

Sonja Bartsch und Wolfgang Hein

TRIPS und globale Partnerschaften Konflikte um den Zugang zu Medikamenten im Rahmen von *Global Health Governance*¹

Einleitung:

Neoliberale Weltordnung und neue globale Institutionen

Neben den Strukturanpassungsprogrammen von Weltbank und IWF (in der Orientierung am sog. „Washington Konsensus“) bildet die WTO sozusagen den „Hauptfeind“ der globalisierungskritischen Bewegung und wird von dieser als zentrale Institution für die Umsetzung des neoliberalen² Weltordnungsprogramms angesehen. Tatsächlich stellen die WTO-Vereinbarungen (neues GATT, TBT, SPS, TRIPS, GATS³, Streitschlichtungsmechanismus) die am weitesten gehende Umwandlung neoliberaler Vorstellungen in internationales Recht dar. Die Kritik richtet sich bekanntermaßen vor allem auf die Verstärkung sozialer Ungleichheiten und die Marginalisierung großer Teile der Weltbevölkerung als Folge der Durchsetzung neoliberaler Marktgläubigkeit und der Vernachlässigung öffentlicher Güter auf nationaler und globaler Ebene (vgl. Kaul 1999, 2003 sowie den Beitrag von Altvater in diesem Heft).

In diesem Artikel geht es um einen Bereich, der in den letzten Jahren im Mittelpunkt heftiger Auseinandersetzungen stand, nämlich die Problematik des Zugangs der Armen zu grundlegenden Medikamenten, von denen viele in den Entwicklungsländern als Folge der Durchsetzung eines globalen Patentrechtes im Rahmen des TRIPS-Abkommens erheblich verteuert worden sind. Besonders eklatant waren die Auswirkungen dieser Politik im Falle des Zugangs zu den sog. anti-retroviralen Therapien in der Behandlung von HIV/AIDS, durch die der Ausbruch der Krankheit bei HIV-Infizierten weitgehend verhindert werden bzw. AIDS selbst von einer tödlichen in eine chronische Krankheit verwandelt werden kann: Die notwendigen Originalmedikamente kosteten noch 2001 je Patient bis zu 10.000 US-\$ pro Jahr, während Firmen in Entwicklungsländern Nachahmerprodukte, deren Produktion jedoch den TRIPS-Regeln widerspricht, für zunächst etwa 600 US-\$ je Patient auf den Markt gebracht haben.

Auch eine neoliberale Weltordnung ist auf politische Stabilität und soziale Akzeptanz angewiesen und kommt somit nicht um die Berücksichtigung der sozialen Probleme herum, die sie selbst schafft, verschärft oder zumindest nicht zu entschärfen in der Lage ist – je nach Problemtyp und politischer Perspektive des Beobachters. Wirtschaftliche Globalisierung ist nicht möglich ohne eine zunehmende Verflechtung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Wirtschaft. Dazu gehören auch die Folgen der ungleichen Entwicklung, die selbst wieder Teil der Voraussetzungen werden. Auch die Protagonisten neoliberaler Globalisierung müssen erkennen, dass ein rein passiver Abbau von Globalisierungshemmnissen nicht ausreicht, sondern dass zunehmend positive Regulierungen und Umverteilungsprozesse nötig werden, um die gesellschaftlichen Voraussetzungen zu erhalten und – auch in ihrem Sinne – zu verbessern. Dies hat sich in den vergangenen Jahren in verschiedenen Bereichen gezeigt, so etwa in der Formulierung der sog. Millenniumsziele oder der *Poverty Reduction Strategies* von Weltbank und IWF.

Parallel dazu wachsen zivilgesellschaftliche Verflechtungen auf globaler Ebene. Zivilgesellschaftliche Akteure organisieren sich transnational, um Einfluss auf diese Prozesse zu gewinnen. Sie spielen auch eine zunehmende Rolle bei der Entwicklung und Aushandlung politischer Konzepte. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass diese politischen Prozesse auf globaler Ebene weniger konfliktreich und von Machtverhältnissen geprägt sind als traditionelle politische Konflikte auf nationaler und internationaler Ebene. Es entstehen Ansätze einer globalen „Polity“⁴⁴, in der zwar Nationalstaaten als Träger von Macht und als Instanzen der konkreten Umsetzung von Politik weiterhin eine zentrale Rolle spielen, die aber inter- und transnationaler Akteure und neuer Institutionen sozusagen als Katalysatoren für die Interessenvermittlung bedarf. In diesem Zusammenhang ist nicht nur das wachsende Gewicht nicht-staatlicher Akteure in der globalen Politik zu konstatieren, sondern auch die wachsende Bedeutung sog. Public-Private Partnerships, in denen häufig Partner zusammenarbeiten, deren generelle politische Positionen recht weit voneinander entfernt sind.

