

# Unternehmensverantwortung bei Politik- und Marktversagen

## Der Zugang von in Armut lebenden Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten als Multi- Stakeholder-Problematik

*Klaus M. Leisinger<sup>1</sup>*

### *I Um was geht es?*

Im vorliegenden Zusammenhang geht es um die Beantwortung der Frage, wofür ein Pharma-Unternehmen nach dem heutigen Stand der Wissenschaft und der gesellschaftlichen Erwartungen Verantwortung trägt. Dabei steht ein emotional und politisch sensibler Teilaspekt der Verantwortung im Vordergrund: der Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für Patienten, die ihren Bedarf nicht über Krankenversicherungen, Marktangebote oder staatliche Transferleistungen befriedigen können.

Es gibt kaum einen sozialwissenschaftlichen Begriff, der größerem Definitionspluralismus unterworfen ist als „Unternehmensverantwortung“ – die Bandbreite reicht vom traditionellen betriebswirtschaftlichen Verständnis bis hin zur Sicht des Unternehmens als korporativem Bürger, der einer Vielfalt zusätzlicher Ansprüche genügen muss.<sup>2</sup> Es ist offensichtlich, dass der Rückgriff auf eine „Standard-Definition“ das Problem mit sich bringt, dass

<sup>1</sup> Klaus M. Leisinger ist Präsident und Geschäftsführer der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung ([www.novartisstiftung.org](http://www.novartisstiftung.org)) und lehrt als Professor für Unternehmensethik und Corporate Responsibility an verschiedenen Universitäten. Er diente UN-Generalsekretär Kofi Annan als „Sonderberater für den UN Global Compact“.

<sup>2</sup> Aus der Vielzahl der Veröffentlichungen siehe einerseits Friedman 1970, wonach der Fokus unternehmerischen Handelns auf das Streben nach Gewinn im Rahmen der lokalen Gesetze zu legen sei – andererseits Ulrich 2008.

implizit die Richtung der später gegebenen Antworten vorgespurt wird. Dennoch sehe ich keinen anderen Ausweg: Will man zu einem so komplexen Thema nicht nur menschenfreundliche Wunschvorstellungen äußern, sondern konkrete Vorschläge machen, die in aufgeklärten Unternehmen akzeptabel und in der Mitte der politischen Gauß-Verteilung mehrheitsfähig sind, muss man zumindest mit einer definitorischen Annäherung arbeiten<sup>3</sup>:

Die zentrale gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen liegt darin, alle Arbeiten, die bei der Wertschöpfung im Rahmen ihrer Kernkompetenz anfallen, auf integere Weise zu erledigen. Integres Handeln ist einerseits dadurch gekennzeichnet, dass es in Übereinstimmung mit den jeweils geltenden nationalen Gesetzen und Regelungen steht. Andererseits werden dort, wo lokale Legalität aus einer aufgeklärten Perspektive nicht ausreicht, internationalen Legitimitätskriterien zu genügen, im Geist des UN Global Compact internationale Normen als Benchmark für verantwortungsvolles Handeln heran gezogen und diese eingehalten.

Das Eingehen auf darüber hinausgehende Forderungen gesellschaftlicher Anspruchsgruppen ist in vielen Fällen gesellschaftspolitisch sowie sozialetisch erwünscht und liegt dann auch im wohlverstandenen Eigeninteresse von Unternehmen. Solche Corporate Responsibility Zusatzleistungen sind allerdings freiwilliger Natur und bleiben in Struktur und Ausmaß abhängig vom Geschäftserfolg sowie von strategischen Güterabwägungen des Unternehmens. Idealerweise sollten Zusatzleistungen zur Lösung solcher Probleme erbracht werden, die im weiteren Sinne in einem sachlichen Zusammenhang mit der unternehmerischen Kernkompetenz stehen. Dadurch ist nicht nur ein besseres Verständnis für die zur Lösung anstehenden Probleme sowie eine höhere Handlungsmotivation zu erwarten, die sachliche Nähe zur Kernkompetenz führt auch zu informierteren Entscheidungen und professionelleren Beiträgen. Dies wiederum lässt eine größere Nachhaltigkeit der erzielten Erfolge erwarten.

Das Gesamtpaket der Corporate Responsibility Leistungen ist integraler Teil der strategischen und unternehmenskulturellen Ausrichtung des Unternehmens und wird, wie alle anderen Geschäftsbereiche, professionell gemanagt, d.h. mit klaren Zielvorgaben sowie den im Unternehmen üblichen Erfolgskontrollen, Rechenschaftspflichten und Kommunikationsauflagen.

<sup>3</sup> Zur Herleitung und Vertiefung dieses Verständnisses von unternehmerischer Verantwortung siehe Leisinger 2004; Wieland 2009; Küng et al. 2010; zur vorliegenden Problematik Leisinger 2009, 3 ff.

Da kurzfristig kein messbarer „return on investment“ für freiwillige Zusatzleistungen an die Gesellschaft oder zugunsten spezifischer Anspruchsgruppen messbar ist, hängt meiner Erfahrung nach diesbezügliches Handeln wesentlich von den normativen Überzeugungen sowie dem sozialen Bewusstsein der Mitglieder der obersten Führungsschicht eines Unternehmens ab. Auf längere Frist gibt es jedoch plausible Argumente dafür, dass solches Handeln im wohlverstandenen Eigeninteresse des Unternehmens liegt: Von der kreativen Auseinandersetzung mit Problemkreisen, die zwar sachlich in der Nähe der Kernkompetenz liegen, jedoch nicht zum Portfolio der alltäglichen geschäftlichen Aktivitäten gehören, und auch vom Einbringen von finanziellen, intellektuellen und Management-Ressourcen zugunsten spezifischer Anspruchsgruppen sind positive Auswirkungen auf das Unternehmen zu erwarten. Zu nennen sind hier verminderte Friktionen mit der zivilen Gesellschaft, höhere Attraktivität für sozial sensibilisierte Mitarbeiter und ethisch gesinnten Anlegern sowie höhere gesellschaftliche Sympathiewerte oder sogar Reputationskapital. Zu erwarten ist auch eine höhere Fähigkeit, gesellschaftlichen Wertewandel früh zu erkennen und gegebenenfalls proaktiv darauf zu reagieren sowie neue Geschäftsmodelle zu entwickeln und zu testen.

Die zentrale gesellschaftliche Verantwortung eines forschenden<sup>4</sup> Pharma-Unternehmens wie beispielsweise Novartis liegt also primär darin, auf integere Weise in der Forschung und Entwicklung, bei der Herstellung sowie beim Vertrieb von Arzneimitteln und Impfstoffen auf profitable Weise erfolgreich zu sein. Erfolge in dieser Kernkompetenz tragen maßgeblich dazu bei, krankheitsbedingte Sterblichkeit zu vermindern, Leben zu schützen, Krankheiten zu heilen oder so zu behandeln, dass die Lebensqualität der Patienten verbessert wird und sie trotz der Krankheit ein weitgehend normales privates und berufliches Leben führen können. Wirksame Medikamente helfen auch, die Dauer von Krankenhausaufenthalten zu senken und die krankheitsbedingte Abwesenheit im Beruf zu vermindern. Diese Auswirkungen helfen nicht nur den betroffenen Patienten, sie sind auch gesellschaftspolitisch und sozialetisch in hohem Maße wünschenswert. Die Erfahrungen der letzten 40 Jahre zeigen, dass Innovation und Technologie die wichtigsten Triebkräfte von Verbesserungen im Gesundheitsbereich sind: Unzählige Menschen in Entwicklungsländern

