (imatinib) compulsory license in Colombia. [www.keionline.org/27028](http://www.keionline.org/27028) [Zugriff 30.7.2026]
- 28 WTO (o.J.) TRIPS and public health. [www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/amendment\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/amendment_e.htm) [Zugriff 30.7.2026]
- 29 Pharma-Brief (2024) Tödliche Preise – auch in Europa: Zugang zu Arzneimitteln in Industrieländern nicht gesichert. Nr. 6-7, S. 1



Fiocruz-Hauptsitz in Rio de Janeiro, Brasilien.

Foto: © Cristian Lourenço/iStock

## IM FOKUS: FIOCRUZ (BRASILIEN)

### Aktiv von der Pest bis Covid

**Lateinamerika hält aus Public Pharma-Perspektive viel interessantes Anschauungsmaterial bereit. Brasilien beispielsweise, mit über 200 Millionen Menschen der bevölkerungsreichste Staat der Region, verfügt mit Fiocruz über eine öffentliche Gesundheitsinstitution mit großer nationaler wie globaler Bedeutung.**

Ihr Ursprung geht auf verheerende Pest- und Gelbfieber-Epidemien zurück, die um 1900 herum mehrere Städte heimsuchten. Aus dem damals staatlich gegründeten Instituto Soroterápico Federal ging später die Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) hervor.<sup>1</sup> Heute ist sie „[...] in allen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens tätig, von der Grundlagenforschung über

die Gesundheitsversorgung bis hin zu Innovation und der Herstellung von Hilfsmitteln wie Impfstoffen, Diagnosekits und Medikamenten.“<sup>2</sup> Trotz ihres umfangreichen Engagements in der Ausbildung und Lehre ist sie nicht dem Hochschulkontext zuzurechnen, neben ihr existieren weitere staatliche Forschungseinrichtungen und Produzenten im Gesundheitsbereich.<sup>3</sup>

### Forschung für die Bevölkerung

Fiocruz untersteht dem Gesundheitsministerium und umfasst 16 technische Wissenschaftseinrichtungen, verteilt auf mehrere Bundesstaaten.<sup>4</sup> Ihre Arbeit richtet sich seit jeher gezielt an nationalen Gesundheitsbedürfnissen aus. Als Brasilien 1988 seine öffentliche, frei

zugängliche Krankenversicherung SUS (Sistema Único de Saúde) einführte, nahm Fiocruz eine zentrale Rolle ein.<sup>5</sup> Dies war auch hochsymbolisch: „Im historischen Kontext des Kampfes um die Redemokratisierung des Landes war SUS das konkrete Projekt, um Gesundheit als Recht aller und als Pflicht des Staates zu garantieren.“<sup>6</sup>

Gerade vor diesem Hintergrund bemerkenswert ist der Fokus von Fiocruz auf Erkrankungen, die vor allem arme Bevölkerungsteile treffen und daher bei der profitorientierten Pharmaindustrie wenig Beachtung finden. Historische Bedeutung erlangte dabei die Pionierforschung zum Übertragungszyklus von Chagas,<sup>7</sup> eine in Lateinamerika weitverbreitete parasitäre Infektionskrankheit. Bei der Lepra, für die Brasilien die zweitmeisten Fälle weltweit verzeichnet, finden wiederum aktuell klinische Studien zu einem ersten spezifischen Impfstoff statt.<sup>8</sup> Überhaupt gilt Impfungen weiterhin ein Hauptinteresse. So ist Gelbfieber ein Schwerpunkt geblieben: Fiocruz zählt zu den nur vier Herstellern weltweit mit einem von der WHO präqualifizierten Impfstoff gegen die global verbreitete Infektion und exportiert in großem Stil.<sup>9</sup>

## Vom Labor ans Krankenbett

Die Einrichtung zeichnet sich „[...] durch eine ganz besondere und seltene Eigenschaft aus, nämlich die Möglichkeit, von der Entdeckung durch Forscher\*innen bis hin zur Entwicklung eines Endprodukts zu gelangen, das direkt am Krankenbett eingesetzt werden kann.“<sup>10</sup> Das Hauptvolumen der Fiocruz-Produktion durch die zugehörigen Produktionsstätten von Bio-Manguinhos und Farmanguinhos machen allerdings bekannte, vom Staat als unentbehrlich eingestufte Arzneimittel aus, die in der öffentlichen Krankenversorgung (SUS) benötigt werden. Dazu zählen Antibiotika, Schmerzmittel, Biosimilars für die Onkologie sowie Diagnostika und Präparate gegen vernachlässigte Tropenkrankheiten plus die „Großen Drei“ (HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose).

