



Hype um Autismus-Medikament in den USA

Zwischen Wissenschaft und Propaganda

© JamesBrey/iStock

Autismus-Spektrum-Störungen können belastend sein. Doch US-Präsident Trump und sein Gesundheitsminister Robert F. Kennedy, Jr. weckten am 22. September 2025 mit der Ankündigung eines neuen Medikaments falsche Erwartungen und lösten eine Welle von Fehlverschreibungen aus.

„Heute ergreifen wir mutige Maßnahmen – wir ebnen den Weg für den ersten von der FDA anerkannten Behandlungsansatz, klären Ärzte und Familien über mögliche Risiken auf und investieren in bahnbrechende Forschung. Wir werden [...] Millionen amerikanischer Familien Hoffnung geben.“ so Kennedy.¹

Es geht dabei um Folsäure, auch Leucovorin genannt, die stoffwechselaktive Form des Vitamins Folsäure. Präparate mit diesem Wirkstoff sind seit rund 50 Jahren auf dem Markt. Folsäure wird bislang eher selten eingesetzt, etwa wenn bestimmte Krebsmedikamente die Verstoffwechselung von Folsäure stören. Ansonsten reicht bei Mangelzuständen normale Folsäure aus.

Falsche Versprechen

Nun soll Folsäure auch gegen Autismus (ASD) helfen. Dabei sprach der Gesundheitsminister von „der ersten von der FDA anerkannten Therapie für Kinder mit zerebralem Folatmangel und autistischen Symptomen.“ Zwar wurde mitgeteilt, dass das Medikament vielleicht nur einem Teil der Betroffenen mit sprachlichen Einschränkungen hilft. Doch es wurde der Eindruck

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

Hoffnungen sind leicht zu wecken, insbesondere bei Gesundheitsversprechen, bei denen eine Überprüfung der Stichhaltigkeit schwierig ist. Umso bedenklicher ist es, wenn staatliche Akteure es mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht so genau nehmen. Die Folgen der Fehlinformation in den USA zeigten sich in steil ansteigenden Verordnungszahlen für ein Medikament, das tatsächlich nur einer winzig kleinen Gruppe helfen könnte. Mut (O-Ton Kennedy) allein reicht nicht aus, die Fakten müssen auch stimmen. Selbst in Deutschland sahen sich angesichts des Hypes Fachleute zu Warnungen genötigt (siehe links).

Ebola in Westafrika droht in Vergessenheit zu geraten, dabei gehen die Probleme weit über die aktuelle Epidemie hinaus. Wir befragten dazu Christine Häfele-Abah von Difäm Weltweit (S. 4).

Gute Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

Jörg Schaaber

erweckt, dass das Medikament künftig breit eingesetzt werden kann: „Durch diese Änderung wird die Behandlung von Kindern mit ASD genehmigt, wobei die Behandlung fortgesetzt werden kann, wenn die Kinder Fortschritte in den Bereichen Sprache, Sozialkompetenz oder Anpassungsfähigkeit zeigen.“ Auch eine Kostenübernahme durch Medicaid wurde in Aussicht gestellt.

Widersprüchliche Informationen

In einer am gleichen Tag veröffentlichten FDA-Pressemitteilung hieß es zwar etwas genauer, dass die Zulassung auf Patient*innen mit zerebralem Folatmangel (CFD) beschränkt würde, dann wurde FDA-Chef Marty Makary allerdings blumig: „Wir haben in den letzten zwei Jahrzehnten einen tragischen vierfachen Anstieg der Autismusfälle beobachtet. Die Kinder leiden und verdienen Zugang zu vielversprechenden Behandlungsmöglichkeiten. Wir stützen uns auf wissenschaftliche Erkenntnisse nach höchsten Standards und auf gesunden Menschenverstand, um den amerikanischen Bürgern zu helfen.“²

Fachwelt kritisiert die Entscheidung

Die missverständlichen Informationen lösten Besorgnis aus. Wissenschaftler*innen und Fachorganisationen warnten, dass Folsäure keine effektive und sichere Behandlungsmethode von Autismus darstellt und lediglich bei autismusähnlichen

Symptomen bei seltenen genetischen Störungen des Folsäuretransports helfen kann. Alles andere sei derzeit Spekulation.³ Eine seltene Störung, die auch autistische Merkmale verursachen kann, ist eben nicht dasselbe wie eine Autismus-Spektrum-Störung.

Am 10. März 2026 veröffentlichte die US-Zulassungsbehörde FDA ihre Entscheidung:⁴ Folsäure wurde keineswegs allgemein gegen Autismus zugelassen, sondern nur zur Behandlung einer extrem seltenen genetischen Erkrankung, bei der der Folsäuretransport ins Gehirn gestört ist. Von der Folat Rezeptor-1-Genvariante (CFD-FOLR1) Betroffene können schwere Entwicklungsverzögerungen, epileptische Anfälle, motorische Auffälligkeiten und auch autistische Symptome zeigen.⁵

Die Geister die ich rief ...

