

Und bist du nicht willig ...

Einschüchterungsstrategien
der Pharmaindustrie



Die Drohungen von Big Pharma werden international immer massiver: Werksschließungen, wenn die Preise nicht widerstandslos bezahlt werden, oder gar Stopp der Belieferung. An vorderster Front mit dabei ist die US-Regierung. Kürzlich leitete sie wegen angeblich unfairer Handelspraktiken eine Untersuchung gegen Deutschland ein.¹ Dabei ist das Erpressungspotenzial eigentlich begrenzt.

Eine überdurchschnittlich profitable Branche versucht mit wachsendem Erfolg, noch bessere Konditionen für sich durchzusetzen. Der deutsche Pharmedienverband Vfa zum Beispiel macht in engem Takt Vorstöße für günstigere Rahmenbedingungen für die Branche, so die Förderung der Biotechproduktion in der EU durch noch längere Marktexklusivität,² oder die Verwässerung der Nutzenbewertung durch Einführung subjektiver Empfindungen als Maßstab für den Zusatznutzen.³ Argumentiert wird sowohl mit dem Nutzen für die Wirtschaft durch Investitionen und Arbeitsplätze als auch mit der Drohung, es gebe sonst bald keine neuen Medikamente mehr oder sie würden in Deutschland nicht mehr auf den Markt gebracht.

Wirtschaftspolitisch macht das nicht viel Sinn, sozialpolitisch ist es eine Katastrophe: Was die Taschen der Aktionär*innen füllt, leert die Taschen der Krankenversicherten und Erkrankten. Die Nettokosten der deutschen Kassen für Medikamente lagen 2024

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wieviel Druck kann die Pharmaindustrie eigentlich auf die Politik ausüben? Und sind ihre Argumente überhaupt tragfähig? Darum geht es im Leitartikel. Welche Alternativen gibt es, wenn die Drohung im Raum steht, neue Medikamente einfach nicht mehr auf den Markt zu bringen oder wenn die Preisforderungen unbezahlbar werden? Mit diesen Fragen setzt sich der beiliegende Spezial „Public Pharma“ auseinander.

Wie problematisch die Marktmacht der Industrie auch in der Forschung sein kann, macht das Medikament Avacopan deutlich. Dessen Anbieter verfuhr nach dem Motto „Was nicht passt, wird passend gemacht“. Ein mustergültiges Beispiel für den Konflikt zwischen Wissenschaft und Aktienkurs (S. 3).

Anregende Lektüre wünscht Ihnen

Jörg Schaaber

bei 55,16 Milliarden Euro, eine Steigerung um rund 10 % gegenüber dem Vorjahr.⁴ Patentgeschützte Arzneimittel verursachen dabei 54 % der Kosten, obwohl sie nur 7 % der Packungen ausmachen. Dabei bieten rund zwei Drittel aller Neueinführungen den Patient*innen keine Vorteile.⁵

Standortfaktor wird überschätzt

Obwohl Deutschland mit den Arzneimittelausgaben pro Kopf an der Spitze Europas liegt, trägt die Pharmaindustrie gerade einmal 0,8 % zur Bruttowertschöpfung Deutschlands bei und liegt damit im europäischen Vergleich abgeschlagen auf Platz sieben.⁶ Die Spitzenreiter erzielen ein Vielfaches: Dänemark eine Bruttowertschöpfung von 4,9 % bei einem Drittel der deutschen Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben und die Schweiz eine Wertschöpfung von 4,8 % bei 93 % der deutschen Arzneimittelausgaben. Die Techniker-Krankenkasse resümiert: „Diese Diskrepanz verdeutlicht, dass in einer global vernetzten Industrie hohe Arzneimittelausgaben nicht zwangsläufig zu einer erfolgreichen Wirtschaftspolitik führen. Hohe Arzneimittelpreise retten keinen Produktionsstandort – gefährden aber die Finanzierbarkeit der Versorgung.“¹

Mit den Investitionen ist das überhaupt so eine Sache: Im April 2024 fand in Anwesenheit des damaligen Bundeskanzlers Olaf Scholz ein symbolischer erster Spatenstich für eine zwei Milliarden Euro teure Pharmafabrik von Lilly in Alzey (Rheinland-Pfalz) statt. Es gab dabei eine Koppelung der Investition an das Versprechen, Geheimpreise für Arzneimittel zu ermöglichen, die Bundesregierung lieferte.⁷ Im Juni 2026 halbierte die Firma jedoch das Projekt, ein erheblicher Teil der versprochenen Stellen wird wegfallen. Begründung: Die Unzufriedenheit mit dem (inzwischen verabschiedeten) Spargesetz für die Krankenkassen.⁸

Druck aus den USA

Standortentscheidungen werden zudem durch weitere Dynamiken beeinflusst: Im Frühjahr drohten die USA mit hohen Zöllen für Arzneimittelimporte, Ermäßigungen sollte es bei Preissenkungen für den US-Markt geben, keinen Zoll wiederum, wenn Teile der Produktion ins Land verlegt werden. Dahinter steht das Problem der hohen Preise für Arzneimittel in

den USA, die deutlich über denen anderer Industrieländer liegen. Statt jedoch über Preissenkungen im eigenen Land nachzudenken, wird gefordert, dass andere Staaten ihre Preise erhöhen. Die exorbitanten Gewinne von Big Pharma in den USA sollen nicht angetastet werden.