Hinzu kommen Vakzine, zum Beispiel gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR). Während der Covid-

19-Pandemie produzierte man in Kooperation den AstraZeneca/Oxford-Vektorimpfstoff.<sup>11</sup> Seit mehreren Jahren wirkt Fiocruz auch an einer brasilianischen Insulin-Produktion mit.<sup>12</sup> Zugleich begegnen Brasiliens Bestrebungen in der nationalen Herstellung an vielen Punkten einem Problem, das auch in Europa nur allzu bekannt ist – der großen Abhängigkeit vom Wirkstoffimport aus Asien.<sup>13</sup>

## Arbeit als Balanceakt

Fiocruz' heutige Arbeit spiegelt zugleich interne Spannungsfelder der brasilianischen Gesundheitspolitik seit der Jahrtausendwende wider, etwa bei der Produktion. Farmanguinhos war 2007 involviert in die Durchsetzung der Zwangslizenz für das HIV-Präparat Efavirenz (Sustiva®) von MSD und 2017 an der offiziellen Patentopposition gegen Gileads Hepatitis-C-Mittel Sofosbuvir (Sovaldi®).<sup>14</sup> Allerdings setzt sie ergänzend intensiv auf „kooperative Partnerschaftsmodelle“,<sup>15</sup> welche spätestens ab 2009 national verstärkt als Instrument propagiert wurden und die „[...] auf den Technologietransfer von privaten an öffentliche Pharmaunternehmen zur Herstellung bestimmter Arzneimittel abzielen, um die lokale Industrie zu stärken, Importabhängigkeit zu verringern und die technologischen Kapazitäten in Brasilien auszubauen.“<sup>16</sup> Solche Partnerschaften werden auch von Bio-Manguinhos verfolgt, darunter mit großen internationalen Akteuren wie Merck Serono und Pfizer. Fiocruz nutzt also einerseits staatliche Druckmittel gegen Big Pharma-Akteure, andererseits aber auch nachfrageorientierte Anreize für die Industrie.<sup>17</sup>

Dieser Balanceakt findet sich auch andernorts wieder. So verpflichtet sich Fiocruz generell einem Open-Access-Ansatz,<sup>18</sup> patentiert aber selbst durchaus Innovationen und arbeitet mit einer Bandbreite von Lizenzierungsmodellen. Letztlich kann die renommierte Institution also auch ein Stück weit als Sinnbild gesehen werden für die Kritik einiger Public Pharma-Unterstützer\*innen, dass sich Lösungsversuche in der aktuellen Krise oft im bekannten Rahmen marktorientierter Ansätze mit Privatakteuren bewegen.<sup>19</sup> (MK)

1 Daniel-Ribeiro CD, Girão Soares de Lima AL (2020) Oswaldo Gonçalves Cruz: the character, the scientist, the academician. Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine; 53, <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0313-2020>

2 Oswaldo Cruz Foundation (o. J.) Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) <https://pasteur-network.org/members/americas/br-fiocruz/> [Zugriff 6.8.2026]

3 Ruas CM et al. (2025) Pharmaceutical access in Brazil: challenges and opportunities. Globalization and Health; 21, <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01141-4>

4 Oswaldo Cruz Foundation (o. J.) Units and offices. <https://fiocruz.br/en/units-and-offices> [Zugriff 7.8.2026]

5 Alves L (2026) A pillar of Brazilian public health: Fiocruz at 125. Lancet; 405, p 1805

6 Amarante P (2020) Gesundheit ist Demokratie. [www.medico.de/blog/gesundheit-ist-demokratie-17990](http://www.medico.de/blog/gesundheit-ist-demokratie-17990) [Zugriff 7.8.2026]

7 Petraglia Kropf S, Trindade Lima N (2022) The history of Chagas disease: reflections on science in action. Mem Inst Oswaldo Cruz; 117 <https://doi.org/10.1590/0074-02760200372>