Doch diese Beschränkung kam zu spät. Im Vorfeld war Folsäure gegen Autismus schon gehypt worden, unter anderem durch eine Ende 2024 veröffentlichte Studie, die allgemein Vorteile für das Vitamin bei Autismus sah, aber im Januar 2026 wegen gravierender Fehler zurückgezogen wurde.⁶

Die Verschreibungszahlen für Folsäure bei Kindern verachteten sich in den USA von Ende 2024 bis Dezember 2025 von 1 auf 8 pro 100.000. Dabei fand der größte Sprung von 3 pro 100.000 unmittelbar nach der Pressekonferenz des US-Gesundheitsministeriums statt.⁷

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie warnte angesichts der medialen Präsenz von Leucovorin als angebliche Hilfe bei Autismus-Spektrum-Störungen: „Klarheit besteht aufgrund der aktuell schon existierenden randomisiert-kontrollierten Studien, dass Leucovorin nicht allgemein bei Autismus-Spektrum-Störung eingesetzt werden sollte.“⁸ Alles andere bedürfe erst einer soliden wissenschaftlichen Überprüfung. (JS)

1 DHHS (2025) President Trump, Secretary Kennedy Announce Bold Actions to Tackle Autism Epidemic. Press release 22 Sept www.hhs.gov/press-room/hhs-trump-kennedy-autism-initiatives-leucovorin-tylenol-research-2025.html [Zugriff 17.9.2026]

2 FDA (2025) FDA Takes Action to Make a Treatment Available for Autism Symptoms. 22 Sept www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-action-make-treatment-available-autism-symptoms [Zugriff 17.9.2026]

3 Goldman ID and Chabner BA (2026) Cerebral Folate Deficiency, Autism, and the Role of Leucovorin NEJM; 349, p 833 <https://doi.org/10.1056/NEJMp2516268>

4 FDA (2026) FDA Approves First Treatment for Patients with Cerebral Folate Transport Deficiency. News release 10 Mar www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-patients-cerebral-folate-transport-deficiency [Zugriff 17.9.2026]

5 van den Heuvel M (2026) Autism: Was bringt die Trump-Therapie? DocCheck 16. Sept www.doccheck.com/de/detail/articles/54296-autismus-was-bringt-die-trump-therapie [Zugriff 17.9.2026]

6 Eur J Pediatrics (2026) Retraction Note: Efficacy of oral folinic acid supplementation in children with autism spectrum disorder. <https://doi.org/10.1007%2Fs00431-026-06769-x>

7 Chua K-P et al. (2026) Leucovorin Dispensing to U.S. Children in 2025. NEJM; 395, p 719 <https://doi.org/10.1056/NEJMc2602260>

8 DGKJP (2026) Leucovorin bei Autismus-Spektrum-Störungen. 17. Aug. www.dgkjp.de/leucovorin-bei-autismus-spektrum-stoerungen [Zugriff 21.9.2026]

ÖFFENTLICH ERFORSCHT – FÜR ALLE ZUGÄNGLICH?

Leitfaden zu Socially Responsible Licensing

Öffentlich finanzierte Forschung führt nicht automatisch dazu, dass medizinische Innovationen für alle zugänglich und bezahlbar sind. Sozial verantwortliche Lizenzierung will deshalb das öffentliche Interesse bereits bei der Vergabe von Nutzungsrechten berücksichtigen.

Die niederländische Gesundheitsorganisation Wemos hat im September 2026 einen neuen Leitfaden zu sozial verantwortlicher Lizenzierung (Socially Responsible Licensing, SRL) veröffentlicht.¹ Er zeigt, wie öffentliche Geldgeber, Universitäten und Forschungsinstitute dazu beitragen können, dass mit öffentlichen Mitteln entwickelte Innovationen später auch für Patient*innen zugänglich und bezahlbar sind. Der Leitfaden fordert, SRL systematisch in Forschungsförderung und Lizenzierung zu verankern.

Öffentliches Geld, private Produkte

Öffentliche Gelder spielen bei medizinischer Forschung eine wichtige Rolle. 2020 stammten laut Wemos 26 % der weltweiten Investitionen in pharmazeutische Forschung und Entwicklung – rund 75 Milliarden US-\$ – von öffentlichen und gemeinnützigen Organisationen. Die EU investiert Milliarden in Forschung.

Öffentliche Finanzierung garantiert aber nicht den öffentlichen Nutzen. Im Gegenteil: Werden Forschungsergebnisse an private Unternehmen lizenziert, entscheiden kommerzielle Interessen darüber, ob ein Produkt weiterentwickelt wird, wo und zu welchem Preis es auf den Markt kommt.

Genau hier setzt das Konzept an. SRL ist „die Praxis, Produkte auf eine Weise zu lizenzieren, die den globalen Bedürfnissen Rechnung trägt. Sie fördert den Zugang zu Innovationen für diejenigen, die sie benötigen, sei es im weit gefassten Sinne der Gesundheit oder für weitere Forschung und Innovation.“¹ Aber wie genau kann das aussehen?