Dabei wird der Mythos der Forschungskosten bemüht. „Präsident Trump hat deutlich gemacht, dass amerikanische Patienten keinen unverhältnismäßig hohen Anteil an den weltweiten Kosten für Forschung und Entwicklung im Pharmabereich tragen sollten“, sagte der US-Handelsbeauftragte Jamieson Greer im Juni 2026 anlässlich der Einleitung einer Untersuchung gegen Deutschland wegen angeblich unfairer Handelspraktiken.⁹ Dabei machen Forschungskosten einen vergleichsweise kleinen Anteil am Produktpreis aus.¹⁰

Am 22.9.2026 soll es in Washington D.C. eine Anhörung geben. Der Transatlantic Consumer Dialogue (TACD) bei dem auch die Pharma-Kampagne Mitglied ist, machte dabei eine Eingabe. TACD fordert, die Untersuchung gegen Deutschland einzustellen. Aus der Begründung: „Preiserhöhungen im Ausland werden nichts dazu beitragen, die Preise für Patient*innen in den Vereinigten Staaten zu senken. Es ist widersprüchlich, von anderen Ländern Preiserhöhungen zu fordern und gleichzeitig die Einführung einer internationalen Preisreferenzierung zu planen. Die Politik versäumt es zudem, sich mit dem zutiefst mangelhaften globalen Rahmen zur Förderung der medizinischen Forschung und Entwicklung auseinanderzusetzen, der sich fast ausschließlich auf Maßnahmen konzentriert, die die Arzneimittelpreise in die Höhe treiben – sei es durch die Ausweitung von Rechten des geistigen Eigentums oder durch die Einschränkung der Wirksamkeit von Preisverhandlungen oder -vorschriften. Anstatt die Preise für Patient*innen zu senken, wird diese Preispolitik für Arzneimittel die Gewinne einer der profitabelsten Branchen weiter steigern und Maßnahmen untergraben, die dazu beitragen, die Arzneimittelpreise in Schach zu halten.“¹¹

Abschreckendes Beispiel: Vereinigtes Königreich

Der Handelsbeauftragte hat seine Wünsche an Deutschland schon vor der An-

hörung klar formuliert: „Am 2. April 2026 gaben die Vereinigten Staaten und das Vereinigte Königreich eine bahnbrechende Vereinbarung zur Preisgestaltung bei Arzneimitteln bekannt, die dazu beitragen wird, Investitionen und Innovationen in beiden Ländern voranzutreiben. Deutschland sollte diesem Beispiel folgen und konstruktive Verhandlungen führen, um dieses Ungleichgewicht zu beseitigen.“¹

Ein abschreckenderes Beispiel lässt sich allerdings kaum finden. Denn der Inselstaat hat sich von den USA weichkochen lassen: Die britische Regierung sagte zu, die staatlichen Ausgaben für Arzneimittel zu verdoppeln. Dadurch entstehen bis 2036 Mehrausgaben von 44,7 Milliarden Pfund Sterling (ca. 52 Mrd. Euro).¹² Das geht nur mit einer Aufweichung der Kosten-Nutzenbewertung und geringeren Rabatten. Da es unwahrscheinlich ist, dass der National Health Service wesentlich mehr Mittel bekommt, muss an anderer Stelle in der Gesundheitsversorgung gespart werden. Eine von der Regierung angefertigte Folgenabschätzung wird geheim gehalten. Drei Wissenschaftler haben sich daran gemacht, diese Wissenslücke zu füllen. Ihre konservative Schätzung: 291.000 zusätzliche Todesfälle bis 2036.¹²

Australien: Wenn der Markt nicht so lukrativ ist

Down Under wiederum gab es im Juni diesen Jahres einen Aufschrei, als AstraZeneca ankündigte, die niedrigere Dosierung von Goserelin zum 1. November vom Markt zu nehmen.¹³ Der Wirkstoff ist bei bestimmten Formen von Brustkrebs unentbehrlich. Die Firma begründete den Rückzug mit einem zu niedrigen Preis des australischen Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS).¹⁴ Erst nach heftigen Protesten ruderte AstraZeneca zurück. Es bietet das Medikament nun kostenlos an. Der Grund für die vermeintliche Großzügigkeit: Damit entfällt der niedrige australische Preis als Vergleichsmaßstab für andere Länder, in denen dann mehr verlangt werden kann. Zudem stellt sich die Frage, ob die Versorgung eines Landes wirklich vom Wohlwollen einer Firma abhängig sein soll.

Was wäre wenn ...

Die Pharmabranche lebt davon, ihre Produkte möglichst hochpreisig zu verkaufen. Solange zwischen den zahlenden Abnehmern – in der Regel Sozialversicherern – keine Preistransparenz herrscht und sie sich gegeneinander ausspielen lassen, hat die Industrie leichtes Spiel. Erpressungen, in einem Land Produkte gar nicht mehr anzubieten, wenn der Preis nicht wunschgemäß erhöht wird, funktionieren nur so lange gut, wie es noch genügend Absatzmärkte gibt. Was wäre, wenn sich Staaten zusammentun? Die EU beispielsweise hätte als weltweit zweitgrößter Absatzmarkt durchaus Verhandlungsmacht für bezahlbare Preise. Letztlich ist aber globale Solidarität gefragt. (JS)