<sup>4</sup> Bei Generika-Herstellern liegt die Verantwortung strukturell anders, weil sie keine Forschung und Entwicklung für innovative Arzneimittel oder Vakzine betreiben.

haben in den letzten Jahrzehnten von der Verfügbarkeit und raschen Verbreitung von medizinischen Innovationen und präventiven Maßnahmen in hohem Maße profitiert: in einem halben Jahrhundert konnte in den Ländern Afrikas, Asiens und Südamerikas ein gleich großer Anstieg der Lebenserwartung gemessen werden, wie in den heutigen Industrieländern in letzten 300 Jahren.<sup>5</sup>

Was generell in erfreulichen Durchschnittswerten messbar ist, trifft jedoch nicht für alle Länder zu – und innerhalb der Länder nicht für alle Bevölkerungsschichten. Auch die Segnungen moderner Arzneimittel kommen bei weitem nicht all denjenigen Menschen zugute, die sie bräuchten. Nach Schätzungen der Weltgesundheits-Organisation haben etwa 30 Prozent der Weltbevölkerung – etwa 2 Milliarden Männer, Frauen und Kinder – keinen regelmäßigen Zugang zu essentiellen Arzneimitteln, in den ärmsten Gebieten und für die untersten Schichten der Gesellschaft Afrikas und Asiens sind es mehr als 50 Prozent.<sup>6</sup> Dort, wo die menschliche Not am größten und lebensgefährdende Krankheiten am meisten verbreitet sind, ist oft nicht einmal eine rudimentäre Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen inklusive wirksamer und bezahlbarer Arzneimittel gesichert. Dies hat tödliche Konsequenzen für jährlich etwa 10 Millionen Menschen.<sup>7</sup>

Verschiedene Nicht-Regierungs-Organisationen, aber auch Inhaber politischer oder zivilgesellschaftlicher Mandate sehen die Schuld für diese menschliche Tragödie vor allem auf Seiten der Pharmaindustrie. Sie verweisen in ihren Kampagnen und Berichten auf Patente oder andere Schutzmaßnahmen für das geistige Eigentum und die dadurch möglich werdende Preispolitik. Desweiteren kritisieren sie die auf lukrative Märkte ausgerichteten Forschungsprioritäten der Pharmaindustrie. Die Debatte über die Verbesserung des Zugangs armer Patienten zu wirksamen und bezahlbaren Medikamenten ist überall auf der Welt Teil der politischen Debatte. Somit kommen auch Methoden und Techniken der (gesundheits- und entwicklungs-) politischen Kommunikation sowie der Agitation zum Tragen. Das Gesamtproblem des mangelhaften Zugangs zu Gesundheitsdiensten – und somit zu Medikamenten – ist jedoch, wie aufgezeigt wird, sehr viel komplexer als der Verweis auf Patente nahe legt. Die Bewertung des Gewichts der einzelnen Verursachungsfaktoren in Bezug auf ihre Bedeutung für die Gesamtproblematik unterliegt somit großem

<sup>5</sup> Vgl. hierzu UNDP-Bericht über die menschliche Entwicklung 2010, 60.

<sup>6</sup> Vgl. WHO 2004, 1.

<sup>7</sup> Ebenda, 1.

Meinungspluralismus und ist beeinflusst von divergierenden Interessen. Daher ist es auch normal, dass aus einer weitgehend unstrittigen Faktenlage sehr unterschiedliche Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Diese politische Normalität moderner, pluralistischer Gesellschaften erschwert jedoch konkrete und heute in Reichweite liegende Lösungen: Die zu überwindenden Hindernisse beim Zugang kaufkraftloser Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten sind so groß, dass es auch bei wohl gemeinten Lösungsversuchen immer wieder zu Schwierigkeiten kommt. In Problemsituationen ist ein robustes Vertrauen der Interaktionspartner eine absolute Notwendigkeit – stereotype Schuldzuweisungen und die singuläre Heraushebung partikulärer Problemkomponenten sind nicht hilfreich, vielmehr stehen sie einer vertrauensvollen Zusammenarbeit im Wege. Die Komplexität und Multi-Kausalität der zur Lösung anstehenden „großen“ Probleme muss zwar anerkannt werden, diese müssen jedoch in möglichst viele Teilprobleme heruntergebrochen und aufgeteilt werden, so dass die verschiedenen Mitglieder eines „Problemlösungs-Teams“ ihre spezifischen Kenntnisse, Erfahrungen und Ressourcen einbringen und gemeinsam mit dem gleichen Ziel an die Arbeit gehen können.

## *II Die Komplexität und Dimension der armutsbedingten Gesundheitsprobleme*

Die entwicklungspolitischen Fortschritte der letzten 4 Jahrzehnte sind beeindruckend und empirisch messbar.<sup>8</sup> Dennoch leben von den heute (2011) etwa 7 Milliarden Menschen noch immer etwa 2 Milliarden Menschen in absoluter Armut.<sup>9</sup> Ihre Lebensumstände sind geprägt durch sehr niedrige Einkommen und, daraus resultierend, Unter- und Fehlernährung, Mangel an sauberem Trinkwasser und sanitären Einrichtungen, schlechte Wohnbedingungen, unzureichende Bildung und Ausbildung sowie durch ungenügenden Zugang zu präventiven und kurativen Basisgesundheitsdiensten. Weiter erschwert wird die Lebensqualität

<sup>8</sup> Siehe dazu UNDP-Bericht über die menschliche Entwicklung 2010.

<sup>9</sup> Je nach Indikator, der als Schwellenwert für „absolute Armut“ genommen wird; hier wird ein pro-Kopf-Einkommen von unter 2 US-Dollar am Tag (in 1993 Kaufkraftparitäten) zugrunde gelegt. Vgl. Chen/Ravallion 2007, 9 ff.

insbesondere von Frauen in vielen Regionen durch vielfältige Diskriminierungen und gesundheitsgefährdende traditionelle Praktiken.

Die verschiedenen Komponenten absoluter Armut stehen zueinander in einem Verhältnis der zirkulären Interdependenz: Menschen sind krank, weil sie arm sind, sie werden ärmer, weil sie krank sind und kränker, weil sie ärmer sind.<sup>10</sup> Dieses „System Armut“ ist jedes Jahr für immense Beeinträchtigungen der Gesundheit von hunderten Millionen Menschen verantwortlich sowie für Dutzende Millionen vermeidbarer Todesfälle.<sup>11</sup> Die daraus resultierende menschliche Tragödie ist überproportional durch eine relativ kleine Anzahl von Faktoren verursacht, die mit ansteigendem Niveau der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung rasch an Bedeutung verlieren. Das Ziel aller Entwicklungsbemühungen ist, allen Menschen – im besten Fall primär den untersten Schichten einer Gesellschaft – spürbare Verbesserungen bei den sozialen und wirtschaftlichen Lebensumständen zu bringen. Dadurch wird ein soziales Umfeld geschaffen, in dem alle Menschen ein langes, gesundes, erfülltes und kreatives Leben führen können. Das Ziel, durch Entwicklung mit sozialen Breitenwirkungen das „System Armut“ zu überwinden, behält seine überragende Bedeutung. Dieses Ziel ist jedoch wegen der Trägheit des Armutssystems, unzureichender Ressourcenverfügbarkeit und einem verbreiteten Mangel an Good Governance kurzfristig nicht erreichbar. Der Preis für das Warten auf langfristige Verbesserungen wäre mit zahllosen Menschenleben und Milliarden beschädigter Lebenschancen nicht zu verantworten.