Zugang von Anfang an mitdenken

Lizenzverträge können beispielsweise Vorgaben zu Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit enthalten. Auch nicht-exklusive Lizenzen² oder Verpflichtungen zur Versorgung bestimmter Länder oder Möglichkeiten zur Weiterlizenzierung kommen infrage. Wird die Entwicklung eingestellt, können Rechte zudem an die erforschende Einrichtung zurückfallen und an andere Entwickler vergeben werden. Solche Bedingungen müssten früh festgelegt werden. Sind exklusive kommerzielle Rechte erst einmal vergeben, wird es schwierig, den Zugang nachträglich neu auszuhandeln.

Für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen könnten geografisch begrenzte Zugangsregeln, nicht-exklusive Lizenzen oder reduzierte Lizenzgebühren eingesetzt werden, ohne kommerzielle Möglichkeiten in wohlhabenden Märkten aufzugeben.

Mehr Einsatz von SRL nötig

Noch wird SRL uneinheitlich umgesetzt. Es fehlen Daten über die Auswirkungen, Wissen in Technologietransferstellen und verbindliche Verfahren. Freiwillige Prinzipien allein reichen deshalb nicht aus. Es braucht klare vertragliche

Verpflichtungen sowie Verfahren zur Kontrolle und Rechenschaft.

Auch wir beschäftigen uns seit Jahren mit Equitable Licensing und setzen uns dafür ein, dass öffentlich finanzierte Forschung im öffentlichen Interesse genutzt wird und medizinische Innovationen möglichst vielen Menschen zugutekommen. Bereits vor einigen Jahren haben wir dazu einen ausführlichen Leitfaden entwickelt.³ (EF)

1 Wemos (2026) Unlocking the potential of socially responsible licensing of medical innovations. Guidance brief to improve access to publicly funded medical innovations. Amsterdam

2 Erlaubt es mehreren Personen oder Unternehmen, dasselbe geistige Eigentum oder Werk gleichzeitig zu nutzen.

3 Godt C (2017) Equitable Licensing & Global Access. <https://bukopharma.de/pharmabrief/pharma-brief-spezial-equitable-licensing>



INDIEN GEHT GEGEN GEFÄLSCHTE MEDIKAMENTE VOR

QR- und Barcodes sollen Medikamente sicherer machen

Indien verschärft die Regeln für Krebsmedikamente. Bis Juli 2027 müssen alle im Land verkauften Präparate mit einem QR- oder Barcode versehen werden. Damit soll sich der Weg jeder Packung von der Herstellung bis zu den Patient*innen nachvollziehen lassen. Die Vorschrift gilt auch für importierte Medikamente.

Auslöser war unter anderem ein Fälschungsskandal um das Krebsmedikament mit dem Wirkstoff Pembrolizumab (Keytruda®). 2024 wurden in Neu-Delhi zwölf Männer festgenommen. Sie sollen leere Originalfläschchen gesammelt, mit einem Pilzmedikament befüllt und anschließend als Pembrolizumab verkauft haben. Die Fälschungen wurden auch über Indien hinaus vertrieben.¹

Auch Deutschland ist von einem Fälschungsverdacht bei Pembrolizumab betroffen: Für mehrere Chargen des Krebsmedikaments, die für klinische Studien bestimmt waren, wurde kürzlich vor möglichen Fälschungen gewarnt.²

Dass sich mit gefälschten Krebsmedikamenten Geld verdienen lässt, hat auch mit deren enormen Preisen zu tun. Eine 100-mg-Dosis Pembrolizumab kostet in Indien rund 150.000 Rupien (rund 1.390 €) und ist damit für viele Familien unbezahlbar.

Die bessere Rückverfolgbarkeit ist zwar ein wichtiger Schritt, löst aber nur einen Teil des Problems, denn solange lebenswichtige Arzneimittel für viele Menschen unerschwinglich bleiben, gibt es auch einen gefährlichen

Schwarzmarkt. Arzneimittelsicherheit braucht nicht nur wirksame Kontrollen, sondern auch bezahlbare Medikamente. (EF)

1 ICIJ (2026) After cancer drug counterfeiting scandal, India imposes new tracing requirements. www.icij.org/investigations/cancer-calcus/after-cancer-drug-counterfeiting-scandal-india-imposes-new-tracing-requirements/ [Zugriff 5.10.2026]

2 AMK (2026) Online-Nachricht: Information der Institutionen und Behörden: PEI: Keytruda® (Pembrolizumab) 25 mg/ml: aktueller Fälschungsfall bei weiteren Chargen, sofern sie im Rahmen einer klinischen Studie verwendet werden. 2. Okt. www.abda.de/fuer-apotheker/arzneimittelkommission/amk-nachrichten/detail/41-26-information-der-institutionen-und-behoerden-pei-keytruda-pembrolizumab-25-mg-ml-aktueller-faelschungsfall-bei-weiteren-chargen-sofern-sie-im-rahmen-einer-klinischen-studie-verwendet-werden/ [Zugriff 5.10.2026]