- 1 USTR (2026) USTR Announces Initiation of Section 301 Investigation of Germany's Persistent Underpayment for Innovative Pharmaceutical Products. 18 June <https://ustr.gov/about/policy-offices/press-office/press-releases/2026/june/ustr-announces-initiation-section-301-investigation-germanys-persistent-underpayment-innovative> [Zugriff 30.8.2026]
- 2 Pharma-Brief (2026) EU-Biotechgesetz: Kritik hält an. Nr. 4, S. 6
- 3 Pharma-Brief (2026) EU-Nutzenbewertung: Empfindungen statt harter Fakten? Nr. 4, S. 7
- 4 TK (2026) Arzneimittel-Ausgaben im Fokus. www.tk.de/presse/themen/arzneimittel/preisgestaltung/hohe-kosten-geringerinnovationsgrad-2206508 [Zugriff 9.7.2026]
- 5 Haas A et al. (2022) Ergebnisse des AMNOG-Erstattungsbetragsverfahrens. In: Schröder H et al. (eds) Arzneimittel-Kompass 2022: Qualität der Arzneimittelversorgung. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 257-277 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66041-6_19
- 6 Bruttowertschöpfung Autoindustrie: 4,5 %, Maschinenbau: 3 %
- 7 Pharma-Brief (2024) Gesetz auf Pharmawunsch. Nr. 9, S. 1
- 8 Smolak H und Rybick B (2026) Eli Lilly halbiert Milliarden-Investition in Deutschland. Handelsblatt 3.6. www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/pharma-eli-lilly-halbiert-milliarden-investition-in-deutschland/100229681.html [Zugriff 1.9.2026]
- 9 USTR (2026) USTR Announces Initiation of Section 301 Investigation of Germany's Persistent Underpayment for Innovative Pharmaceutical Products. 18 June <https://ustr.gov/about/policy-offices/press-office/press-releases/2026/june/ustr-announces-initiation-section-301-investigation-germanys-persistent-underpayment-innovative> [Zugriff 30.8.2026]
- 10 Pharma-Brief (2026) Hohe Preise: Forschungskosten spielen untergeordnete Rolle. Nr. 4, S. 8
- 11 TACD (2026) Statement 10 August <https://comments.ustr.gov/servlet/shepherd/document/download/069SJ00001NtyVpYAJ> 30.8.2026 [Zugriff 30.8.2026]
- 12 Cross S et al. (2026) Health costs of the UK-US trade deal on pharmaceuticals. BMJ; 394, e340588 <http://doi.org/10.1136/bmj-2026-340588>
- 13 Nur die höhere Dosis bei Prostatakrebs bleibt erhältlich
- 14 Dalzell S und Lloyd M (2026) AstraZeneca to provide breast cancer and endometriosis drug Zoladex to patients for free indefinitely. ABC News, 29 July www.abc.net.au/news/2026-07-30/zoladex-pbs-astrazeneca-breast-cancer-endometriosis/106969942 [Zugriff 1.9.2026]



VERBOT: AVACOPAN MIT MANIPULIERTEN DATEN ZUGELASSEN

Avacopan (Tavneos®) wurde im Januar 2022 in der EU für die Behandlung der Granulomatose mit Polyangiitis oder mikroskopischer Polyangiitis zugelassen.¹ Dabei handelt es sich um seltene Erkrankungen, die unter anderem zu Nierenschäden führen. Im August 2026 entzog die Europäische Kommission auf Empfehlung der EMA Avacopan die Vermarktungserlaubnis. Dahinter steckt ein handfester Skandal.

Der ursprüngliche Anbieter, ChemoCentryx, hatte für die Zulassung die sogenannte Advocate Studie durchgeführt. Wie die US-Behörde erst drei Jahre nach der dortigen Zulassung erfuhr, hatte der Anbieter nach Entblindung der Studie die Ergebnisse von neun Patient*innen ins Gegenteil verkehrt.² Die ursprünglichen Daten, die keine Vorteile für Avacopan zeigten, waren der US-Zulassungsbehörde FDA regelwidrig verschwiegen worden. Zwei Autoren der Studienveröffentlichung, die offenbar ebenfalls hinters Licht geführt worden waren, veranlassten den Rückzug des Artikels wegen „Unvereinbarkeit mit ordnungsgemäßer wissenschaftlicher Arbeitsweise.“

Die Bedenken reichen aber noch weiter: Nach der Zulassung stellte sich heraus, dass Avacopan die Leber schädigen kann, es kam sogar zu drei Todesfällen.²

Während die FDA dem Anbieter Gelegenheit gab, neue Auswertungen vorzulegen, zeigte sich die EMA unerbittlich: „Unterstützende Daten aus der Zeit nach der Markteinführung sowie weitere Post-hoc-Analysen der Advocate-Studie werden als nicht ausreichend angesehen, um den Nutzen des Arzneimittels nachzuweisen.“³ (JS)

Der Artikel erschien zuerst in GPSP 5/2026, S. 3

- 1 EMA (2026) Tavneos www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tavneos [Zugriff 20.8.2026]
- 2 Baraniuk C (2026) Trial paper is retracted as FDA keeps scrutiny on controversial vasculitis drug. BMJ; 394, e100221 <http://doi.org/10.1136/bmj-2026-100221>
- 3 EMA (2026) EMA recommends revoking marketing authorisation for Tavneos. 26. Juni www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-revoking-marketing-authorisation-tavneos [Zugriff 20.8.2026]



NEUE ERGEBNISSE ZU ZWANGSLIZENZEN

Androhung stärkt Verhandlungsmacht

Zwangslizenzen für Medikamente gelten als Instrument, um den Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln zu sichern (wir berichteten¹). Eine neue Studie zeichnet nach, welche Spielräume seit der Covid-19-Pandemie von wem tatsächlich genutzt wurden.²

Das TRIPS-Abkommen³ der Welthandelsorganisation lässt Staaten Spielraum, wenn Patente den Zugang zu Arzneimitteln behindern. Die Doha-Erklärung von 2001 stellte ausdrücklich klar, dass die TRIPS-Regeln so ausgelegt werden müssen, dass Staaten Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ergreifen und mit Zwangslizenzen den Zugang ermöglichen können.