Aus diesem Grund haben präventive und kurative Sofortmaßnahmen, die trotz anhaltender Armut implementierbar sind, lebensnotwendige Bedeutung. Die hohe Krankheitslast und vermeidbare Sterblichkeit können auch auf niedrigem sozio-ökonomischem Niveau durch wenige, bekannte und kostengünstige Interventionen beseitigt oder doch zumindest erheblich verringert werden.<sup>12</sup> Zu den Interventionen (und Verhaltensveränderungen), die auch auf niedrigem Niveau der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung kurzfristig spürbare Erfolge bei der Verringerung der Sterblichkeit (hauptsächlich der Kinder- und Müttersterblichkeit) ermöglichen und die hohe Krankheitslast signifikant senken, gehören beispielsweise die Aufklärung des Nutzens sowie eine zuverlässige Logistik

<sup>10</sup> Siehe dazu Leisinger 1985.

<sup>11</sup> Vgl. [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html).

<sup>12</sup> Siehe die Arbeitsergebnisse der Commission on Management and Health: Sachs et al. 2001.

für die Nutzung von Moskitonetzen und Kondomen. Ebenfalls „Wunder“ bewirken die Verfügbarkeit und adäquaten Nutzung von essentiellen Arzneimitteln wie z.B. Antibiotika, Mittel gegen parasitäre Erkrankungen, Medikamente gegen HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose, sowie Impfstoffe gegen Meningitis, Masern, Tetanus, Polio und anderen, wie sie auf der WHO Liste für Essentielle Arzneimittel aufgeführt sind.<sup>13</sup>

Kurzfristig sichtbare Erfolge bei der Senkung der Sterblichkeit und Verbesserung der Volksgesundheit sind nicht nur aus menschlicher Sicht wichtig, sie haben darüber hinaus erheblichen „politischen“ Charakter: Sie führen der begünstigten Zielbevölkerung konkret vor Augen, dass die sie bedrängenden Probleme gelöst werden können, wenn der politische Willen dafür geschaffen und die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden. Dadurch kann eine kumulative Aufwärtsbewegung in Gang gesetzt werden: Das öffentliche Bewusstsein über die Möglichkeit, auch auf niedrigem Niveau der sozio-ökonomischen Entwicklung Leben zu retten und die Lebensqualität zu erhöhen führt zu einem politisch wichtigen „Druck von unten“ und fordert Amtsträgern vermehrt Rechenschaftspflicht über die Verwendung der verfügbaren Mittel ab.

Die Verantwortung für die Verbesserung des Gesundheitszustands ruht jedoch auf vielen Schultern, nicht nur auf denjenigen der politischen Amtsträger in den Entwicklungsländern. Diese haben zwar eine besonders große Verantwortung, aber auch die internationale Gemeinschaft, entwicklungs- und gesundheitspolitisch engagierte Nicht-Regierungs-Organisationen und die pharmazeutische Industrie sind ebenso in der – zumindest moralischen – Pflicht, ihren Teil zu Lösungen beizutragen.

### *III Wer trägt wofür welche Verantwortung?*

Im Geiste der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und der verschiedenen internationalen Konventionen ist „Gesundheit“ (bzw. Zugang zu medizinischen Dienstleistungen) zwar ein Menschenrecht – dies bringt jedoch für die täglichen Lebensumstände armer Menschen in Entwicklungsländern wenig Greifbares, wenn man Rechte nicht im Zusammenhang der Pflichten verschiedener Akteure erörtert.

<sup>13</sup> Siehe dazu [www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/).

### *III.1. Nationale Regierungen und ihre Institutionen*

Sowohl UNO-Institutionen als auch die Weltgesundheitsorganisation sowie auch wissenschaftliche Institute und mit Gesundheitsproblemen befasste politische Mandatsträger stimmen darin überein, dass in erster Linie die lokalen Regierungen und die entsprechenden nationalen Institutionen die Verantwortung für einen möglichst guten Gesundheitsstatus der Menschen in ihren Ländern haben. Sie stehen in der nicht-delegierbaren Pflicht das „Recht auf Gesundheit“ zu respektieren, zu beschützen und zu erfüllen – progressiv im Rahmen dessen, was die Verfügbarkeit ihrer knappen Ressourcen ermöglicht. Dass dabei schwierige Entscheidungen gefällt werden müssen, ist offensichtlich.<sup>14</sup>

Die diesbezüglichen Fortschritte sind jedoch, so ein Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in vielen Entwicklungsländern „inakzeptabel niedrig“. Die Gründe dafür sieht die WHO in einem „Versagen der Gesundheitssysteme“.<sup>15</sup> Das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) arbeitet in seinem neuen Bericht zur menschlichen Entwicklung die Erfahrungen der letzten 20 Jahre auf und kommt in Bezug auf gesundheitspolitische Sachverhalte u.a. zu folgenden Erkenntnissen<sup>16</sup>:

- Die nationale Gesundheitspolitik (und somit auch die Allokation und Verteilung von Ressourcen) spielt eine wichtige Rolle für den Umfang und die Tiefe der Verbesserungen bei Sterblichkeit und Krankheitslast
- Die bessere Nutzung bewährter Methoden bei der Versorgung von Müttern und Säuglingen resultiert in einer niedrigeren Säuglings- und Kindersterblichkeit
- Viele Interventionen zur Verringerung der Sterblichkeit und zur Verbesserung der Gesundheit in Entwicklungsländern sind nicht kostenaufwendig, fehlende Ressourcen sind daher nicht immer die ausschlaggebende Beschränkung bei der Erbringung essentieller Gesundheitsleistungen.
- Gute Regierungsführung, Demokratie und damit einhergehende Rechenschaftspflicht sind messbar mit einer längeren Lebenserwartung und einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Müttersterblichkeit korreliert; Entgegen naiver Erwartungen schneiden Länder, die mit

<sup>14</sup> WHO 2006.

<sup>15</sup> WHO 2007, 1.

<sup>16</sup> UNDP 2010, 59 ff.



reichen natürlichen Ressourcen ausgestattet sind, schlechter ab als der Durchschnitt – dies unterstreicht die Bedeutung guter Governance und die Relativität der Ressourcenverfügbarkeit.

Das von nationalen Regierungen zu implementierende „best practices“ Paket für gesundheitspolitische Interventionen ist seit Jahren bekannt. Die „Six Building Blocks“ sind bei näherer Analyse vor allem „common sense“ – dessen Anwendung allerdings zu wesentlichen Verringerungen der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit sowie zur Verminderung der hohen Krankheitslast führt<sup>17</sup>:

- Gute Gesundheitsdienstleistungen sollen zu dem Zeitpunkt und an dem Ort verfügbar sein, wo sie benötigt werden und mit einem effizienten Ressourceneinsatz effektive und sichere Interventionen durch qualifiziertes Personal sichern;
- Dazu ist leistungsfähiges und kompetentes Gesundheitspersonal in ausreichender Anzahl und der richtigen Zusammensetzung erforderlich, das auf die Bedürfnisse der Patienten eingeht und mit den vorhandenen Ressourcen effizient arbeitet;
- Ebenso ist ein gut funktionierendes Gesundheits-Informationssystem erforderlich, das sicherstellt, dass die notwendigen Daten erhoben, analysiert und zuverlässig zur zeitnahen Benutzung zur Verfügung stellt; sowie
- ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, das einen gleichmäßigen Zugang zu essentiellen medizinischen Produkten guter Qualität, Sicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffizienz sicherstellt, damit sie nach wissenschaftlich gesicherten Kriterien genutzt werden können;
- Um dies zu ermöglichen ist ein gutes System zur Finanzierung der Gesundheitskosten erforderlich, damit Patienten die notwendigen Dienstleistungen in Anspruch nehmen können, ohne finanzielle Katastrophen zu erleiden, die sich dann einstellen, wenn sie die anfallenden Kosten aus der eigenen Tasche bezahlen müssten; und schließlich ist
- Gute Regierungsführung und integeres Führungspersonal erforderlich. Um sicher zu stellen, dass ein strategischer Politik-Rahmen existiert, dessen Einhaltung laufend überprüft wird, entsprechende Regulierungs- und

<sup>17</sup> WHO 2007, 3 f.