EBOLA: FAST VERGESSEN, NICHT VERSCHWUNDEN

Hilfsaktivitäten vor Ort mit zahlreichen Hindernissen

*Der Ebola-Ausbruch in der DR Kongo (DRK) findet hierzu-
lande nur noch wenig öffentliche Beachtung. Ende September
gab es die Diskussion, ob Fälle spürbar abebben oder sich eher
verlagern. Wie nehmen Sie die Situation vor Ort wahr?*

Wir von Difäm Weltweit sind seit dem 15. Mai, als der Ausbruch in der DRK erklärt wurde, mit unseren kirchlichen Partnern in den Provinzen Ituri, Haut-Uele sowie Nord- und Südkivu in Kontakt und versuchen, sie im Kampf gegen die Epidemie zu unterstützen.¹ Auch wenn sich in Ituri, wo die Epidemie ausbrach und der bisherige Hotspot war, der Anstieg der Fallzahlen glücklicherweise wohl etwas verlangsamt, gibt es sehr viele neue Fälle in Nord-Kivu, und inzwischen sind insgesamt sieben Provinzen betroffen. Die Lage ist also weiterhin sehr alarmierend und mit bisher über 8.000 offiziell registrierten Fällen und fast 4.000 Todesfällen (Stand 28.9.2026) ist es bereits jetzt der schwerste Ebola-Ausbruch in der Geschichte des Kongo. Die tatsächlichen Zahlen dürften zudem noch deutlich höher liegen, da viele Fälle in den Communities gar nicht erfasst werden konnten.

Ein Grund dafür war auch die Bundibugyo-Variante des Ebola-Virus.²

Ja, dadurch fehlten in diesem Ausbruch von Beginn an schnelle Diagnostikmöglichkeiten sowie Impfstoffe und spezifische Therapeutika. Inzwischen sind PCR-Labore in den betroffenen Regionen verfügbar und die Tests müssen nicht mehr ins weit entfernte Kinshasa geschickt werden. Aber Antigen-Schnelltests, die man direkt in den Communities verwenden könnte, gibt es bisher nicht. Klinische Studien zu Impfstoffen und Therapeutika sind angelaufen, doch bis diese routinemäßig verwendet werden können, wird es noch dauern. Und der zeitliche Vorsprung des Virus war enorm.

Dies hat außerdem leider zu zahlreichen Todesfällen unter dem Gesundheitspersonal geführt, auch in unseren Partnereinrichtungen. Sie hatten zu Beginn keinerlei Schutzausstattung verfügbar. Viele internationale Partner, auch wir, haben schnell Lieferungen mit Schutzausstattung und Hygienematerialien organisiert und auf den Weg gebracht. Von Difäm Weltweit aus haben wir hierfür eine große kirchliche Beschaffungsstelle in Uganda genutzt und wurden beim Transport durch Kleinflugzeuge einer anderen NGO unterstützt. Aber aufgrund des sehr hohen Bedarfs, der nicht ganz einfachen Koordination vor Ort und insbesondere der begrenzten internationalen Ressourcen bleibt die kontinuierliche Versorgung weiter schwierig.

Gerade im aktuellen Ausbruch wurde wieder deutlich, wie mühevoll die Eindämmung bei schlechter Sicherheitslage und Infrastruktur ist. Können Sie uns aus der Praxis einen konkreten Einblick geben, wie dies Gesundheitsarbeit verändert?

Diese beiden Faktoren stellen eine enorme Herausforderung dar. Einerseits kann es für Patient*innen sehr schwierig sein, aus ihren Dörfern zu den Gesundheitseinrichtungen zu kommen. Ande-



© Difäm Weltweit

Christine Häfele-Abab leitet als Apothekerin die Fachstelle für Pharmazeutische Entwicklungszusammenarbeit bei Difäm Weltweit und koordiniert die Beschaffungen im Rahmen der aktuellen Ebola-Nothilfe.

rerseits kann auch das Erreichen abgelegener Einrichtungen zur Durchführung von Trainings durch qualifizierte Fachkräfte und der Transport von Materialien wie Schutzausstattung erschwert werden. In einem unserer aktuellen Projekte sollte zum Beispiel das Referenzkrankenhaus in Lolwa mit berücksichtigt werden, das unsere lokalen Fachkräfte aus Bunia aber bislang aufgrund des sehr hohen Sicherheitsrisikos nicht erreichen konnten.

Die schwache Infrastruktur betrifft letztlich die gesamte Versorgung. Gesundheitseinrichtungen waren bereits vor der Epidemie äußerst unzureichend ausgestattet. Es fehlt an Equipment, selbst an einfacher Schutz- und Hygieneausstattung wie Handschuhen, an Medikamenten und vielem mehr. Dies hat sich nun in der Epidemie noch zugespitzt. Und wo Medikamente fehlen und Patient*innen nicht adäquat versorgt werden können, verliert die Bevölkerung das Vertrauen. Anstatt Patient*innen schnell zu überweisen, versucht man, sie zuerst zuhause zu behalten und mit lokalen Mitteln zu versorgen. Es entsteht ein Teufelskreis.