Im Zusammenhang bilateraler Entwicklungspolitik ist diese Form kooperativer Projekte bereits eingehend diskutiert worden (vgl. etwa die Beiträge von Hoering und Engels in *Peripherie*, Nr. 72/1998 und 77/78/2000, E+Z, Hefte 4 und 6/2003), kaum jedoch, jedenfalls im deutschsprachigen Raum, das Phänomen von *globalen Public-Private Partnerships* (GPPPs). Diese haben nun aber gerade im Bereich globaler Politik eine Bedeutung erlangt, die diejenige in der bilateralen Zusammenarbeit bei weitem übersteigt. Die *United Nations Foundation*, die 1997 auf der Basis einer Stiftung von 1 Mrd. US \$ durch den Medienzar Ted Turner gegründet wurde, hat wiederum den *United Nations Fund for International Partnerships* gegründet, um Partnerschaften zwischen UN-Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft zu fördern. Der Gesund-

heitssektor ist traditionell, d.h. auch im Kontext nationaler Gesundheitspolitik, ein Bereich, in dem ein öffentliches Gut, Gesundheit, in enger Interaktion zwischen öffentlichen Instanzen (Regulierung, öffentlicher Gesundheitssektor), privaten Dienstleistern (viele Ärzte, Krankengymnasten, Pflegedienste, auch Kirchen, soziale Verbände usw.) und Industriebetrieben (Medikamente, medizinische Geräte) bereitgestellt wird. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich gerade im Bereich der globalen Gesundheitspolitik nicht nur eine Vielzahl von GPPPs, sondern auch die finanziell am weitaus besten ausgestatteten Partnerschaften entwickelt haben. Dies bezieht sich vor allem auf die Gründung zweier Fonds, nämlich den 1999 im Zusammenhang mit der *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI) gegründeten *Vaccine Fund* sowie den 2001/2 ins Leben gerufenen *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) (vgl. mehr in Kap. 3). Vor allem der GFATM erreicht mit inzwischen zugesagten 4,6 Mrd. US-\$ neue finanzielle Dimensionen.

In diesem Artikel soll versucht werden, die Rolle der GPPPs in der Auseinandersetzung um Medikamente für den ökonomisch marginalisierten Teil der Weltbevölkerung genauer zu untersuchen, und zwar ausgehend von der folgenden These, in der diese einleitenden Überlegungen zusammengefasst werden können:

Der neoliberale Globalisierungsprozess hat zum Entstehen eines globalen politischen Systems geführt, dessen Spielregeln zwar vor allem in den WTO-Vereinbarungen stark durch dominante Akteure geprägt sind, in dem das Eigeninteresse dieser Kräfte an einer minimalen Legitimität dieser Ordnung, an politischer Stabilität und an einer Expansion der sozialen Basis ökonomischer Entwicklung jedoch zu Kompromissen zwingt. In diesem Rahmen bieten institutionelle Formen wie die GPPPs in Einzelbereichen die Chance, konkrete Verbesserungen zugunsten der Armen durchzusetzen, wobei die konkrete Ausgestaltung dieser Politik umkämpft und mit Konflikten um weiterreichende Veränderungen der Kernstrukturen der „global polity“, d.h. auch der WTO, verknüpft ist.

Im Rahmen dieses Artikels wird zunächst der Zusammenhang zwischen Globalisierung, Gesundheit und der Entwicklung von *Global Health Governance* (GHG) skizziert und daran anschließend die Rolle der WTO und besonders des TRIPS-Abkommens in Bezug auf die Entwicklung von Medikamenten und Zugangschancen zu diesen dargestellt. Der zweite Teil beschäftigt sich anhand einiger Beispiele mit den Strukturen und der Bedeutung von GPPPs als neuen Akteuren in diesem Zusammenhang und versucht, deren Bedeutung in den Auseinandersetzungen um „globale Gesundheit“ einzuschätzen.