Das im englischen Vertragstext Compulsory Licences genannte Instrument erlaubt einem Staat zur Abwehr eines Gesundheitsnotstands, ein patentgeschütztes Arzneimittel auch ohne Zustimmung des Patentinhabers herstellen zu lassen. Das Patent selbst bleibt wohlgeordnet bestehen, der Rechteinhaber erhält eine Lizenzgebühr.

Mehr reiche Länder greifen zum Instrument

Neu ist vor allem der Wandel der Nutzer: In den vergangenen 10 Jahren entfiel mehr als die Hälfte der Zwangslizenzen auf Länder mit hohem Einkommen (HIC) – zunehmend ging es dabei um teure Krebsmedikamente und Therapien für seltene Erkrankungen. Über den gesamten Zeitraum 2001–2024 betrachtet waren dagegen laut Studie Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC) mit 94 von insgesamt 149 Fällen die größte Gruppe, auf HIC entfielen 43 Fälle.

Wirkung auch ohne Zwangslizenz

Zwangslizenzen stoßen regelmäßig auf Widerstand der Industrie. Firmenklagen und politischer Druck aus Herstellerländern

auf Staaten, solche Lizenzen gar nicht erst zu erteilen, sind keine Seltenheit.

So wird nicht jede angekündigte oder beantragte Zwangslizenz am Ende tatsächlich erteilt oder umgesetzt. Von den 149 untersuchten Fällen führten 91, also 61 %, zur tatsächlichen Nutzung. Doch auch die übrigen Fälle können Wirkung entfalten. Die Analyse zeigte nämlich, dass bereits die Androhung einer Zwangslizenz Preissenkungen oder freiwillige Lizenzvereinbarungen anstoßen kann. Bei den nicht umgesetzten Fällen kam es 15-mal zu Preisnachlässen oder Spenden und achtmal zu freiwilligen Lizenzvereinbarungen.

Grenzen des Instruments

Schwieriger wird es, wenn ein Land ein benötigtes Medikament nicht selbst herstellen kann. Zwar erlaubt das TRIPS-Abkommen unter bestimmten Voraussetzungen die Produktion unter Zwangslizenz in einem anderen Land und den anschließenden Export. Die Studie fand dafür seit 2001 jedoch nur fünf Fälle, von denen lediglich einer umgesetzt wurde.

Dennoch: Zwangslizenzen können für ärmere wie für reiche Länder ein wichtiges Instrument sein, um den Zugang zu Arzneimitteln zu verbessern. Dabei liegt ihre Wirkung nicht allein in der tatsächlichen Erteilung. Schon die Möglichkeit einer Zwangslizenz kann die Verhandlungsposition gegenüber Pharmaunternehmen stärken und Spielraum für niedrigere Preise oder freiwillige Lizenzvereinbarungen schaffen. (EF)

1 Pharma-Brief (2026) Bericht bestätigt Zwangslizenz für HIV-Medikament in Kolumbien. Nr. 4, S. 4

2 Dunn M et al. (2026) TRIPS flexibilities help change policy and practice to increase access to medicines: evidence from 2001 to 2024. BMJ Global Health; 11, e021481. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021481>

3 Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums

Was taugt der Safe Hearts Plan der EU?

Mit dem „Safe Hearts Plan“ möchte die EU-Kommission die vorzeitige Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis 2035 mithilfe von Präventionsmaßnahmen um 25 % senken. Dazu bereitet sie unter anderem eine Empfehlung an die EU-Mitgliedstaaten zu Gesundheitschecks vor. Im Blick sind Bluthochdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte. Auch digitale Technologien und möglicherweise künstliche Intelligenz sollen bei der Risikobewertung helfen.¹ Dabei geht es aber – wie so oft – nicht nur um die Gesundheit der Menschen. Der Plan soll Europas Wettbewerbsfähigkeit stärken und Innovation fördern und setzt dafür auf KI, personalisierte Medizin und die Nutzung von Gesundheitsdaten.² Eine solche Empfehlung ist zwar kein verbindliches EU-Gesetz, sie gibt den Mitgliedstaaten aber eine gemeinsame politische Richtung vor.

Mehr Screening, mehr Gesundheit?

Man könnte denken: Wer Krankheiten früher erkennt, kann sie früher behandeln – stimmt aber nicht immer, zum Beispiel beim Screening gesunder Menschen. Die Deutsche Sozialversicherung (DSV) warnt vor flächendeckenden Untersuchungen ohne belegten Nutzen. Denn wer viele Gesunde untersucht, findet auch auffällige Werte, die möglicherweise nie Beschwerden verursacht hätten. Hinzu kommen falsch-positive Befunde, weitere Untersuchungen und unnötige Behandlungen und unnötiger Medikamentenkonsum. Auch psychische Belastungen können die Folge sein.¹

Prävention ist mehr als Risikowerte messen

Und was ist dann gute Prävention? Wer Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern will, kann zumindest nicht nur beim einzelnen Menschen und seinen Blutwerten ansetzen, auch die Lebensbedingungen spielen eine wichtige Rolle. Genau diese Kritik gab es bereits beim geplanten deutschen Gesundes-Herz-Gesetz. Dabei standen nämlich individuelle Verhaltens-

änderungen im Mittelpunkt, während strukturelle, soziale und wirtschaftliche Ursachen von Krankheit zu wenig berücksichtigt wurden.³