Selbst wichtige Triage-Vorrichtungen, die es Gesundheitseinrichtungen ermöglichen, Verdachtsfälle schnell zu identifizieren, fehlen immer noch in vielen Einrichtungen. Gerade führte unser Team vor Ort in Ituri ein Assessment in zehn Einrichtungen durch, von denen acht noch keine ausreichenden Triage-Einrichtungen hatten – nach vier Monaten Epidemie! Und auch die speziellen Ebola-Behandlungszentren kommen immer wieder an Kapazitätsgrenzen. So hörten wir von unserem Partner aus Nord-Kivu wieder von überfüllten Zentren, die Patient*innen abweisen mussten, so wie es auch zuvor in Ituri längere Zeit der Fall war.

Ein weiteres oft genanntes Problem für Ebola-Einsätze ist Misstrauen in den örtlichen Communities.

Ja, das ist eine sehr große Hürde und trägt dazu bei, dass Fälle nicht zügig nachverfolgt und Infektionsketten somit nicht un-



terbrochen werden können. Auch die Einhaltung notwendiger Schutzmaßnahmen, inklusive Desinfektion kontaminierter Bereiche und Durchführung sicherer Bestattungen sind dann nicht gewährleistet.

Die Angst und das Misstrauen der Bevölkerung in dieser fragilen Region, wo Menschen bisher oft keinen Schutz durch Behörden erfahren haben, sondern in ihrem Alltag vielen Risiken ausgesetzt sind, ist verständlich. Hier können gerade die Kirchen einen großen Beitrag zur Vertrauensbildung leisten. Dies wird inzwischen auch von der WHO und vielen weiteren Akteuren anerkannt. So unterstützen wir unsere Partner darin, mit ihren Gesundheitsfachkräften, aber auch mit Pastoren in die Gemeinden zu gehen, über Ebola aufzuklären und die Menschen „mitzunehmen“ – auf sie zu hören, einzugehen, ihre Sorgen ernst zu nehmen und, wo möglich, lokale und angepasste Lösungen zu finden. Dazu gehören insbesondere auch sichere und würdevolle Bestattungen, die den trauernden Angehörigen gerecht werden und ihnen Trost spenden. Nur durch adäquates Einbeziehen der betroffenen Bevölkerung kann diese Epidemie besiegt werden. Dies ist aus meiner Sicht auch eine Frage der Menschenwürde.

Auch die sozialen Medien spielen natürlich eine große Rolle, woberüber manches Gerücht sehr schnell verbreitet und das Misstrauen gefördert wird. Gerade gestern haben sich unsere Partner daher in einem Online-Meeting intensiv darüber ausgetauscht, wie

sie die sozialen Medien in der Bekämpfung der Epidemie selbst aktiv nutzen können und wie sie Falschmeldungen am besten begegnen können. Ich war sehr beeindruckt davon, wie intensiv und kompetent unsere Partner mit solchen Themen umgehen und selbst die Notwendigkeit von interdisziplinären Teams sehen, um „Risk Communication und Community Engagement“ so zielgerichtet und angepasst wie möglich umzusetzen. Es braucht sicher noch einen langen Atem – und natürlich auch Ressourcen – aber die Bemühungen gehen in die richtige Richtung und geben Anlass zur Hoffnung.

Der aktuelle Ausbruchsursprung ist weiter unklar, zuletzt vermutete eine Studie abermals den Übergang von Wildtieren auf Menschen als Ursache.³ Warum finden solche sogenannten Spillover in der DR Kongo immer wieder statt?

Dass solche Ereignisse in der Region immer wieder vorkommen können, hat viel mit dem engen Kontakt zwischen Menschen und Tierwelt zu tun. Menschen leben und arbeiten in Gebieten, in denen sie unmittelbar mit Wildtieren und ihren Lebensräumen in Kontakt kommen. Aufgrund der Armut und fehlender Alternativen jagen sie im Wald und verkaufen das Bushmeat auch auf Märkten. Gleichzeitig führen Bergbau, Landwirtschaft, Waldnutzung, Mobilität und Vertreibung dazu, dass die Kontaktzonen zwischen Mensch und Tier zunehmen.

Impressum: Herausgeber BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, Verleger: Gesundheit – global und gerecht e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Ella Feldmann, Max Klein, Susan Weise (Layout). Mitarbeit: Alketa Kajtazi
Design: Heinrich Dunstheimer, dunemaison, Bielefeld, Druck: Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne, © 2026 BUKO Pharma-Kampagne. Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Ab 2027 Einzelabo 30 €, Institutionen- oder Auslandsabo 59 €. 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



Die aktuelle Epidemie ging von Mongwalu aus, wo es eine große Goldmine gibt, in der viele Kleinschürfer arbeiten. Um mehr Rohstoffe zu gewinnen, dringt man immer wieder in den Regenwald vor und auch so entsteht engerer Kontakt zu Wildtieren. Wenn eine solche Übertragung stattgefunden hat, kommt es dann zur Übertragung von Mensch zu Mensch. Von Mongwalu aus bewegten sich Bevölkerungsteile zur medizinischen Versorgung unter anderem nach Rwampara und Bunia. Durch solche Mobilität kann eine zunächst lokal begrenzte Infektion sehr schnell auf größere Bevölkerungsgruppen überspringen.