- 8 Leprosy Mission Southern Africa (2026) What you need to know about one of the most promising leprosy vaccines today. <https://leprosymissionssouthernafrica.org.za/promising-leprosy-vaccine-lepvax/> [Zugriff 7.8.2026]
- 9 Rodrigues BF J et al. (2025) Yellow Fever: New Insights on an Old Disease. In: Morales-González JA (Hrsg.) Update on Orthoflavivirus. IntechOpen <https://doi.org/10.5772/intechopen.1012027>
- 10 <sup>5</sup>
- 11 Massard da Fonseca E et al. (2023) Vaccine technology transfer in a global health crisis: Actors, capabilities, and institutions. Research Policy; 52, <https://doi.org/10.1016/j.respol.2023.104739>
- 12 tinternational (2025) National Insulin and Health Sovereignty. [www.tinternational.com/media/assets/file/WDD2025-NationalInsulinandHealthSovereignty.pdf](http://www.tinternational.com/media/assets/file/WDD2025-NationalInsulinandHealthSovereignty.pdf) [Zugriff 7.8.2026]
- 13 Tonini MDL et al. (2023) Brazilian national production of active pharmaceutical ingredients: regulatory and strategic framework. Anais da Academia Brasileira de Ciências; 95, <https://doi.org/10.1590/0001-3765202320230321>
- 14 Fernandes D et al. (2024) Patents, access, and local production of medicines: reflections from experiences in the SUS. Saúde e Sociedade, 33
- 15 Das speziell dafür verwendete Kürzel, PDP für Partnership for Productive Development, ist nicht zu verwechseln mit der identischen Abkürzung für Product Development Partnerships.
- 16 <sup>3</sup>
- 17 De Moraes Achcar H, Massard da Fonseca E (2024) The politics and governance of drug production in public-private partnerships: Brazil's response to hepatitis C. Global Public Health; 19, <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2350654>
- 18 Oswaldo Cruz Foundation (2020) Policy on Management, Sharing and Opening of Research Data. <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/239c928b-5450-4ed4-8b90-85a09098dab9/content> [Zugriff 7.8.2026]
- 19 Krikorian G, Torreele E (2021) We Cannot Win the Access to Medicines Struggle Using the Same Thinking That Causes the Chronic Access Crisis. Health and Human Rights Journal; 23, p 119



APL-Hauptsitz in Stockholm, Schweden.

Foto: © Ryno Quantz/APL

## IM FOKUS: APL (SCHWEDEN)

### Produktion nach öffentlichem Bedarf

**Was der Pharmamarkt nicht anbietet, stellt in Schweden ein staatliches Unternehmen her. Es versorgt Patient\*innen mit wichtigen Arzneimitteln und übernahm 2025 sogar eine Penicillinfabrik.**

Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL) ging aus dem öffentlichen Apothekenwesen hervor, denn von 1970 bis 2009 gehörten alle schwedischen Apotheken zum Staatsunternehmen Apoteket AB.<sup>1</sup> In jener Zeit stellten die einzelnen Apotheken individuell angepasste Arzneimittel (Rezepturarmittel) anfangs noch selbst her. Ab den 1980er-Jahren bündelte Apoteket AB diese Aufgabe in zentralen Produktionsbetrieben.<sup>2</sup> Aus jenen Herstellungsstätten entstand APL. 2009 öffnete Schweden allerdings den Markt für private Anbieter und verkaufte die Mehrheit seiner Apotheken.<sup>3</sup> Die zentralisierte Herstellung individuell angepasster Arz-

neimittel blieb jedoch in öffentlicher Hand: 2010 wurde APL aus Apoteket AB herausgelöst und produziert seitdem als eigenständiges Staatsunternehmen.<sup>2</sup>

### Arzneimittel nach Bedarf

APL füllt die Lücke, wenn zugelassene Präparate den Bedarf der Patient\*innen nicht decken – etwa weil die passende Wirkstärke oder Darreichungsform fehlt.<sup>4</sup> Sie werden entweder individuell für einzelne Patient\*innen angefertigt oder bei regelmäßigem Bedarf in größeren Chargen vorproduziert. Insgesamt gibt APL an, rund 2.000 verschiedene Rezepturen anzubieten.<sup>5</sup> Der öffentliche Auftrag von APL reicht aber inzwischen über die Versorgung einzelner Patient\*innen hinaus. 2023 wurde das Unternehmen damit beauftragt, die Produktion auch in Krisenzeiten und in Situationen des

nationalen Notstandes sicherzustellen.<sup>6</sup> Es produziert das Antibiotikum Isoniazid gegen Tuberkulose als Trinklösung für Kinder, verarbeitet Bevacizumab zu einem Nasenspray für Menschen mit Morbus Osler<sup>7</sup> und stellt Morphin-Infusionslösungen für die kontinuierliche Schmerzbehandlung in der häuslichen Palliativversorgung her.<sup>8</sup>