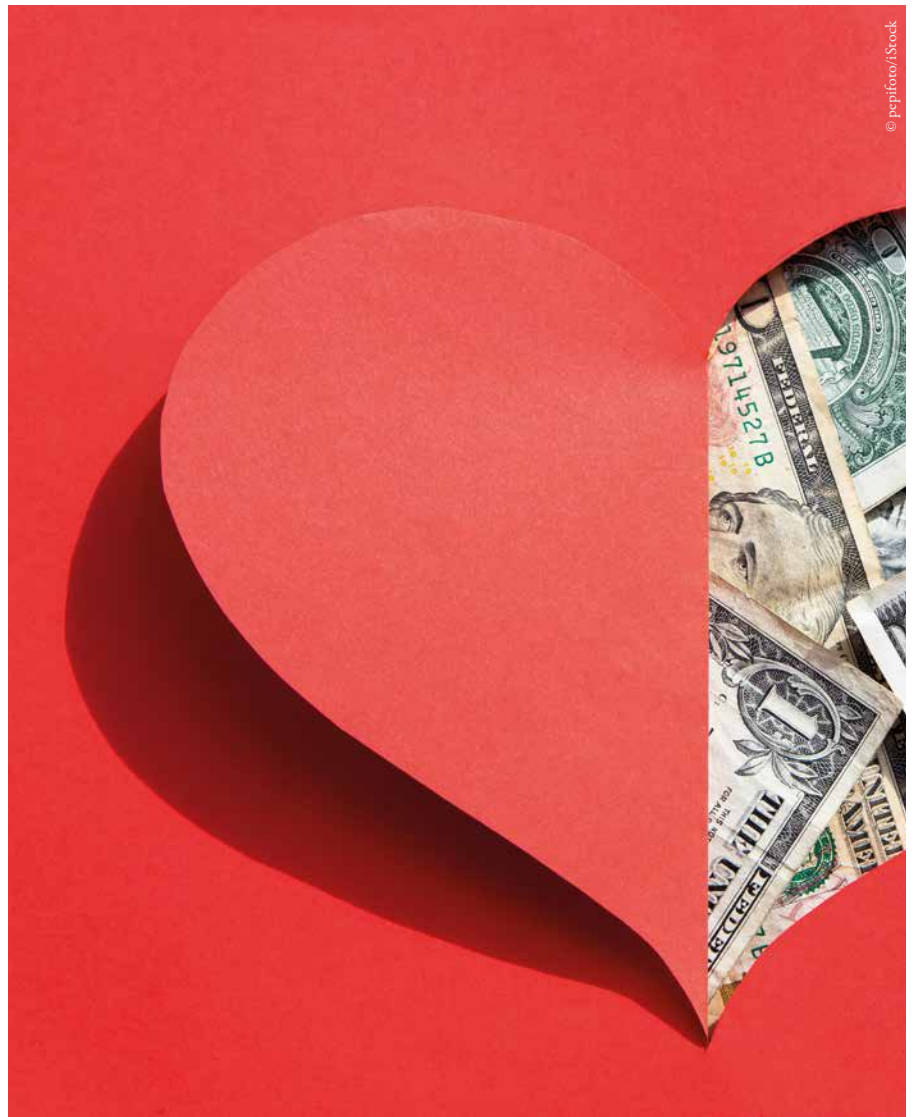
Deutschland als schlechtes Vorbild

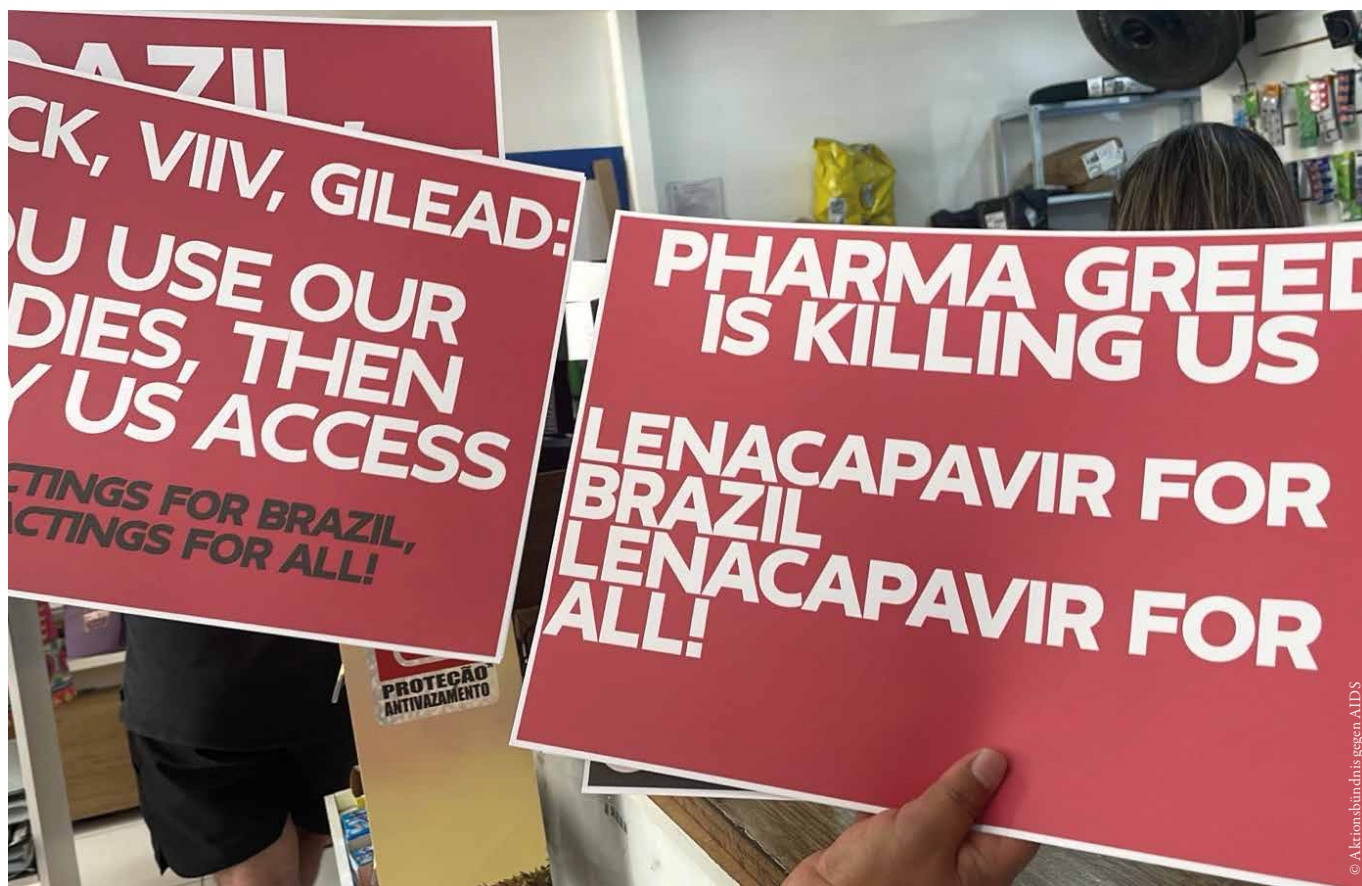
Auch das Gesundes-Herz-Gesetz setzte stark auf Früherkennung, Erwachsene sollten in bestimmten Altersstufen auf ihr Herz-Kreislauf-Risiko untersucht werden. Zudem war ein gesetzlicher Anspruch auf Lipidsenker vorgesehen. Der Arzneimittelbrief kritisierte die unzureichende Evidenz für viele der Maßnahmen. Screening könne zu Überdiagnostik, Übertherapie und Krankheits-„Labelling“ führen. Gleichzeitig komme die Verhältnisprävention zu kurz.⁴