Das Risiko entsteht an der Schnittstelle von Ökosystemen, Lebensbedingungen, wirtschaftlicher Tätigkeit, Mobilität und der mangelnden Fähigkeit eines Gesundheitssystems, ungewöhnliche Erkrankungen früh zu erkennen und sie schnell einzudämmen. Der aktuelle Ausbruch hätte in einem stabileren System nie diese Ausmaße erreichen können. Daher sollte der Fokus aus meiner Sicht ganz klar darauf liegen, vorhandene Systeme zu stärken und sie resilienter zu machen. Hierfür ist wieder mehr internationale Solidarität dringend erforderlich!

Auch im Globalen Norden gefürchtete Erkrankungen wie Ebola lenken ab und an zumindest für kurze Zeit den globalen Blick auf die Gesundheitslage in Provinzen wie Ituri und Nord-Kivu. Was sind dort die alltäglichen Gesundheitsprobleme einer Bevölkerung, die keine Aufmerksamkeit bekommt?

Ebola ist für die Menschen vor Ort aktuell eine enorme Bedrohung, aber es ist bei weitem nicht das einzige Gesundheitsproblem. Malaria gehört zum Alltag, ebenso Tuberkulose und HIV. Es kommt immer wieder zu Cholera-Ausbrüchen, auch Mpox-Fälle wurden gerade wieder von unseren Partnern gemeldet.

Jede vierte Person in der Region ist ein Binnenflüchtling. Das bringt zusätzliche Probleme wie Mangelernährung und die Folgen von fehlendem Zugang zu Wasser und Hygienemöglichkeiten. Daneben nehmen Schwangerschaftskomplikationen zu, da die Frauen nicht mehr in die Entbindungsstationen kommen aus Angst vor Ansteckung. Hinzu kommen die gesundheitlichen Folgen von Gewalt und Vertreibung. Die WHO weist außerdem auf die hohe Belastung durch Traumata und die Unterbrechung chronischer Behandlungen hin.

Gerade die Versorgung von Frauen und Kindern ist ein gutes Beispiel dafür, was eine Epidemie zusätzlich anrichtet. Während der aktuellen Ebola-Epidemie ist die Nutzung grundlegender Gesundheitsdienste, einschließlich Impfungen und Geburten, in den am stärksten betroffenen Gebieten Ituris laut UNICEF zwischen April und Juni um 42 % zurückgegangen.⁴ Das hat zwangsläufig negative Folgen bei Masern, Malaria, Durchfall und anderen behandelbaren Krankheiten, die zu den häufigsten Todesursachen bei Kindern gehören. Die Zahl der Müttersterbefälle in Ituri hat sich zwischen Mai und Juli verdoppelt.⁴

Das zeigt für mich sehr deutlich, warum es problematisch ist, die Gesundheitslage dieser Regionen nur durch die Brille von Ebola zu betrachten. Wenn internationale Aufmerksamkeit erst dann entsteht, wenn ein für uns bedrohliches Virus auftaucht, geraten die Krankheiten und Gesundheitsprobleme, mit denen Menschen dort jeden Tag leben, leicht aus dem Blick.



Was wäre stattdessen zu tun?

Hier nochmals der Appell, kontinuierlich internationale Solidarität zu zeigen und unter Ownership der Akteure vor Ort Strukturen in fragilen Regionen nachhaltig zu stärken. Als Difäm Weltweit stehen wir bereits seit vielen Jahren an der Seite unserer Partner im Ostkongo, gerade auch in Ituri, wo es ansonsten kaum internationales Engagement gibt. Manches ist mühsam, die Ressourcen sind begrenzt und die lokalen Rahmenbedingungen nicht sehr förderlich. Aber gerade in dieser Epidemie zeigt sich wieder, dass unsere Partner schnell einsatzbereit waren und ihren Beitrag zur Bekämpfung von Ebola leisten können, weil sie den Kontext vor Ort gut kennen und mit den Menschen verbunden sind. Einer unserer Partner in Bunia sagte in einem Interview: „Natürlich gibt es auch Momente der Angst. Das geht nicht nur mir so, sondern vielen meiner Kolleginnen und Kollegen, die als Gesundheitsfachkräfte an vorderster Front arbeiten. Wir wissen, dass wir uns selbst einem Risiko aussetzen. Gleichzeitig sind wir keine Außenstehenden. Wir gehören zu dieser Gemeinschaft. Die Menschen, die wir behandeln, sind unsere Brüder und Schwestern, unsere Nachbarn, unsere Freunde. Deshalb fühlen wir uns ihnen verbunden – und auch verpflichtet.“

Diese Verbundenheit und Solidarität wünsche ich mir auch auf internationaler Ebene.