Wie wichtig diese Kapazitäten sind, zeigte sich 2022 bei einem Lieferengpass eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff Alteplase, der unter anderem zur Akutbehandlung von Schlaganfällen eingesetzt wird. Eine nationale Koordinierungsstelle erkundigte sich bei APL, ob das fehlende Präparat durch eine eigene Herstellung ersetzt werden könne. Ab Juli 2022 produzierte APL daraufhin ein entsprechendes Arzneimittel. Dieselbe Koordinierungsstelle verteilte die verfügbaren Dosen anschließend nach dem ermittelten Bedarf auf die schwedischen Regionen.<sup>9</sup> Apropos Verteilung: APL liefert individuell hergestellte Arzneimittel an alle Apotheken im ambulanten Versorgungsmarkt sowie an die stationäre Versorgung zu gleichen und diskriminierungsfreien Bedingungen. APL produziert und verteilt aber nicht nur, sondern entwickelt auch neue Rezepturen und Herstellungsverfahren.

Die Preise der APL-Präparate sind in das schwedische System öffentlicher Regulierung und Erstattung eingebunden. Diese Präparate fallen unter die Zuzahlungsregel, die die Ausgaben der Patient\*innen begrenzt.<sup>10</sup>

## **Penicillin-Versorgung als Nagelprobe**

Eine Studie aus dem Jahr 2025 untersuchte am Beispiel Schwedens, warum die globalen Lieferketten generischer Antibiotika so störanfällig sind und mit welchen politischen Maßnahmen sie stabilisiert werden könnten. Sie stellte fest: „Mehr als drei Viertel [der untersuchten Lieferketten] weisen ein erhebliches Engpassrisiko auf.“<sup>11</sup> Ein Antibiotikaengpass liegt nach Definition der Swedish Medical Products Agency vor, wenn ein Zulassungsinhaber die Nachfrage nach einem Antibiotikum auf nationaler Ebene nicht ausreichend bedienen kann.<sup>12</sup> Zwischen 2018 und 2024 registrierte die schwedische Arzneimittelbehörde 337 Antibiotikaengpässe. Als kleiner Markt mit vergleichsweise niedrigem Verbrauch wird Schweden von großen internationalen Anbietern zudem wenig priorisiert.

2025 kaufte APL dem privaten Unternehmen Meribel Pharma Solutions eine Penicillinfabrik in Strängnäs ab. Penicilline gehören zu den wichtigsten Antibiotika und werden gegen zahlreiche bakterielle Infektionen

eingesetzt.<sup>13</sup> Für das Geschäft stellte das schwedische Parlament rund 64 Millionen Euro bereit.<sup>6</sup>

## **Probleme bei Lieferketten bleiben**

Der Kauf der Penicillinfabrik stärkt zwar Schwedens eigene Produktionskapazitäten, macht das Land aber nicht unabhängig von globalen Lieferketten. Denn auch die APL-Fabriken benötigen zum Beispiel Wirkstoffe und weitere Vorprodukte. Woher sie diese beziehen, lässt sich nicht nachvollziehen.

Wie international die schwedische Antibiotikaver-sorgung verflochten ist, zeigt eine Auswertung der Universität Uppsala. Die Forschenden untersuchten vertrauliche Zulassungsdaten der schwedischen Arzneimittelbehörde zu 204 Antibiotikapräparaten mit 25 ausgewählten Wirkstoffen, die zwischen 2013 und 2019 in Schweden verkauft wurden. Bei 27 % der Präparate waren ausschließlich europäische Wirkstoffhersteller zugelassen, bei weiteren 31 % Hersteller innerhalb und außerhalb Europas, bei 40 % ausschließlich Hersteller in China, Indien oder anderen außereuropäischen Ländern und bei den verbleibenden 2 % Hersteller in den USA beziehungsweise in den USA und weiteren Ländern.

Die Angaben beziehen sich nicht auf Produktions- oder Liefermengen, sondern auf die für jedes Präparat registrierten Wirkstoffhersteller. Bei mehreren Wirkstoffherstellern bleibt offen, von welchem Hersteller der Wirkstoff tatsächlich bezogen wurde: Auch die Herkunft der verwendeten Rohstoffe und Zwischenprodukte bleibt unbekannt.<sup>14,15</sup>

Es zeigt sich: der Fabrikkauf stärkt die heimische Herstellung, beseitigt Schwedens Abhängigkeit von internationalen Lieferanten aber nicht.