Anreizsysteme aufgebaut werden sowie Rechenschaft über die erreichten Ergebnisse gegeben wird.

Auch beim besten politischen Willen und den modernsten Management-Methoden ist für den Aufbau der „Six Building Blocks“ ein Minimum an finanziellen Ressourcen für Gesundheitszwecke pro Kopf der Bevölkerung erforderlich. Da dies trotz größter nationaler Bemühungen jedoch oft nicht erreichbar ist, kommt die internationale Gemeinschaft als zusätzlicher Verantwortungsträger ins Spiel.

### *III.2 Die internationale Gemeinschaft*

Die internationale Gemeinschaft versprach unter dem Eindruck der Kriegsgräuere und des daraus resultierenden Elends im Juni 1945 in Artikel 55 / 56 der Charta der Vereinten Nationen sich „gemeinsam und jeder für sich“ einzusetzen für „die Verbesserung des Lebensstandards, die Vollbeschäftigung und die Voraussetzungen für wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt und Aufstieg“ und „internationale Probleme wirtschaftlicher, sozialer, gesundheitlicher und verwandter Art“ zu lösen.<sup>18</sup> Das hier artikulierte Gedankengut ist der ideelle Hintergrund der internationalen Zusammenarbeit für Entwicklung und wurde in späteren UN-Konventionen aber auch durch die Millennium Declaration von 147 Staats-Chefs noch einmal als „collective responsibility“ bestätigt.

Dabei geht es jedoch nicht „nur“ um den Transfer finanzieller und technischer Ressourcen, sondern um das „Gesamtpaket“ der Beziehungen zwischen Industrie- und Entwicklungsländern. Es sind auch Fragen des Freihandels, landwirtschaftlicher Subventionen, des Klimaschutzes und andere Sachverhalte angesprochen, welche viele Entwicklungsländer jedes Jahr hunderte von Milliarden Dollar an entgangenem Einkommen kosten – Einkommen, die auch für Investitionen im Gesundheitssektor genutzt werden könnten.<sup>19</sup> Allein die Kosten z.B. landwirtschaftlicher Subventionen in den OECD-Ländern werden auf 1 Milliarde US Dollar pro Tag geschätzt – der dadurch möglich werdende Export von Überschüssen ist zwar bei Hungersnöten wertvoll, kostet aber im Normalfall die Landwirtschaft vieler

<sup>18</sup> <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.120.de.pdf>.

<sup>19</sup> <http://www.gopetition.com/petitions/reduce-or-eliminate-harmful-agricultural-subsidies.html> und <http://www.independent.co.uk/news/world/politics/eu-subsidies-deny-africas-farmers-of-their-livelihood-478419.html>.

Entwicklungsländer jährlich mehr, als diese durch die gesamte Entwicklungshilfe „zurückerstattet“ bekommen.

Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder das Kinderhilfswerk UNICEF, aber auch andere Institutionen wie beispielsweise der Global Fund für den Kampf gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria brauchen für die professionelle Ausübung ihres Mandats ein Mindestmaß an finanziellen und personellen Mittel der internationalen Gemeinschaft. Von großer Bedeutung sind auch direkte Zuwendungen an die Budgets von Gesundheitsinstitutionen (Ministerien, Behörden, etc.) armer Länder. In den meisten Fällen wären mehr und schnellere Fortschritte bei allen Aspekten der sozialen Unterentwicklung möglich, wenn entsprechende finanzielle Mittel der internationalen Gemeinschaft bereitstünden.<sup>20</sup> Historische Erfolge im Kampf gegen Krankheiten wie z.B. die Ausrottung der Pocken, die gewaltige Eindämmung von Poliomyelitis, aber auch bei der Familienplanung, wären ohne die Hilfe der internationalen Gemeinschaft nicht zustande gekommen. Glücklicherweise haben die Mittel für Entwicklungszusammenarbeit nach einer langen Erosion in den letzten Jahren wieder zugenommen – sie bleiben aber noch immer hinter den an internationalen Konferenzen gemachten Zusagen zurück.

Die Notwendigkeit der Bereitstellung internationaler Mittel besteht nicht nur im Kontext der Nutzung bereits vorhandenen Wissens und vorhandener Technologien, sie besteht erst recht im Zusammenhang mit der Forschung und Entwicklung für Medikamente gegen sogenannte „neglected diseases“ wie beispielsweise Leishmaniose, Filariose, Chagas, Dengue Fieber oder Schistosomiasis, die alle erhebliche Krankheitslasten und vermeidbare Sterblichkeit verursachen. Vergleichbares gilt für Tuberkulose, an der nach Angaben der WHO etwa ein Drittel der Weltbevölkerung infiziert ist und an der jährlich 10 Millionen Menschen erkranken und fast zwei Millionen sterben.<sup>21</sup> Medikamente für Krankheiten, an denen überwiegend in Armut lebende Patienten leiden, bieten selten Aussicht auf Gewinne und werden daher bei der Allokation von Forschungs- und Entwicklungsmitteln von Pharmaunternehmen meist vernachlässigt.<sup>22</sup> Innovative Finanzierungsmodelle unter Einschluss nationaler Institutionen (z.B. die öffentliche Forschung von Ländern wie China und Indien), multilateral

<sup>20</sup> Siehe z.B. Sachs 2008, 227 ff.

<sup>21</sup> [http://www.who.int/tb/publications/2010/factsheet\\_tb\\_2010.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2010/factsheet_tb_2010.pdf).

<sup>22</sup> Troullier et al. 2002, 2188 ff.

finanzierter internationaler Institutionen (z.B. der Weltbank), privater Stiftungen (z.B. die Bill und Melinda Gates Stiftung) und Pharmaunternehmen, die über anti-bakterielle Wirkstoffe verfügen, sind der meistversprechende Weg für Fortschritte bei „neglected diseases“. Unternehmen könnten auch patentierte chemische Verbindungen für die exklusive Nutzung für Armut- und Tropenkrankheiten zur Verfügung stellen.

### *III.3 Nicht-Regierungs-Organisationen*

Viele Nicht-Regierungs-Organisationen (NRO) haben generell in der internationalen Entwicklungsarbeit, aber auch bei Gesundheits-spezifischen Engagements eine signifikante und positive Rolle gespielt und große Verdienste erworben. Ihre Sensibilisierungs-Arbeit für die Armut in Entwicklungsländern und die Notwendigkeit des Kampfes gegen sie, hat das Bewusstseinsniveau für diese Problematik erhöht und damit tendenziell auch die Ressourcenverfügbarkeit verbessert. Die Arbeit von Hilfswerken und anderen NROs vor Ort kommt meist direkt den Ärmsten der Armen zugute und ergänzt – ja, ersetzt in vielen Situationen – die unzureichenden Bemühungen der staatlichen Institutionen. Oxfam, Médecins sans Frontières, aber auch WWF und andere haben Standards für gute Praktiken gesetzt und verdienen das große Ansehen, das sie genießen.