Vielen Dank für das Gespräch! (MK)

- 1 Die Partner von Difäm Weltweit im Ostkongo betreiben mehr als 600 kirchliche Gesundheitseinrichtungen, die insbesondere in den ländlichen Gegenden oft den Großteil der Gesundheitsversorgung abdecken und bis hin zu Referenzkrankenhäusern wichtige Aufgaben im System übernehmen, wo die staatliche Versorgung unzureichend bleibt.
- 2 Pharma-Brief (2026) Zoonosen: Die schmale Grenzen zwischen Mensch und Tier. Nr. 4, S. 1
- 3 Amuri-Aziza A et al. (2026) Emergence of a Bundibugyo virus variant in the 2026 outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. Nature Medicine <https://doi.org/10.1038/s41591-026-04628-8>
- 4 UNICEF (2026) DR Kongo: Mehr als 300 Kinder an Ebola gestorben. Pressemitteilung vom 7. August

PODCAST: NICHT ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN IM FOKUS

Mit einer neuen Themenreihe zu nicht übertragbaren Krankheiten erweitert die BUKO Pharma-Kampagne ihren Podcast-Kanal „Gesundheit: global und gerecht (?)“.

Die neue Themenreihe richtet sich an Schüler*innen der 9. bis 10. Klasse und fragt, warum nicht übertragbare Krankheiten (NCDs) weltweit so viele Menschen betreffen, welche Schwierigkeiten es bei Prävention und Behandlung gibt und was sich ändern muss, damit künftig weniger Menschen erkranken.

Die drei Folgen werden nach und nach auf Spotify, Deezer, Apple Podcasts und YouTube veröffentlicht. Zu jeder Folge gibt es außerdem einen begleitenden Beitrag auf unserer Homepage, in dem die jeweilige Episode direkt angehört werden kann.

In der ersten Folge klären wir, was NCDs sind und welche Risikofaktoren es gibt. Anschließend schauen wir genauer auf Rauchen und Vapes: Warum sind E-Zigaretten gerade bei jungen Menschen so beliebt? Welche Rolle spielen Werbung und das Image von Vapes als Lifestyle-Produkt?

Die zweite Folge nimmt die Tabakindustrie und ihre Marketingstrategien genauer unter die Lupe. Dabei geht es darum, wie insbesondere junge Menschen angesprochen werden und welche Möglichkeiten es gibt, Kinder und Jugendliche besser vor Tabakwerbung und Tabakrauch zu schützen. Auch die internationalen Maßnahmen zur Tabakkontrolle spielen hier eine Rolle.

In der dritten Folge steht Diabetes als eine weltweit verbreitete NCD im Mittelpunkt. Anhand dieses Beispiels sehen wir uns genauer an, wie ungleich der Zugang zu Gesundheitsversorgung und notwendigen Medikamenten weltweit sein kann. Was bedeutet das für Menschen mit einer chronischen Erkrankung – und was braucht es für eine gerechtere Gesundheitsversorgung?

Die Podcast-Folgen werden im weiteren Projektverlauf in interaktiven Unterrichtseinheiten eingesetzt, in denen sich die Schüler*innen mit verschiedenen Fragestellungen rund um NCDs auseinandersetzen. (EF)



Der Podcast „Gesundheit: global und gerecht (?)“ ist über die QR-Codes auf verschiedenen Plattformen erreichbar.



[Spotify](#)



[Deezer](#)



[Apple Podcasts](#)



[YouTube](#)



RESISTENTE MALARIAERREGER IN ÄTHIOPIEN

Nach jahrzehntelangen Erfolgen bei der Malariabekämpfung erlebte Äthiopien 2024 einen schwerwiegenden Anstieg von Malariainfektionen mit mehr als zehn Millionen Fällen. Im Jahr 2019 waren es noch weniger als eine Million.

Jetzt zeigt eine Querschnittstudie des Ethiopian Public Health Institute mit 2.204 Patient*innen innerhalb elf Regionen Äthiopiens,¹ dass Mutationen im Malariaerreger *Plasmodium falciparum* eine Resistenz gegen Artemether-Lumefantrin aufweisen, die bevorzugte Behandlungsoption bei dieser Form von Malaria (Erstlinientherapie). Dazu kommt: Die verwendeten diagnostischen Schnelltests (RDTs) können die mutierten Parasiten nicht entdecken.

Geographisch unterscheidet sich das Vorkommen der Mutation in den Regionen des Landes. In Tigray, wo sich 2020-2022 ein Bürgerkrieg ausbreitete und es zu der Unterbrechung von Gesundheitsversorgung und Malaria-Kontroll-Aktivitäten kam, ist die Mutation in den Parasiten zu 67,1 % vertreten, 2018 waren es nur 8,4 % gewesen. Im nahegelegenen Amhara sank die Häufigkeit dagegen von 46,9 % auf 33,2 %. (AK)

¹ Assefa A et al. (2026) Resurgence of Malaria in Ethiopia. JAMA, 20 Aug <https://doi.org/10.1001/jama.2026.14688>

COCHRANE DEUTSCHLAND VOR UNGEWISSE ZUKUNFT

Die Cochrane Deutschland Stiftung (CDS) muss sich ab 2028 eine neue Finanzierung suchen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beendet Ende 2027 seine Förderung. Derzeit erhält die Stiftung jährlich gut eine Million €. aus dem Haushalt des BMG. Die Begründung des Ministeriums: Das Förderende habe mit veränderten Rahmenbedingungen und Haushaltsvorgaben zu tun.