Menschen möglichst früh zu screenen und dabei auch noch die Wirtschaft anzukurbeln, mag attraktiv erscheinen. Sinnvoller wäre es aber, Bedingungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen, zu

verändern. Dazu gehören zum Beispiel soziale Ausgrenzung, schlechte Arbeitsbedingungen, ungesunde Lebensmittel oder eine Umgebung, die Zufußgehen und Radeln unattraktiv oder gar gefährlich ist. Genau dort sollte eine europäische Präventionsstrategie ansetzen. (EF)

- 1 DSV (2026) EU-Gesundheitskontrollen: Prävention stärken, Überdiagnostik vermeiden. <https://dsv-europa.de/de/positionspapiere/2026/gesundheitskontrollen.html> [Zugriff 31.8.2026]
- 2 European Commission (2025) Communication on an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan. Brussels, 16 Dec https://health.ec.europa.eu/document/download/dfb60cde-21a5-426d-8616-c394a326abc2_en?filename=ncd_com-2025-1024_act_en.pdf
- 3 Pharma-Brief (2024) Herzgesundheitsgesetz: Statine für alle? Nr. 6-7, S. 8
- 4 Arzneimittelbrief (2024) Gesundes-Herz-Gesetz: ein nationales Screeningprogramm auf kardiovaskuläre Erkrankungen – mit gesetzlichem Anspruch auf eine Behandlung mit Lipidsenkern? 58, S. 71





HIV/AIDS: DIE WISSENSCHAFT HAT GELIEFERT – JETZT MUSS DIE POLITIK LIEFERN

Ein Ausblick vom Aktionsbündnis gegen AIDS (AgA)

Das Hochrangige Treffen (High-Level Meeting, HLM) der Vereinten Nationen zu HIV/Aids im Juni und die Welt-Aids-Konferenz im Juli stellten zwei eng verbundene Wegmarken der globalen HIV-Politik dar. Regierungen sind nun gefordert, schnell die richtigen Schlüsse zu ziehen, so Johanna Fipp und Peter Wiessner (AgA).

In New York bekräftigten die UN-Mitgliedstaaten beim HLM ihr Ziel, Aids bis 2030 als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu beenden. Die verabschiedete politische Deklaration hält an den Grundprinzipien einer evidenz- und menschenrechtsbasierten HIV-Politik fest: dem universellen Zugang zu Prävention, Diagnostik, Behandlung und Versorgung, der Beteiligung von Communities sowie der Unterstützung besonders betroffener Schlüsselgruppen.

Nur wenige Wochen später jedoch machte die Welt-Aids-Konferenz in Rio de Janeiro deutlich, wie groß die Kluft zwischen politischen Zusagen und ihrer Umsetzung inzwischen ist. Noch nie standen wirksame

re Instrumente zur HIV-Prävention und -Behandlung zur Verfügung. Gleichzeitig gefährden massive Kürzungen der internationalen Gesundheitsfinanzierung, ungleicher Zugang zu medizinischen Innovationen und zunehmende Angriffe auf Menschenrechte die Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte.

Signal in schwierigen Zeiten

Dass die politische Deklaration während des HLM überhaupt verabschiedet wurde, war angesichts der geopolitischen Spannungen alles andere als selbstverständlich. Kontrovers diskutiert wurden die Benennung von Schlüsselgruppen, die Rolle von Communities und Zivilgesellschaft, Menschenrechte sowie Geschlechtergerechtigkeit und sexuelle und reproduktive Rechte. Mehrere Staaten versuchten, diese Grundsätze abzuschwächen oder ganz zu streichen.

Die USA wollten zudem am liebsten jede Bezugnahme auf die Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) aus der Erklärung entfernen. Dahinter steht ein

Kurswechsel: Das Trumpsche System setzt auf die Schwächung multilateraler Zusammenarbeit und die kompromisslose Durchsetzung eigener Interessen. Wie wenig es um globale Solidarität geht, zeigt die „America First Global Health Strategy“: Bilaterale Knebelverträge sollen vor allem den USA Vorteile sichern – etwa beim Zugriff auf kritische Rohstoffe. Gesundheitsprogramme werden zur Gegenleistung.