Die Bedeutung von Nicht-Regierungs-Organisationen für den Kampf gegen Armut, Krankheit und Perspektivlosigkeit wird tendenziell eher steigen als sinken – dies besonders dann, wenn die große Verschuldungslast der Industrieländer Regierungen auch zu Sparprogrammen bei den Mitteln der Entwicklungszusammenarbeit zwingt. Die steigende Bedeutung wird verbunden sein mit einem qualitativen Selektionsprozess, den nur die besten Organisationen überleben. Daher müssen alle entwicklungspolitischen Akteure, auch Nicht-Regierungs-Organisationen, auf höchstem professionellen Niveau und kosten-effizient arbeiten. Je knapper die Mittel zur Verfügung stehenden Mittel werden, desto wichtiger werden die Hinweise, welche die Weltbank zur Erhöhung der Effektivität der bilateralen und multilateralen staatlichen Entwicklungshilfe schon im Jahre 1998 gab<sup>23</sup>:

<sup>23</sup> World Bank 1998.

- Selektiver werden im Engagement und (wo es sich nicht um Nothilfe handelt) die knappen Mittel nur dort investieren, wo die politischen Voraussetzungen für Erfolg gegeben sind
- Das vorhandene Wissen besser nutzen und alle zugänglichen Erfahrungen, alles vorhandene Fachwissen über alle Sachfragen systematisch in alle Engagements einbringen
- Besser koordiniert arbeiten, anstatt darauf fokussiert zu sein, dass die eigene Flagge sichtbar über den Projekterfolgen hängt
- Selbstkritischer sein und sich laufend Rechenschaft abzugeben über Fragen wie „Warum tun wir das, was wir tun?“, „Was sind die erwünschten Auswirkungen, was sind ungewollte Nebenwirkungen?“, „Was könnte man besser machen?“, „Welche Zusammenarbeit mit wem brächte Vorteile bei Effizienz und Effektivität und würde Kosten sparen?“ und „Wie stellen wir sicher, dass wir nicht noch einmal das „Rad“ erfinden, wo man ein bereits erfundenes nur anpassen müsste?“

Auch Nicht-Regierungs-Organisationen können beim besten Willen die hier zur Debatte stehenden Probleme nicht allein lösen, der Impact ihrer Arbeit würde durch Zusammenarbeit mit geeigneten Partnern wesentlich erhöht. Die Selektionskriterien für die Wahl von Partnern sollte rein sachlicher Natur sein – und da hat auch der Privatsektor mehr als lediglich finanzielle Mittel zu bieten. Zu den Erfahrungen, welche die Novartis Stiftung für nachhaltige Entwicklung in den letzten 30 Jahren gemacht hat, gehören u.a. die positiven Auswirkungen von Vorgehensweisen und Management-Methoden, wie sie bei der Arbeit von Unternehmen üblich sind:

- Geld ist zwar wichtig, aber es ist die unter den spezifischen Bedingungen richtige Kombination von politischem Willen, Finanzen und Ideen, innovativer Technologien sowie von lokalen Partnern eingebrachte Erfahrung, die nachhaltige Erfolge möglich macht. Die Höhe der Ausgaben sagt wenig über die Qualität der Arbeit aus – die Bedeutung nicht-finanzieller Hindernisse wird bei der Erörterung der Defizite im Gesundheitssektor sozial unterentwickelter Länder meist unterschätzt.
- Wer Partnerschaft will, muss Partnerrechte und -Pflichten einfordern: Extern herbei geführte Mittel dürfen keine zumutbaren Eigenleistungen der Partner substituieren.
- Auch Entwicklungszusammenarbeit muss den Kriterien Effektivität, Effizienz und Signifikanz genügen, denn sowohl individuelle als auch

institutionelle Spender und der Steuerzahler haben ein Anrecht auf Kosten-Effektivität. Deshalb muss Entwicklungshilfe mit „benchmarking“ arbeiten, d.h. durch Vergleich mit den in der jeweiligen Projekt- oder Programmarbeit besten Organisationen sich qualitätsmäßig stetig verbessern sowie mit „performance-based funding“, d.h. der Zuführung neuer Mittel erst nach Erreichen der vereinbarten Ziele.

- Durch Auslagerung von spezifischen Aktivitäten an spezialisierte Fachinstitutionen können in vielen Fällen Ziele entweder schneller, besser oder kosten-günstiger erreicht werden.
- Schließlich gehört auch bei der Entwicklungszusammenarbeit ein permanentes „impact“ assessment zu den fundamentalen Voraussetzungen professionellen Arbeitens.

Aus meiner Sicht haben sich in den letzten Jahren das Klima zwischen den meisten NROs und dem privaten Sektor deutlich verbessert und die Interaktionen weitgehend entkrampft. Die Zahl erfolgreicher Partnerschaften für Lösungen unterschiedlichster Entwicklungsprobleme ist gestiegen. Die Tatsache, dass unterschiedliche Partner unterschiedliche Ressourcen zur gemeinsamen Problemlösung einbringen können, führte in vielen Fällen zu besseren und vor allem schnelleren Ergebnissen. Zwar gibt es noch immer Organisationen, die die ideologischen Schlachten des „kalten Krieges“ weiterführen – sie nehmen aber an Anzahl und Einfluss ab.

### *III.4 Die pharmazeutische Industrie*

Im Einklang mit der eingangs vorgegebenen Definition der gesellschaftlichen Verantwortung von Unternehmen liegt auch in Bezug auf den Spezialsachverhalt „Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten“ die prinzipielle Verantwortung der pharmazeutischen Industrie zunächst bei der Forschung, der Entwicklung, der Herstellung und des Vertriebs von Medikamenten zu Marktpreisen. Es gibt Probleme, die der Markt lösen kann und solche, bei denen er versagt. Märkte sollten dort, wo sie zur nachhaltigen Lösung von Problemen beitragen können, konsequent genutzt werden. Wo kaufkraftarme Patienten mit innovativen Geschäftsmodellen – z.B. durch C.K. Prahalad's „bottom of the pyramid“-Ansatz – versorgt werden können, sind diese Transferleistungen von Regierungen, NROs oder Stiftungen des Privatsektors vorzuziehen.

Auf integre Weise erzielte Erfolge bei Forschung, Entwicklung, Herstellung und Vertrieb tragen statistisch gut belegt und eindrücklich<sup>24</sup> dazu bei, die Sterblichkeit aufgrund bestimmter Krankheiten zu verringern, Krankheiten zu verhüten oder zu heilen, die Lebensqualität von an chronischen Krankheiten Patienten zu erhöhen und Hospitalisierung bzw. Invalidisierung von erkrankten Menschen zu verkürzen. Eine profitable, weil in der Kernkompetenz erfolgreiche Geschäftstätigkeit hat viele weitere positive gesellschaftliche Auswirkungen, sei es durch die Schaffung von produktiven Arbeitsplätzen, durch Verknüpfungseffekte mit Zulieferfirmen aus allen Sektoren der Volkswirtschaft, durch das Zahlen von Steuern, Versicherungs- und Sozialabgaben und seien es andere Beiträge an die Gesellschaft. Das soll hier aber nicht weiter erläutert werden.

Eine wachsende Anzahl der Menschen moderner Gesellschaften erwartet jedoch mehr als lediglich erfolgreiches und marktorientiertes Arbeiten in der Kernkompetenz. Zur Vergabe des Gütesiegels „Legitimität“ gehören für sie auch Leistungen für Patienten, die sich ihre lebensnotwendigen Medikamente nicht über Krankenversicherungen oder die eigene Kaufkraft leisten können und der Staat keine subsidiäre Verantwortung übernimmt. Viele Unternehmen gehen denn auch seit Jahren weit über das hinaus, was legal erforderlich und über die Befriedigung der Nachfrage auf verschiedenen Marktsegmenten möglich ist.