Die Stiftung bereitet wissenschaftliche Erkenntnisse für Patient*innen, Fachkräfte und Politik auf und setzt sich für eine evi-

denzbasierte Gesundheitsversorgung ein. Grundlage sind unter anderem mehr als 9.000 systematische Cochrane Reviews. Ohne neue Finanzierung könnten nach Angaben der CDS wichtige Angebote wegfallen – darunter der Transfer unabhängiger Evidenz, Fortbildungen sowie methodische Arbeit. Bis Ende 2027 will die Stiftung deshalb neue Förderer finden.¹ (EF)

¹ Cochrane Deutschland (2026) Bundesförderung läuft aus: Zukunft der Cochrane Deutschland Stiftung ist ungewiss. 28 Sept. www.cochrane.de/news/bundesfoerderung-laeuft-aus-zukunft-der-cochrane-deutschland-stiftung-ist-ungewiss [Zugriff 6.10.2026]

PFLEGERISIKO UNGLEICH VERTEILT

Wer in Deutschland gut verdient, kann sich in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) statt der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) absichern und zahlt deutlich geringere Beiträge. Das liegt an der besseren Risikostruktur: Wohlhabendere werden seltener pflegebedürftig und die Versicherten waren jünger als in der SPV. Deshalb gibt es eine Diskussion, ob nicht ein Finanzausgleich zwischen den Versicherungen angemessen wäre. Die PPV hält dem entgegen, dass die Altersverteilung ihrer Kund*innen im Laufe der Jahre ungünstiger geworden ist und die Ausgaben steigen.

Das stimmt vordergründig: 2024 waren in der PPV nur noch 52,6 % der Versicherten unter 60 Jahren, in der SPV mit 65,0 % deutlich mehr. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat nachgerechnet, was das für die Ausgaben bedeutet.¹ 2024 waren nur 4,14 % der in der PPV Versicherten pflegebedürftig, in der SPV dagegen 7,57 %. Die Leistungen pro Versicherten lagen in der SPV bei 849 €, in der PPV bei 298 €, selbst inklusive Leistungen der steuerfinanzierten staatlichen Beihilfekassen nur bei 447 €. Reichlich Stoff für eine Gerechtigkeitsdebatte. (JS)

¹ Haun D und Messerle R (2026) Alt, aber gesund: Pflegerisiko und Finanzausgleich. GGW; 26, Heft 3, S. 31 <http://doi.org/10.4126/FRL01-006528239>

MAULKORB FÜR IGE-MONITOR

Der IGE-Monitor des Medizinischen Dienst Bund bewertet sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen, die von Arztpraxen angeboten werden. Sie sind oftmals wenig sinnvoll und werden von den Krankenkassen nicht erstattet. Der IGE-Monitor bietet Patient*innen Orientierung. Jetzt hat ein Anbieter von Hyaluronsäure-Injektionen bei Hüft- und Kniegelenksarthrosen beim Sozialgericht München eine einstweilige Anordnung erwirkt, die es dem Medizinischen Dienst Bund untersagt, Aussagen zu machen, „dass der Schaden den Nutzen überwiegt“.¹ Dabei zeigt gute Evidenz, dass solche Injektionen sehr wahrscheinlich keine relevante Wirkung zeigen und unerwünschte Wirkungen vorkommen.²

Bedenklich ist, dass das Gericht grundsätzlich infrage stellt, ob der Medizinische Dienst Bund überhaupt berechtigt ist, Patient*innen zu informieren. Geradezu zynisch mutet ein Satz aus der Begründung an: „Soweit die finanziellen Interessen der Patienten betroffen sind, ist es ohnehin in die Eigenverantwortung jedes Patienten gestellt, ob er sich auf einen Versuch, ob die Behandlung in seinem individuellen Einzelfall wirkt, nach entsprechender Aufklärung einlässt [...]“.¹ Wie soll das ohne evidenzbasierte Information funktionieren? (JS)

¹ SG München – Az.: S 59 KR 167/26 – Beschluss vom 14.08.2026 <https://openjur.de/u/2553109.html> [Zugriff 7.10.2026]

² GPSP (2023) Knie-Arthrose: Hyaluronsäure-Spritze hilft kaum. Nr. 1, S. 11 <https://gutepillen-schlechtepillen.de/knie-arthrose-hyaluronsaure-spritze-hilft-kaum>

NEUE ABOPREISE

Einige Jahre konnten wir die Preise stabil halten, jetzt müssen wir sie leider anpassen. Ab 1.1.2027 gilt: Einzelabo 30 €, Institutio-

nen- oder Auslandsabo 59 €.