## **Öffentlich – und auch kommerziell**

APL steht in der Tradition eines Wohlfahrtsstaats, in dem öffentliche Versorgung lange als gemeinsame Aufgabe verstanden wurde. Doch auch Schweden hat immer mehr Bereiche für Wettbewerb und private Anbieter geöffnet.<sup>16</sup> Und neben seinem öffentlichen Auftrag entwickelt und produziert APL ebenso im Auftrag privater Pharma- und Biotechnologieunternehmen. Lukrativ soll die Arbeit also sein: Als eigenes Ziel nennt APL, ein „wettbewerbsfähiger und profitabler Anbieter“<sup>17</sup> zu sein. Auch die Anlage in Strängnäs dient der Auftragsproduktion von Arzneimitteln. (EF)

- 1 Westerlund T, Marklund B (2020) Community pharmacy and primary health care in Sweden – at a crossroads. *Pharmacy Practice*; 18, p 1927 <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.2.1927>
- 2 Apotek Produktion & Laboratorier (o. J.) Our history. [www.apl.se/in-english/about-apl/our-history.html](http://www.apl.se/in-english/about-apl/our-history.html) [Zugriff 19.8.2026]
- 3 Wisell K et al. (2016) Stakeholders' expectations and perceived effects of the pharmacy ownership liberalization reform in Sweden: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*; 16, p 379 <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1637-6>
- 4 Government Offices of Sweden (2022) Annual report for state-owned enterprises 2021. Stockholm, p 46. [www.government.se/contentassets/b31448c8f5154a-3eac7489cfe1d8b8f/annual-report-for-state-owned-enterprises-2021-pages-36-51.pdf](http://www.government.se/contentassets/b31448c8f5154a-3eac7489cfe1d8b8f/annual-report-for-state-owned-enterprises-2021-pages-36-51.pdf) [Zugriff 19.8.2026]
- 5 Apotek Produktion & Laboratorier (o. J.) About APL. [www.apl.se/in-english/about-apl.html](http://www.apl.se/in-english/about-apl.html) [Zugriff 19.8.2026]
- 6 Government Offices of Sweden (2025) Extra ändringsbudget för 2025 – Kapitaltillskott till Apotek Produktion & Laboratorier AB. Prop. 2024/25:185. Stockholm. [www.regeringen.se/contentassets/54b5396846d5450dbfa8e8ec3b56e569/extra-andringsbudget-for-2025--kapitaltillskott-till-apotek-produktion--laboratorier-ab-prop.-202425185.pdf](http://www.regeringen.se/contentassets/54b5396846d5450dbfa8e8ec3b56e569/extra-andringsbudget-for-2025--kapitaltillskott-till-apotek-produktion--laboratorier-ab-prop.-202425185.pdf) [Zugriff 19.8.2026]
- 7 Seltene, vererbte Erkrankung, die zu krankhaften Erweiterungen der Blutgefäße und zu Blutungen führt.
- 8 Apotek Produktion, Laboratorier (o. J.) When the pharmaceutical directory is not sufficient. [www.apl.se/in-english/about-apl/when-the-pharmaceutical-directory-is-not-sufficient.html](http://www.apl.se/in-english/about-apl/when-the-pharmaceutical-directory-is-not-sufficient.html) [Zugriff 19.8.2026]
- 9 Government Offices of Sweden (2026) Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Statens offentliga utredningar, SOU 2026:22. Stockholm. [www.regeringen.se/contentassets/47c76f4f4d84cc7938284890d381166/sou\\_2026\\_22.pdf-a\\_webb.pdf](http://www.regeringen.se/contentassets/47c76f4f4d84cc7938284890d381166/sou_2026_22.pdf-a_webb.pdf) [Zugriff 19.8.2026]
- 10 Ludvigsson JF et al. (2025) The healthcare system in Sweden. *European Journal of Epidemiology*; 40, p 563 <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>
- 11 Baraldi E et al. (2025) Value chain disruptions: policy responses to antibiotic shortages in global value chains. *Journal of International Business Policy*; 8, p 224 <https://doi.org/10.1057/s42214-025-00214-w>
- 12 In Anlehnung an die Swedish Medical Products Agency ist ein Antibiotika-engpass eine Situation, in der der Zulassungsinhaber die Nachfrage nach einem Produkt auf nationaler Ebene nicht decken kann.
- 13 Apotek Produktion & Laboratorier (2025) APL closes the acquisition of a manufacturing facility in Strängnäs. Pressemitteilung 21 Aug. <https://press.apl.se/posts/pressreleases/apl-slutfor-forvarv-av-tillverkningsanlaggnin> [Zugriff 19.8.2026]
- 14 Årdal C (2024) Market stimulation needed for predictable supply of antibiotics with vulnerable supply chains in Europe. In: Piddock L et al. (eds) *GARDP Antimicrobial Viewpoints*. Geneva: Global Antibiotic Research & Development Partnership. [Zugriff 19.8.2026]
- 15 Helsedirektoratet (2022) Mulighetsstudie for antibiotikaproduksjon. Oslo, 30 Mar 2022, p 26 [www.lmi.no/download.php?file=/wp-content/uploads/2022/09/Mulighetsstudie-for-antibiotikaproduksjon-uten-vedlegg-I.pdf](http://www.lmi.no/download.php?file=/wp-content/uploads/2022/09/Mulighetsstudie-for-antibiotikaproduksjon-uten-vedlegg-I.pdf) [Zugriff 19.8.2026]
- 16 Innset O, Rudberg EÅ (2024) Varieties of Marketization: Introducing a new Framework for the Study of Market Reforms in Nordic Welfare States. *Nordic Welfare Research*; 9, p 11 <https://doi.org/10.18261/nwr.9.1.2>
- 17 Apotek Produktion & Laboratorier (o. J.) About APL. [www.apl.se/in-english/about-apl.html](http://www.apl.se/in-english/about-apl.html) [Zugriff 19.8.2026]