Das Portfolio guter Praktiken umfasst heute folgende Zusatzverantwortungen<sup>25</sup>:

- Präferenzielle Preise, insbesondere für patentgeschützte Medikamente zur Behandlung von Armut- und Tropenkrankheiten, da in solchen Fällen keine preisgünstigen Generika zur Behandlung zur Verfügung stehen<sup>26</sup>;
- Gratisabgabe von Medikamenten, insbesondere bei Krankheiten, bei denen die kostenlose Abgabe von Medikamenten Teil einer Gesamtstrategie zur Elimination ist und alle notwendigen Arzneimittel in „einer Hand“ sind, zusätzlich kommen Arzneimittelschenkungen bei Katastrophen und anderen Notsituationen zum Zug<sup>27</sup>;

<sup>24</sup> Siehe z.B. Lichtenberg/Brown 2001.

<sup>25</sup> Vgl. Department for International Development (DFID) 2005.

<sup>26</sup> Einen guten Überblick gibt Prashant Yadav: Differential Pricing for Pharmaceuticals, London 2009 siehe [www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/prd/diff-pcing-pharma.pdf](http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/prd/diff-pcing-pharma.pdf).

<sup>27</sup> z.B. Lepra, siehe [www.novartisfoundation.org/page/content/index.asp?Menu=3&MenuID=324&ID=741&Item=73.1.2&ConID=2001&nlYear=](http://www.novartisfoundation.org/page/content/index.asp?Menu=3&MenuID=324&ID=741&Item=73.1.2&ConID=2001&nlYear=).

- Unterstützung von Gesundheits-Systemen, wo dies z.B. mit Ausbildungsprogrammen, Management-Unterstützung oder logistischer Hilfe gemacht werden kann<sup>28</sup>;
- Forschung und Entwicklung für „neglected tropical diseases“ und Armutskrankheiten, wo heute Behandlungsmöglichkeiten noch nicht vorhanden sind (z.B. bei Denguefieber), wo die Gefahr von Resistenzen gegen vorhandene Therapien besteht (z.B. Tuberkulose aber auch Malaria) oder vorhandene Medikamente schwere Nebenwirkungen oder komplizierte und langwierige Behandlungen notwendig machen – und dadurch die Therapietreue der Patienten erschweren<sup>29</sup>;
- Sowie von Unternehmen zu Unternehmen anderes.

Für die Bereitschaft zu solchen Corporate Responsibility Zusatz-Leistungen von Pharmafirmen gibt es seit Jahren gut belegte Beispiele.<sup>30</sup>

Unbestreitbar stellen in der Realität vieler Entwicklungsländer hohe Preise ein Zugangshindernis zu Medikamenten dar – es kommt zu Marktversagen, weil dem bestehenden Angebot aufgrund fehlender Kaufkraft nur eine ungenügende Nachfrage entgegenstehen kann. Insbesondere die Preise für patentgeschützte Medikamente von Unternehmen aus dem OECD-Raum sind in der Regel für in Armut lebende Patienten zu hoch: Einer der Gründe dafür ist, dass die insgesamt im Unternehmen anfallenden Forschungs- und Entwicklungskosten auf die Preise der vermarkteten Medikamente angerechnet werden und Arzneimittelpreise auch immer eine Risikoprämie enthalten.

Wo lebensrettende Medikamente nach Ablauf ihres Patentschutzes als Generika vermarktet werden, kommt es gewöhnlich zu erheblichen Preisreduktionen – damit ist der Originalhersteller aus der Pflicht für weitergehende Verantwortungen. Wo der Patentschutz besteht und daher die Preise hoch bleiben, zeichnet es die Corporate Responsibility Philosophie eines Pharmaunternehmens aus, wenn sie mit präferenziellen Preisen oder Patientenunterstützungs-Programmen kaufkraftarmen Patienten Zugangsmöglichkeiten eröffnet, die über die konventionellen Wege (Markt und Staat) nicht offen sind. Viele Unternehmen praktizieren solche „Access to Medicines“-Programme – aber längst nicht alle. Meiner Erfahrung nach

<sup>28</sup> Siehe [www.novartisfoundation.org/page/content/index.asp?MenuID=594&ID=1797&Menu=3&Item=44.17](http://www.novartisfoundation.org/page/content/index.asp?MenuID=594&ID=1797&Menu=3&Item=44.17).

<sup>29</sup> Siehe dazu <http://www.novartis.com/research/nitd/index.shtm>.

<sup>30</sup> <http://ifpma.org/healthpartnerships/>.



liegen die Bedenken gegen präferenzielle Preise nicht im Unwillen, für arme Patienten auf einen Teil des Ertrags zu verzichten, sondern in der Sorge, dass die sehr günstig abgegebenen Medikamente nicht (nur) den armen Patienten zugute kommen, sondern auf Umwegen in die regulären Verkaufskanäle in Industrieländern zurückgelangen und dort von gut organisierten Gruppen zu den üblichen Marktpreisen sehr profitabel verkauft werden. Diese Sorge könnte durch eine verbesserte Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden in Empfängerländern vermindert werden.

Ein weiteres Hindernis für eine größere Bereitschaft zu präferenziellen Preisen liegt in der verbreiteten Praxis von Behörden, „Referenzpreise“ für die Preisfestsetzung auf Arzneimittelmärkten zu benutzen – d.h. den niedrigsten Preis, zu dem ein Unternehmen in einem Land oder einer Region ein Medikament abgibt, als Richtschnur für alle anderen Märkte zu nehmen. Ohne das gemeinsame Verständnis, dass besondere Umstände (wie die Erleichterung des Zugangs armer Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten) auch besondere Handlungsweisen (z.B. präferenzielle Preise) erfordern und Träger solcher Solidaritätsleistungen dafür in ihrer normalen Geschäftstätigkeit nicht bestraft werden sollen, hängt der Wille zu präferenziellen Preisen überwiegend vom sozialen Bewusstsein und der normativen Ausrichtung des Top-Managements eines Pharmaunternehmens ab – diese Unternehmen stellen jedoch heute eine Minderheit dar.

Aber selbst wenn Medikamente kostenlos abgegeben werden, ist noch lange nicht sicher gestellt, dass diese auch tatsächlich bei den bedürftigen Patienten ankommen. Die effektive Verteilung kostenlos abgegebener Medikamente hängt nach meiner persönlichen Erfahrung maßgeblich von der Qualität der Arbeit der Gesundheitsbehörden und dem Ausbildungs- und Motivationsgrad ihres Personals ab. Sie sind das schwächste Glied in einer langen Verantwortungskette. Wo nicht genügend oder unzureichend ausgebildetes bzw. unmotiviertes Personal für die Verteilung zuständig ist oder Korruption und Misswirtschaft verbreitet sind, beginnen die Probleme oft schon bei der Ankunft der Arzneimittel im betreffenden Land. Sie gehen „verloren“, werden falsch gelagert oder werden teilweise zur persönlichen Bereicherung Einzelner an Dritt-Abnehmer verkauft oder re-exportiert. Kommen sie im unterversorgten ländlichen Raum an, wird ein Teil der Medikamente für falsche Zwecke oder in falschen Dosierungen abgegeben – mit negativen Konsequenzen für die Patienten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jeder der hier aufgeführten Akteure einen Teil der Verantwortung zu tragen hat, aber jeder

für sich allein selbst beim besten Willen außerstande ist, das Problem auch nur annähernd zu lösen.