In trauriger Gemeinschaft mit Nordkorea, Israel, Russland, Niger, Senegal, Burkina Faso und Burundi stimmten die USA schließlich auch gegen die politische Deklaration. Eine breite Mehrheit von 149 Staaten stimmte dafür. Dass die zentralen Prinzipien der globalen HIV-Politik damit Bestand haben, ist für UNAIDS und die globale HIV-Arbeit ein wichtiges politisches Signal. Die Verhandlungen haben allerdings gezeigt, wie stark sie inzwischen unter Druck stehen.

Zugang entscheidet über Erfolg

Die Debatte um den Zugang zu Medikamenten begleitet die HIV-Politik seit

RebuildRise



Johanna Fipp und Peter Wiessner vom Aktionsbündnis gegen AIDS (AgA)

ihren Anfängen. Zugang bedeutet dabei unter anderem ausreichende Finanzierung, bezahlbare Preise, faire Lizenzmodelle, funktionierende Lieferketten, leistungsfähige Gesundheitssysteme und Community-geführte Angebote. Medizinische Innovationen entfalten ihren Nutzen erst, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind. Das wohl prägendste Motto der Konferenz lautete daher: „Innovation ohne Zugang ist keine Innovation – sondern Ungerechtigkeit.“

Kaum ein Beispiel verdeutlicht dieses Spannungsfeld momentan besser als das langwirksame HIV-Präventionsmedi-

kament Lenacapavir des Unternehmens Gilead. Sein Potenzial ist groß: Zwei Depotspritzen im Jahr vermeiden HIV-Infektionen sicherer, als andere Schutzmöglichkeiten. Allerdings verhindern Preisgestaltung und Lizenzpolitik einen gerechten Zugang. Selbst Brasilien, wo zentrale Studien zu dem Präparat durchgeführt wurden, ist wie viele Länder mit mittlerem Einkommen von den freiwilligen Lizenzvereinbarungen ausgeschlossen. Die Herstellungskosten werden auf rund 25 US-Dollar geschätzt, der Marktpreis liegt in den USA bei etwa 25.000 US-Dollar. Die Geschichte der HIV-Therapie hat bereits mehrfach gezeigt, welche

Folgen es hat, wenn lebensrettende Innovationen nur wenigen Menschen zugänglich sind.

Geld ist nicht alles

Ebenso alarmierend ist die Finanzierungslage. Nach Angaben von UNAIDS ist die öffentliche Entwicklungsfinanzierung für die globale HIV-Arbeit 2025 um 23 % eingebrochen – der stärkste Rückgang seit Beginn der Erhebungen. In zahlreichen Ländern mussten Programme für HIV-Tests, Prävention und Behandlung eingeschränkt oder eingestellt werden. Besonders betroffen sind Staaten mit niedrigem Einkommen, deren HIV-Programme stark von internationaler Unterstützung abhängen. Wo Prävention wegfällt und Therapien unterbrochen werden, nehmen zwangsläufig neue Infektionen und vermeidbare Todesfälle zu.

Ob Menschen Gesundheitsangebote tatsächlich erreichen, hängt jedoch nicht allein vom Geld ab. Wer wegen sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, Drogenkonsums oder Sexarbeit kriminalisiert oder diskriminiert wird, bleibt häufig von Prävention und Versorgung ausgeschlossen. Deshalb waren die Auseinandersetzungen um diese Themen in New York weit mehr als diplomatische Wortgefechte. Sie entscheiden konkret darüber, wer Zugang zu Gesundheitsleistungen erhält – und wer nicht.

Das HLM und die Welt-Aids-Konferenz haben eines deutlich gemacht: Es fehlt aktuell nicht an Wissen oder medizinischen Innovationen, es fehlt an politischen Entscheidungen, die dafür sorgen, dass sie alle Menschen erreichen. Nur wenn Regierungen Zugang für ihre Bevölkerung konsequent vor Profitinteressen stellen, bleibt das Ziel erreichbar, Aids bis 2030 als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu beenden.

Impressum: Herausgeber BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, Verleger: Gesundheit – global und gerecht e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaab (verantwortlich), Ella Feldmann, Max Klein, Hendrike Otto, Susan Weise (Layout).
Design: Heinrich Dunstheimer, dunemaison, Bielefeld, Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne, © 2026 BUKO Pharma-Kampagne. Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 26 €, Institutionen- oder Auslandsabo 50 €. Für Mitgliedsgruppen der BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-Bezieher*innen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.
Konto Gesundheit – global und gerecht e.V., Sparkasse Bielefeld, für Abos: DE23 4805 0161 0000 1056 01
Konto für Spenden: DE97 4805 0161 0000 1056 27, BIC: SPBIDE33XXX, Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

pharma-brief@bukopharma.de
www.bukopharma.de



Der Pharma-Brief ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft der unabhängigen Arzneimittelzeitschriften. www.isdbweb.org





WIPO: GLOBALER SÜDEN WEITER- HIN UNTERREPRÄSENTIERT

Die Neuvergabe der Leitungsposten verstärkt das regionale Ungleichgewicht in der Weltorganisation für geistiges Eigentum (WIPO). Im Juli 2026 fand ihre 68. Sitzungsreihe in Genf statt. Die 194 Mitgliedsstaaten sind in Gruppen organisiert, die sowohl die geografische Lage als auch die Wirtschaftsleistung abbilden. An der Vergabe der Führungspositionen der insgesamt acht Sektoren gibt es nun scharfe Kritik. Zwei Ländergruppen sind in den Führungspositionen gar nicht repräsentiert, ebenso keines der Least Developed Countries. Dagegen werden fünf Positionen aus der Gruppe der High-Income-Countries besetzt, drei davon allein aus Europa. Zusätzlich sind in der aktuellen Führungsriege nur noch zwei Frauen vertreten, im Gegensatz zu immerhin drei Frauen in der vorherigen Periode. Auch wenn die Vergabe nach Qualifikation erfolgt, so hat die WIPO doch den Auftrag, auf eine ausbalancierte Repräsentation betreffend geografischer Lage, Wirtschaftsleistung und Gender zu achten.¹