## PHARMAPOLITIK NEU DENKEN

### Warum Europa ein eigenes Salk Institut braucht

**Das Europäische Salk Institut ist die Vision einer öffentlichen Alternative zur profitorientierten Pharma-industrie. Es soll dringend benötigte Medikamente entwickeln, produzieren und zu fairen Preisen bereitstellen.**

Tim Joye, könntest du das Konzept eines Europäischen Salk Institutes beschreiben? Wie soll es aufgebaut sein und funktionieren?

*Für Jonas Salk, nach dem die Idee benannt ist, kam die Patentierung seiner Impfung gegen Kinderlähmung dem Versuch gleich, die Sonne zu patentieren. Man kann etwas so lebenswichtiges nicht im Namen des Profites hinter verschlossenen Türen halten. Medikamente sind kein Luxusgut, jeder hat das Recht auf Gesundheit.*

*Das Salk Institut sollte die Fähigkeit haben, Arzneimittel zu entwickeln, zu produzieren und zu verteilen, ohne Profitinteressen, die den privaten Markt so korumpiert haben. Es handelt sich um einen vollständigen Bruch mit den derzeitigen Rahmenbedingungen, da das Institut versucht, den Markt neu zu ordnen. Zweifellos ein ehrgeiziger Plan.*

Tim Joye



Tim Joye  
Foto: © Geneeskunde voor het Volk

*Tim Joye ist Präsident von Médecine pour le Peuple (MPLP), einem Netzwerk von 11 multidisziplinären, medizinischen Zentren in Belgien. Er arbeitet als Allgemeinmediziner an der Klinik in Hoboken (Antwerpen) und koordiniert dort die Forschungsabteilung, wo er die Vision eines Europäischen Salk Instituts mitentwickelte.*

## Was sind die grundlegenden Ziele des Instituts?

*Wir sprechen von drei separaten Zielen. Erstens, innovative Medikamente zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden. Das können neue Antibiotika oder erschwingliche Krebsmedikamente sein. Dies bedeutet, den gesamten Forschungs- und Entwicklungszyklus zu finanzieren, während man gleichzeitig einen gemeinsamen und transparenten Wissenspool schafft. Zweitens werden Produktionsstätten gebraucht, welche den höchsten Standards für Arbeitsbedingungen und Umweltfreundlichkeit entsprechen, während faire Preise für die Patient\*innen und europäische Sozialversicherungssysteme garantiert werden. Und drittens, die gemeinsame Beschaffung von Medikamenten, die durch private Partner produziert werden. Hier kann durch Ausschreibungen sichergestellt werden, dass dieselben Prinzipien eingehalten werden.*

## Was ist denn falsch daran, wie pharmazeutische Forschungsprioritäten heute ausgerichtet sind?

*Heute ist das ausschlaggebende Kriterium die Profitmaximierung. Wir wissen, dass die Forschung durch dieses Mindset von ihrem Weg abgekommen ist. Von Pandemien, die wir bereits auf dem Weg wissen, hin zu Armutskrankheiten – die Vernachlässigung dieser Probleme durch die Pharmaindustrie ist erschreckend. Auf der anderen Seite werden Millionen in Marketing und Medikamente investiert, die nicht die Lebensqualität verbessern, aber patentiert und monopolisiert werden können, wenn sie minimale Wirkungen in klinischen Versuchen zeigen. Damit werden dann Milliardenprofite erzielt. Public Health muss das Leitprinzip hinter Forschungsagenden sein. Diese Kriterien müssen nicht von Grund auf neu erfunden werden und die Herausforderungen, die auf unsere Gesellschaft zukommen, sind bekannt: das Altern, antimikrobielle Resistenz, Zugang zu erschwinglichen Krebsmedikamenten...*

## Wie kann man in diesem Kontext dem „Insulinproblem“ begegnen – das heißt, wie können wir verhindern, dass private Unternehmen öffentlich gewonnenes Wissen privatisieren und für Profite nutzen?