#### *IV Erfolgreiche Lösungsansätze erfordern die konstruktive Zusammenarbeit in „großen Koalitionen“*

Eine nachhaltige Verbesserung des Zugangs kaufkraftarmer Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten wird also nur möglich, wenn alle, die einen Beitrag zur Lösung der Probleme leisten können, ihrer Verantwortung gerecht werden. Idealerweise sollte es von Land zu Land oder für die Bekämpfung spezifischer Krankheiten zu „Essential Medicines Access Teams“ kommen. Ihre Aufgabe wäre die gemeinsame Analyse,

- wo genau die Probleme liegen und wie Erfolg messbar ist,
- welche Lösungsansätze den Konsens aller finden,
- welche finanziellen, technischen und personellen Mittel für welche Lösungskomponenten erforderlich sind, und
- welche Akteure welche Beiträge bis zu welchem Zeitpunkt zu erbringen haben,

um dann auf der gemeinsam erarbeiteten Basis koordiniert zu handeln.

In der von mir wahrgenommenen Praxis waren Erfolge bei Multi-Stakeholder-Projekten dort besonders eindrücklich, wo

- stereotypisierende Einordnungen nach der Provenienz des Akteurs überwunden wurden und man gemeinsam die Wertigkeit der Arbeit der jeweils anderen daran maß, ob sie wesentliche Ressourcen, Techniken, Erfahrungen und Methoden zur Lösung des Problems einbringen und damit die Erfolgsaussichten des Gesamtprojekts erhöhen. Der dadurch zustande kommende innovative Ressourcenmix war meist zielführender als das, was alle noch so gut meinenden Einzelakteure hätten einbringen können.
- alle Einzelakteure ihren Erfolg daran maßen, wie effektiv und kosteneffizient das gemeinsame Projekt reüssierte, und nicht bloß daran, ob ihnen ihr partikulärer Erfolgsbeitrag in der Öffentlichkeit direkt zugerechnet wurde.

- wo alle Projektpartner ein konstruktives Interesse an der Gesamtheit der zielführenden Aktivitäten haben und nicht nur an den eigenen, und schließlich wo
- sich alle Beteiligten den entwicklungspolitischen Wertschöpfungsprozessen für die gemeinsam erzielten konkreten Ergebnisse gegenüber der jeweiligen Zielbevölkerung rechenschaftspflichtig fühlen.

Hier kann nahtlos an die Gedanken angeknüpft werden, die Josef Wieland im Kontext der Unternehmensethik zur Stakeholder Governance entwickelt hat. Demnach kann es bei der Zusammenarbeit in Partnerschaften (z.B. den besonders schwierigen public-private-civil society Partnerschaften) nicht mehr um die (ethische) Legitimation des Handelns einzelner Akteure gehen, sondern nur um Legitimität des Handelns aller in Bezug auf die Ergebnisse ihrer Kooperation zur Lösung von Problemen, die ein einzelner Akteur für sich alleine nicht mehr lösen kann.<sup>31</sup>

Wielands Denkmodell folgend können die verschiedenen Verantwortungsträger für den Zugang armer Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten als „Stakeholder“ betrachtet werden. Das Problem, dessen Lösung sich alle verpflichtet fühlen und der Anspruch, an dessen Einlösung sich alle messen lassen wollen, ist der verbesserte Arzneimittel-Zugang für bedürftige Bevölkerungsschichten. Nutzt man Wielands Definition von „Stakeholder“ für die hier geführte Diskussion, so sind die verschiedenen Verantwortungsträger für den verbesserten Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten „Ressourcenbesitzer“ in einem Team, das sich durch explizite oder implizite Verträge konstituiert, konstruktiv zusammenarbeitet und eine „Kooperationsrente“ erwirtschaften will.<sup>32</sup> Die „Kooperationsrente“ fällt hier zugunsten armer Patienten an, die durch die Arbeit des Teams einen verbesserten Arzneimittelzugang bekommenen sowie im besten Falle die Empfänger von Reputationskapital, das aufgrund der gemeinsam erzielten Erfolge an die Teammitglieder vergeben wird.

Wenn der Teamerfolg als Resultat des Zusammenwirkens der verschiedenen Verantwortungsträger begriffen wird, können alle Mitglieder des Problemlösungs-Teams über den Erfolg der Gesamtarbeit ihre eigenen (Teil-) Interessen befriedigen. Die wichtigste Managementaufgabe der Team-

<sup>31</sup> Wieland 2007, 49 f.

<sup>32</sup> Wieland 2008, 25.

Leitung ist, die Beziehung der verschiedenen Teammitglieder so zu gestalten, dass

- der Kern der gemeinsamen Überzeugungen die Klammer für die Zusammenarbeit ist,
- möglichst viele Synergien und möglichst wenig Friktionen auftreten und
- alle einen fairen Anteil an den gemeinsam erzielten Erfolgen erhalten.

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure funktioniert dann am besten, wenn fair miteinander umgegangen wird, Vorteile auf allen Seiten anfallen und sich alle Mitglieder im Team zugunsten des Ganzen Handlungsrestriktionen in bezug auf partikuläre Interessenvertretung auferlegen.

Es ist offensichtlich, dass unterschiedliche Akteure unterschiedliche Bedürfnisse und Zusammenarbeitspotenziale haben. Aus diesem Grund sind längst nicht alle Akteure, die potenziell einen Beitrag leisten könnten, für eine Mitgliedschaft im Lösungs-Team geeignet. Bei allem Verständnis für politischen Pluralismus: ideologisch fixierte und fundamentalistisch argumentierende Anspruchs- und Agitationsgruppen sind keine geeigneten Teammitglieder. Voreingenommenheiten verunmöglichen die Zusammenarbeit bei komplexen Sachverhalten und verstellen den Blick für Teilerfolge, die durch pragmatisches und zielfokussierendes Zusammenarbeiten möglich werden. Josef Wielands (hier an den vorliegenden Sachverhalt angepasste) Schlussfolgerung, dass nur Akteure mit bestimmten Charakteristika für eine Zusammenarbeit in einem Lösungs-Team unter Einschluss von Unternehmen in Frage kommen, gilt auch für Problemlösungs-Teams im Kontext „verbesserter Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten. Sie müssen<sup>33</sup>

- eine spezifische und konstruktive Beziehung zum Erfolg der gemeinsamen Arbeit haben,
- über materielle, immaterielle, wirtschaftliche oder moralische Ressourcen verfügen und bereit sein, diese Ressourcen in das Zusammenarbeits-Team mittels formeller oder informeller Verträge einzubringen, sowie
- mit den eingebrachten Ressourcen und ihrem „Beitritt“ zum Team einen Beitrag zur Lösungen konkreter Probleme leisten. Dieser Beitrag kann

<sup>33</sup> Siehe dazu auch Wieland 2008, 26.

finanzieller (z.B. Kostenreduktion, Nachfrageerhöhung), oder nicht-finanzieller (z.B. Vergabe von Reputationskapital, verbesserte oder frühere Risikowahrnehmung), funktionaler (z.B. Einbringung spezifischen Knowhows) oder struktureller (z.B. Beitrag zur verbesserten Unternehmensethik) Art sein.

Interessen- und Anspruchsgruppen, die zwar aus ihrer Sicht berechnigte Anliegen haben, aber über keine Ressourcen für Problemlösungen verfügen, oder vorhandene Ressourcen nicht in ein Team einbringen wollen oder dazu in der Lage sind, können keine „Team-Mitglieder“ werden. Sie mögen für die Gesellschaft zwar politische Stakeholder sein oder zur gesellschaftlichen Sensibilisierung beitragen, sie sind aber keine erfolgsrelevanten Mitglieder in Lösungsteams.