Globalisierung, Gesundheit und „Global Health Governance“

Die (De-)Regulierung des internationalen Handels vor allem durch die Forderung nach einer internationalen Harmonisierung des Patentschutzes hat weitreichende Auswirkungen auf den Gesundheitssektor, besonders in den Entwicklungsländern. In Verbindung mit der zunehmenden Bedeutung von „Gesundheit“ im weltgesellschaftlichen Zusammenhang ist der Gesundheitssektor also ein äußerst interessantes Beispiel für die Analyse der Wechselbeziehung zwischen den Implikationen der neoliberalen Liberalisierung weltwirtschaftlicher Beziehungen und den Versuchen, diese im Rahmen der entstehenden globalen *Polity* in den Griff zu bekommen.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle im Rahmen globaler politischer Auseinandersetzungen spielt dabei die Perzeption, dass sich gerade im Gesundheitsbereich die Risiken für die „Reichen“ durch die Ausbreitung von Krankheiten unter den „Armen“ mit dem Globalisierungsprozess erheblich verstärkt haben, wie die einschlägige Literatur (vgl. u.a. Diaz-Bonilla u.a.. 2002; Lee/Collin 2001; Lee/Buse/Fustukian 2002) deutlich macht, deren Ergebnisse hier nur stichwortartig zusammengefasst werden können:

- *Neue Formen globaler Risiken*: Bedeutung von Infektionskrankheiten (erhöhte Mobilität); zunehmende Resistenz gegen Antibiotika (vgl. WHO 2000); Auswirkungen höherer Lebenserwartung in Entwicklungsländern (epidemiologischer Übergang/Double Challenge: zunehmende Bedeutung von Herz-Kreislauferkrankungen auch in Entwicklungsländern; weiter bestehende hohe Belastung durch vor allem armutsbedingte Infektionskrankheiten);
- *Globalisierung der privatwirtschaftlichen Basis für Regulation*: Veränderungen in der institutionellen Struktur durch einen stärkeren Druck auf öffentliche Ressourcen im Rahmen von Strukturanpassung und Förderung von Wettbewerbsfähigkeit sowie durch Privatisierungsprozesse, die eine zunehmende Spannung zwischen staatlicher Gesundheitspolitik und privatisierten Gesundheitsdienstleistungen sowie der input-produzierenden Industrie mit sich bringen; zusätzliches Problem durch die Globalisierung privater Strukturen (TRIPS: Infragestellung der Praktiken nationaler Pharmaindustrien durch internationales Recht; GATS: Infragestellung der nationalen Kontrolle von privaten Gesundheitsdienstleistungen);
- *Intensivierung und Schwerpunktwechsel globaler Gesundheitspolitik*, da die mangelhaften Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern als internationales Risiko angesehen werden. Als Teil der Intensivierung des Armutsbezugs der gesundheitspolitischen Strategien von WHO und Weltbank kommt es zu einer verstärkten Konzentration der Aufmerksamkeit auf die Bekämpfung spezifischer armutsbezogener Krankheiten. Der Bericht der von der WHO eingesetz-

ten *Commission on Macroeconomics and Health*, der auf mehr als 100 speziell für die Kommission verfassten Arbeitspapieren renommierter Wissenschaftler beruht, hat deutlich gemacht, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung nicht lediglich als Folge sozioökonomischer Entwicklung angesehen werden kann, sondern selbst eine zentrale Voraussetzung für „Entwicklung“ darstellt (CMH 2001; für Lateinamerika: Savedoff/Schultz 2000).

Global Health Governance

Inzwischen ist, ausgehend von den traditionell bedeutenden internationalen Organisationen im Gesundheitssektor (vor allem: WHO und die Weltbank), einerseits aufgrund des Drucks und der aktiven Beteiligung zivilgesellschaftlicher Organisationen, andererseits in Anpassung an die globalisierten Strukturen des privaten Sektors (vor allem der Pharmaindustrie) ein komplexes System von GHG entstanden, in dem so etwas wie globale öffentliche Verantwortung zur Verbesserung der Gesundheitssituation vor allem der marginalisierten Teile der Weltbevölkerung zum Ausdruck kommt – allerdings in Form einer höchst konfliktiven Kooperation zwischen nationalen Regierungen, internationalen Regierungsorganisationen, NGOs und privaten Wirtschaftsinteressen.