*Das „Insulinproblem“ zeigt, weshalb wir ehrgeizig mit dem Ziel des Salk Instituts sein müssen. Als Insulin entdeckt wurde, wurde es mit einer freien Lizenz patentiert, welche gerechten Zugang*

*ermöglichte. Die Patentierung von beispielsweise Insulin-Pens und Herstellungsmethoden durch private Firmen verwandelte diese lebensrettende Entdeckung in eine Milliarden-Dollar-Profitmaschine. Unser Ziel ist es, die Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit von Medikamenten zu gewährleisten. Das schließt den Aufbau eines gemeinsamen Wissenspools ein, während dieser gleichzeitig vor der Monopolisierung durch Privatunternehmen geschützt wird. So lange es Patente und Privatunternehmen gibt, welche zu Monopolen führen, wird das Salk Institut mit diesen im Wettbewerb stehen, weshalb es entscheidend ist, Ziele für Forschung und Entwicklung ehrgeizig zu formulieren.*

*Deshalb benötigen wir auch einen flexiblen Umgang mit geistigem Eigentum. Sämtliche Daten oder Technologien müssen in vollem Umfang über die „Knowledge Hub“ des Instituts zugänglich sein. Auf der einen Seite ermöglicht eine freie Lizenzierung dann, die Produktionslizenzen an Firmen zu vergeben, welche die Bezahlbarkeit des Endproduktes garantieren, so wie es zu Beginn bei Insulin der Fall war. Auf der anderen Seite wird gemeinsame Beschaffung für Gesamteuropa gewährleisten, dass nur nützliche Innovationen gefördert werden. Wir können uns gegen den Kauf einer patentierten Version von Insulin entscheiden, wenn es keine Gesundheitsvorteile gegenüber dem Generikum bietet.*

## Blicken wir aufs Geld: welches Maß an Finanzierung würde ein solches Projekt benötigen, und woher könnte diese kommen?

*In einem 2024 veröffentlichten Artikel,<sup>1</sup> haben wir versucht zu kalkulieren, wie ein jährliches Budget aussehen könnte, mit dem das Institut den Markt entscheidend prägen würde. Mit dem NIH als Referenzpunkt, hätte ein europäisches Gegenstück ein jährliches Budget von etwa 25 bis 30 Milliarden €, wovon 10 % in die hauseigene Forschung und der Rest in externe Forschungsförderung gehen könnte. Wir verdanken unsere Analyse zu großen Teilen Massimo Florio,<sup>2</sup> der Experte auf diesem Gebiet ist. Er schätzte, dass ein jährliches Budget zwischen 3,5 und 7 Milliarden € für ein Forschungsportfolio ausreichen würde, das über 20 Jahre 80 bis 150 innovative Projekte sichern kann. Wir streben eine Organisation an, die den Markt grundlegend transformiert, und nicht nur seine Fehler korrigiert. Es ist klar, dass dies einiges an Ehrgeiz erfordern wird. Ebenso klar ist, dass diese Ressourcen existieren;*

*wir geben bereits Milliarden aus, sowohl für Forschung und Entwicklung als auch für Beschaffung.*

*Die Medikamentenbudgets in der Europäischen Union sind enorm und sie wachsen. Das Problem ist, dass sehr große Teile dieses Geldes in die Taschen von Shareholdern wandern, oder am Aktienmarkt verpuffen. So werden Milliarden Euro an Steuergebern für Grundlagenforschung ausgegeben, die später von privaten Unternehmen patentiert wird. Gleichzeitig ermöglichen diese Patente es den Unternehmen, exorbitante Preise in Rechnung zu stellen, die aus der Tasche der Steuerzahler\*innen kommen. Die Bevölkerung wird doppelt betrogen! Ganz zu schweigen von den Milliarden an Steuererleichterungen und Begünstigungen, welche sämtliche finanziellen Risiken der Pharmaindustrie abfedern. All dies sind Ressourcen, die für ein Europa eingesetzt werden können, das Gesundheit über Profite stellt.*

Manche könnten das Projekt überambitioniert oder sogar etwas naiv finden. Gleichzeitig deutet die Public Pharma for Europe-Koalition<sup>3</sup> auf wachsenden Zusppruch in Europa hin. Unter welchen Bedingungen können öffentliche Pharmainitiativen in Europa etabliert werden, und auf welche Herausforderungen würden diese stoßen?