Es gibt bis heute aus verschiedenen Gründen nur wenige langfristig konzipierte Zusammenarbeitsprogramme der hier skizzierten Art für den verbesserten Zugang von in Armut lebenden Menschen zu lebensnotwendigen Medikamenten. Zu den Gründen gehören sowohl die Ohnmacht vor der Dimension und Komplexität der zu lösenden Probleme als auch die Konzentration vieler Pharmaunternehmen auf ihr Kerngeschäft in den Industrieländern. Es ist jedoch eine von vielen geteilte Sicht der Dinge, dass ohne neue Koalitionen und Allianzen sowie ohne die konstruktive Zusammenarbeit in lösungs- und zielorientierten Netzwerken für die Erfüllung der Millennium-Entwicklungsziele generell und insbesondere für den verbesserten Zugang zu Medikamenten nicht diejenigen Fortschritte erreicht werden können, die mit der Ressourcen- und Wissensausstattung aller eigentlich möglich wären.

Die nachhaltige Verbesserung des Zugangs armer Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten ist vielleicht die komplexeste Herausforderung für alle im Gesundheitssektor engagierten Akteure. Nur wenn alle ihre Expertise und Ressourcen zusammenlegen und gemeinsam für Verbesserungen arbeiten, werden Fortschritte möglich. Mut in dieser Hinsicht macht, dass man auf den Internetseiten fast aller entwicklungs- und gesundheitspolitisch engagierten Nichtregierungsorganisationen und internationalen Organisationen fast identische Statements über die empfundene Verpflichtung, sich für die Erreichung der Gesundheitsrelevanten Millennium-Entwicklungsziele einzusetzen, findet. Auch am Private Sector Forum, das im September 2010 im Rahmen der UNO Generalversammlung zu den Millennium-Entwicklungszielen organisiert

wurde, war der Tenor von Unternehmen aus Industrie- und Entwicklungsländern unüberhörbar: der Wille, zur Erreichung der Ziele beizutragen und damit auch zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit sowie zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria, TB und anderen Armutskrankheiten ist da – ebenso die Bereitschaft, dafür Partnerschaften mit anderen kompetenten Akteuren einzugehen.

Unternehmerische Verantwortung umfasst für aufgeklärte Manager in der Pharmaindustrie mehr als der auf integere Weise erwirtschaftete Gewinn. Aufgeklärte Manager möchten „Teil der Lösung“ auch bei schwierigen Gesundheits-Problemen jenseits dessen sein, was der Markt leisten kann. Solche Führungspersönlichkeiten sehen „die Gesellschaft“ nicht zuletzt auch als Gesamtheit aller tatsächlichen und potenziellen Kunden – deren Erwartungen und ihre eigenen normativen Einstellungen fungieren daher als Kompass für unternehmensstrategische Erwägungen. Der „Lackmus-Test“ für die Beurteilung der Handlungs-Legitimität großer Pharmaunternehmen ist u.a. auch, den gesellschaftlichen Erwartungen in Bezug auf Beiträge zur Verbesserung des Zugangs armer Patienten zu lebensnotwendigen Medikamenten gerecht zu werden. Der „Lackmus-Test“ der Handlungs-Legitimität nationaler Behörden, multilateraler Institutionen und von Nicht-Regierungs-Organisationen ist die Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit mit allen Akteuren aus der Privatwirtschaft, die verlässlich zu nachhaltigen Lösungen im Gesundheitssektor beitragen möchten.

Neue und vielversprechende Entwicklungen, an denen Führungskräfte der weltweit wichtigsten Pharmaunternehmen und massgebliche Institutionen der Zivilgesellschaft beteiligt sind, schaffen Hoffnung auf innovative Ansätze und konkrete Fortschritte zugunsten bedürftiger Patienten in Entwicklungsländern. Die bei diesem Programm ins Auge gefassten Aktivitäten umfassen neben der Förderung der Forschung und Entwicklung von Medikamenten gegen Armut- und Tropenkrankheiten auch Feldprojekte in Afrika südlich der Sahara, Asien und Lateinamerika, in denen unterschiedliche Handlungsweisen auf ihre Effektivität in Bezug auf die Verbesserung des Zugangs zu lebensnotwendigen Medikamenten untersucht werden.

Zwar schaffen solche innovativen Partnerschaftsprojekte neue Hoffnung und resultieren in Blaupausen für zukünftiges globales Handeln – „Wunder“ sind allerdings auch nicht zu erwarten – und müssen auch nicht erwartet werden. Angesichts der aufgezeigten Komplexität und Dimension der hier

zur Debatte gestellten Probleme ist Bescheidenheit im Anspruch angesagt. Wie uns Amartya Sen im Vorwort seines Buches „The Idea of Justice“ rät, geht es letztlich nicht darum, eine perfekte Welt zu schaffen, vielmehr sollen heute alle Kraft und Mittel darauf verwendet werden, die eindeutigsten Ungerechtigkeiten und klarsten Missstände zu beseitigen. Wenn alle Verantwortungsträger im Gesundheitsbereich sich diesem Ziel verpflichtet fühlen, werden Quantensprünge möglich, die das Leben armer Menschen nachhaltig verändern.

### *Literatur*

- Chen, S., Ravallion, M. (2007): Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981–2004, Washington: World Bank
- Department for International Development (DFID) (2005): Increasing People's Access to Essential Medicines in Developing Countries: A Framework for Good Practices in the Pharmaceutical Industry. London
- Küng H., Leisinger, K.M., Wieland, J. (2010): Manifest Globales Wirtschaftsethos. Konsequenzen und Herausforderungen für die Weltwirtschaft. München: dtv
- Leisinger, K.M. (2009): Corporate Responsibilities for Access to Medicines. In: Journal of Business Ethics, 85 (1), pp. 3 ff.
- Leisinger, K.M. (1985): Health Policy for Least Developed Countries. In: Social Strategies, 16, Basel
- Leisinger, K.M., Ruh, H., Stiglitz, J.E. (Hrsg.) (2004): Ethik im Management. Zürich: Orell Fuessli
- Lichtenberg, F.R., Brown, C.C. (2001): The Economic Benefits of New Drugs. Boston 2001
- Sachs, J.D. (ed.) (2008): Common Wealth. Economics for a Crowded Planet. London: Allen Lane
- Sachs, J.D. (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Genf: WHO
- Troullier, P., Olliaro, P., Torreele, E., Orbinski, J., Laing, R., Ford N. (2002): Drug Development for neglected diseases: a deficient market and a public policy failure. In: The Lancet, 359 (22), pp. 2188-2194
- Ulrich, P. (2008): Integrative Wirtschaftsethik. Grundlage einer lebensdienlichen Ökonomie. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt Verlag
- United Nations Development Programme (UNDP) (2010): Bericht über die menschliche Entwicklung 2010. New York/Berlin

- World Health Organisation (WHO) (2004): Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. In: Policy Perspectives on Medicines, Genf März 2004, 1
- World Health Organisation (WHO) (2007): Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Genf
- World Health Organisation (WHO) (2006): Tough choices: Investing in Health for Development. Genf
- Wieland, J. (Hrsg.) (2009): CSR als Netzwerk-governance – Theoretische Herausforderungen und praktische Antworten. Über das Netzwerk von Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft. Marburg: Metropolis
- Wieland, J. (Hrsg.) (2008): Die Stakeholder-Gesellschaft und ihre Governance. Management, Netzwerke, Diskurse. Marburg: Metropolis
- Wieland, J. (Hrsg.) (2007): Governanceethik und Diskursethik – ein zwangloser Dialog. Marburg: Metropolis
- World Bank (1998): Assessing AID, Washington D.C.