Wir können hier nicht den gesamten Komplex der in den letzten Jahren entstandenen neuen Strukturen von GHG untersuchen⁵, sondern werden uns auf die Wechselbeziehung zwischen dem TRIPS-Abkommen und der Entstehung von GPPPs beschränken. Dies ist vor allem deshalb gerechtfertigt, weil die Forschung und Entwicklung (F&E) der pharmazeutischen Industrie, deren Interessen das TRIPS-Abkommen in hohem Maße entspricht, die Chancen der technologischen Entwicklung reflektiert, die gerade durch die u.a. im Globalisierungsprozess angelegten enormen finanziellen Ressourcen dieser Unternehmen begründet ist. Pharmazeutische F&E ist zweifellos sehr teuer und führt zumindest teilweise zu Ergebnissen (neue hochwirksame Medikamente und Heilverfahren), deren *Gebrauchswert* kaum, deren Profitorientierung allerdings höchst umstritten ist.

Zunächst wenig von der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen, sind GPPPs zwischen internationalen Gesundheitsorganisationen, privaten Pharmaunternehmen und NGOs als Ausdruck intensiver Bemühungen entstanden, F&E von Medikamenten sicherzustellen, nach denen zwar ein erheblicher Bedarf, aber aufgrund des sozialen Profils der Betroffenen keine ausreichende zahlungsfähige Nachfrage gegeben ist; darüber hinaus wurden Kooperationsformen zwischen internationalen Organisationen, NGOs und Pharmaunternehmen entwickelt, um die kostengünstigere Bereitstellung vorhandener Medikamente und Impfstoffe zu erreichen. GPPPs sind damit charakterisiert durch die Interaktion von Akteuren aus verschiedenen Sektoren – öffentlich, privat, zivilgesellschaftlich – und unterschiedlichen Politikebenen

– lokal, national, transnational, global. Sie stellen den Versuch dar, die Aktivitäten der jeweils relevanten Akteure in einem begrenzten Politikbereich auf ein bestimmtes Ziel hin zu integrieren. Während der Begriff der Public-Private Partnerships sowohl in der Praxis als auch in der Literatur sehr unpräzise ist⁶, definieren Buse und Walt GPPPs im Gesundheitssektor relativ eng als „eine Zusammenarbeit, die nationale Grenzen überschreitet und mindestens drei Parteien, darunter ein Unternehmen (und/oder einen Industrieverband) und eine intergouvernementale Organisation zusammenbringt, um auf Basis einer wechselseitig vereinbarten Arbeitsteilung ein gemeinsames gesundheitsschaffendes Ziel zu erreichen.“ (Buse/Walt 2000a: 550; Übersetzung S.B.).

GPPPs im Gesundheitswesen können also als ein Versuch gesehen werden, zwischen Organisationen, die globale öffentliche Interessen vertreten und privatwirtschaftlichen Organisationen, die diese im Rahmen ihrer Strategie der Profitmaximierung nicht ausreichend berücksichtigen, auf die aber zur Produktion der notwendigen Gebrauchswerte nicht verzichtet werden kann, zu einem Kompromiss zu gelangen. Dabei ist klar, dass sie – trotz aller harmonischen Selbstdarstellungen der jeweiligen Partnerschaften – Teil des Kampfes um Macht- und Problemlösungsstrukturen im Rahmen der entstehenden Strukturen einer entstehenden „global polity“ sind.

Der Artikel wird versuchen, die folgenden drei Fragen genauer zu verfolgen: Stellen GPPPs neue politische Formen dar, die ein effektives Instrument zum Einbringen von Bedürfnissen des marginalisierten Teils der Weltbevölkerung in die technologische und ökonomische Entwicklung der Weltgesellschaft zur Verfügung stellen? Werden internationale Pharmakonzerne durch GPPPs in die Verantwortung genommen? Können finanzielle Ressourcen mobilisiert werden, um globale Probleme unter weitgehender Ausschaltung der spezifischen Interessen von Nationalstaaten in den Griff zu bekommen, indem multilaterale Lösungen die Bedeutung bilateraler Kooperationsformen reduzieren?