*Die Public Pharma-Koalition ist tatsächlich eine Quelle der Hoffnung geworden, die viele einflussreiche Expert\*innen und Organisationen vereint, die unsere Vision einer pharmazeutischen Industrie teilen, die den Menschen dient, und nicht dem Shareholder. Unsere Alternative ist ein starker institutioneller Player, der mit den Oligopolen im Sek-*

*tor mithalten kann. Das ist das Gegenarrativ, das wir aufbauen. Solch ein selbstbewusstes Projekt braucht breite öffentliche Unterstützung, um existieren zu können. Das Schöne daran ist, dass Initiativen in jedem einzelnen der genannten Bereiche den Weg zu diesem größeren Projekt ebnen können. Beispiele für öffentliche Produktion oder freie Lizenzierung existieren bereits. Die Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) ist wohlbekannt. In Belgien gibt es mehrere Forschungsgruppen, die medizinische Imaging-Software unter Open-Source-Lizenz bereitstellen. In Italien und Spanien gibt es Non-Profits, welche die Produktion von Gentherapien gestemmt haben, nachdem die Industrie beschlossen hatte, dass diese „wirtschaftlich nicht tragfähig“ seien. Diese Bottom-Up-Initiativen können helfen, Schwung in die Entstehung des Salk Instituts zu bringen.*

*Die wichtigste Bedingung, um unser Ziel zu erreichen, ist eine breite Allianz von Organisationen, die verstehen, dass es keine Option ist, unsere Gesundheit den Shareholdern zu überlassen. Und ich glaube, dies ist auch die größte Herausforderung, der wir jetzt gegenüberstehen, um eine solche Allianz aufzubauen. Wir müssen Patient\*innen, Forschende und Arbeiter\*innen in der pharmazeutischen Industrie und der Gesundheitsversorgung zusammenbringen, um Vertrauen zu schaffen – Vertrauen, dass die öffentliche Alternative realistisch und notwendig ist.*

Vielen Dank für das Gespräch! (EF & MK)

1 De Ceukelaire W, Joye T (2024) A European Salk Institute Could Ensure Accessible and Affordable Medicines. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services, 54, p 183 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38377959/>

2 Professor für öffentliche Wirtschaftswissenschaften an der Universität Mailand und Experte für öffentliche Investitionen, Forschungsinfrastrukturen und Politik im Bereich der pharmazeutischen Forschung und Entwicklung.

3 Public Pharma for Europe (o.J.) Public Pharma for Europe. <https://publicpharmaforeurope.org/> [Zugriff 2.9.2026]

# Public Pharma

## Öffentliche Pharmaindustrie für nachhaltige Arzneimittelversorgung

Hohe Preise, wiederkehrende Lieferengpässe und Forschung, die sich auf hochlukrative Felder konzentriert, prägen das heutige Arzneimittelsystem. Um den weltweiten Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten, Impfstoffen und Tests nachhaltig zu ermöglichen, braucht es einen grundlegenden Kurswechsel. Rund um den Begriff „Public Pharma“ ist daher eine globale Bewegung für eine staatliche Pharmaindustrie entstanden. Im Kern geht es darum, Forschung, Produktion und Zugang in Bezug auf Arzneimittel am tatsächlichen, öffentlichen Interesse auszurichten.

Diese Publikation gibt einen Überblick zum Thema und vertieft einzelne Aspekte mit anschaulichen Fallbeispielen. Sie analysiert, warum das gegenwärtige Arzneimittelsystem tiefgreifende Reformen benötigt und stellt Ansätze vor, die bereits heute zu einer gemeinwohlorientierten und nachhaltigeren Versorgung beitragen. Die Zeit für Wandel drängt: Das Menschenrecht auf Gesundheit ist weltweit in akuter Gefahr.

## BUKO Pharma-Kampagne

August-Bebel-Straße 62

33602 Bielefeld

Fon: 0521 60550

Mail: [info@bukopharma.de](mailto:info@bukopharma.de)

Web: [www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)



@ nrw.social@buko\_pharmakampagne



@ buko\_pharmakampagne



BUKOPharma



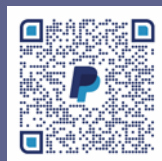
BUKO Pharma-Kampagne

Spendenkonto:

Gesundheit – global und gerecht e. V.

IBAN: DE97 4805 0161 0000 1056 27

BIC: SPBIDE3BXXX



ISSN 1618-4599