Wie unterschiedlich sich die Interessenslage darstellt, zeigt sich an den Bemühungen um neue Regelungen für Ausnahmen und Beschränkungen des Urheberrechts. Während die Afrika-Gruppe nunmehr 14 Jahre nach Vergabe des Mandats und der Verhandlungen darauf drängt, endlich mit der textbasierten Arbeit zu beginnen und Formulierungsvorschläge einbrachte, lehnen Parteien wie die USA und die EU dies mit dem Hinweis ab, dass die gegenwärtigen Regelungen ausreichend seien.² (HO)

- 1 Third World Network (2026) WIPO: Disproportionate share of leadership positions for developed countries. 6 July https://twn.my/title2/intellectual_property/info.service/2026/ip260701.htm [Zugriff 14.07.2026]
- 2 Third World Network (2026) WIPO: Developing countries call for text-based negotiations on copyright exceptions and limitations. 14 July https://twn.my/title2/intellectual_property/info.service/2026/ip260702.htm [Zugriff 14.07.2026]

INDONESIEN GEGEN PATENT-EVERGREENING

Beim sogenannten Evergreening versuchen Pharmaunternehmen, das Vermarktungsmonopol eines Medikaments durch zusätzliche, später angemeldete Patente zu verlängern.

In Indonesiens Patentrecht galt seit 2016 die folgende Klausel: Sekundärpatente für existierende Produkte sind ausgeschlossen und bei nahe verwandten Stoffen auf relevante Verbesserungen in der Wirksamkeit beschränkt. 2024 wurde dieser Artikel 4 (f) abgeschafft. Dagegen klagten Patientenorganisationen und bekamen jetzt vor dem Verfassungsgerichtshof Recht.¹ (JS)

- 1 TWN (2026) Indonesia's Constitutional Court Restores Safeguards Against Pharmaceutical Patent Evergreening. 31 Aug [www.twn.my/title2/intellectual_property/info.service/2026/ip260802.htm](https://twn.my/title2/intellectual_property/info.service/2026/ip260802.htm) [Zugriff 5.9.2026]

RAUCHEN SENKT DIE FRUCHTBARKEIT

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt, dass Zigaretten nicht nur Krebs und Herzkrankheiten verursachen können, sondern auch schlecht für die Fruchtbarkeit sind.¹ 15 % der Frauen mit Kinderwunsch sind trotz regelmäßigem Sex nach einem Jahr nicht schwanger, bei Raucherinnen sind es 21 %. Auch Passivrauchen wirkt sich negativ auf die Fruchtbarkeit aus. Ein Rauchstopp erhöht die Chancen, schwanger zu werden.

Bei Männern leidet durchs Rauchen die Spermienqualität und die Potenz.

Während die Daten für Zigaretten eindeutig sind, ist der Zusammenhang zwischen Unfruchtbarkeit und E-Zigaretten, Nikotinbeutel oder Wasserpfeifen wegen weniger Studien nicht so gut gesichert. (JS)

- 1 WHO (2026) Tobacco and infertility. Geneva: World Health Organization; (WHO tobacco knowledge summaries). <https://doi.org/10.2471/B09819>

TECOVIRIMAT HILFT NICHT BEI MPOX

Mpox ist eine Virusinfektion, die typischerweise mit Fieber, geschwollenen Lymphknoten und Muskelschmerzen beginnt, gefolgt von einem schmerzhaften Hautausschlag mit flüssigkeitsgefüllten Läsionen. Während die meisten Fälle mild verlaufen und ohne Komplikationen abheilen, kann Mpox bei Kindern, Schwangeren und immungeschwächten Personen zu schwereren Krankheitsverläufen führen.¹ Tecovirimat wurde 2022 zur Behandlung von Mpox sowie Pocken, Kuhpocken und Komplikationen infolge von Pockenimpfstoffen zugelassen. Die Genehmigung basierte aber lediglich auf Tierversuchen mit Mpox und Kaninchenpocken. Inzwischen konnte wegen des globalen Mpox-Ausbruchs im selben Jahr der Wirkstoff an Menschen getestet werden. Nach Auswertung von vier in unterschiedlichen Regionen durchgeführten kontrollierten randomisierten Studien zeigte sich, dass Tecovirimat die Beschwerden bei Mpox nicht besser lindert als Placebo. Der Wirkstoff darf in der EU nicht mehr bei Mpox eingesetzt werden.¹

Die Zulassung für Pocken, Kuhpocken und Impfreaktionen bleibt aber. Da die Pocken ausgerottet sind und die anderen beiden Indikationen sehr selten vorkommen, sind Studien mit Menschen unrealistisch. Die Evidenzlage bleibt also unbefriedigend, weil der Wirkstoff bei Menschen gegen Mpox nicht hilft und das andere getestete Virus – Kaninchenpocken – zwar mit dem Pockenvirus eng verwandt ist, aber für Menschen nicht ansteckend. (JS)

- 1 BfArM (2026) Tecovirimat SIGA: Überprüfung der Wirksamkeit bei der Behandlung von Mpox. 5. Juni www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/tecovirimat.html [Zugriff 8.7.2026]