TRIPS, nationale Notsituationen und die Doha-Erklärung

Wie oben schon betont, stellt der Ausbau eines auf internationalem Recht beruhenden Welthandelssystems einen wesentlichen Aspekt des Globalisierungsprozesses dar, der auch die Rahmenbedingungen für Gesundheit und Gesundheitspolitik in vielfältiger Weise veränderte. Angesichts der großen Bedeutung des privaten Sektors für Health Governance sowohl auf der nationalen als auch auf der globalen Ebene sind die WTO-Regeln immer mehr in das Zentrum der Diskussion über GHG gerückt (vgl. u.a. Kumaranayake/ Lake 2002, Koivusalo 2002, WHO/WTO 2002).

Zentrale Elemente der GATT- bzw. WTO-Handelsordnung sind das Grundprinzip der Nichtdiskriminierung zwischen verschiedenen Handelspartnern sowie importierten und lokal produzierten Gütern einerseits und das Prinzip der Meistbegünstigung andererseits. Gleichzeitig garantiert bereits Artikel XX des GATT das Recht der Mitgliedsstaaten, Maßnahmen zur Kontrolle des Imports und Exports von Produkten zu ergreifen, wenn diese Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit von Menschen, Tieren und Pflanzen nötig sind.

Eine gemeinsame Studie von WHO und WTO hat die Bedeutung der verschiedenen WTO-Abkommen für Gesundheitspolitik umfassend dargestellt (WHO/WTO 2002, vgl. dazu eher kritisch Koivusalo 2002, Ranson u.a. 2002), wobei vor allem das TRIPS-Abkommen zu beachten ist, das weitreichende Auswirkungen auf den Preis von und den Zugang zu Medikamenten besitzt. Auch das GATS (*General Agreement on Trade in Services*) betrifft wichtige Aspekte von Gesundheitsdienstleistungen (Telemedizin, Behandlung von Patienten im Ausland, ausländische Investitionen in medizinische Einrichtungen, Arbeit von Ärzten und Krankenschwestern im Ausland). Ein entscheidender Aspekt des WTO-Regimes stellt der Streitschlichtungsprozess dar (WTO General Council als *Dispute Settlement Body*, Einrichtung von *Panels*). Dieser Prozess und die Auferlegung effektiver Sanktionen geben den WTO-Regelungen ihre Durchschlagskraft; eine Reihe von Schlichtungsverfahren stehen in Verbindung zu gesundheitspolitischen Fragen.

In Bezug auf die Entwicklung einer globalen Gesundheitspolitik hatte bisher das TRIPS-Abkommen zweifellos die weitestreichende Bedeutung. Das Abkommen fordert grundsätzlich jedes WTO-Mitglied auf, ein nationales Patentrecht zu erlassen, das Produkt- bzw. Prozessinnovationen für mindestens zwanzig Jahre (ab Einreichung des Patentantrags) unter Schutz stellt; alle Entwicklungsländer hatten eine Frist bis zum 1.1.2000, die am wenigsten entwickelten Länder (Least developed countries) bis 2006. Diese ist im Rahmen der Doha-Erklärung (4. WTO-Ministerkonferenz im November 2001) für pharmazeutische Produkte bis zum Jahr 2016 ausgedehnt worden.

Ziel des Patentschutzes ist es bekanntermaßen, durch die Gewährung eines zeitlich begrenzten Monopols für den Erfinder eines Produktes diesem eine Prämie für die Erfindung und damit eine Kompensation für die Kosten für F&E in Aussicht zu stellen. In der wirtschaftstheoretischen Diskussion wird der Patentschutz als ein wichtiges Instrument zur Förderung einer forschungsintensiveren industriellen Entwicklung angesehen⁷. Niemand wird viel in F&E investieren, wenn er befürchten muss, dass Erfindungen in kurzer Zeit von Konkurrenten nachgeahmt werden können. Intellektuelle Eigentumsrechte (IPs) spielen offensichtlich vor allem dann eine Rolle, wenn die Kosten der Entwicklung eines Produktes und die Kosten seiner Imitation stark auseinander fallen. Das gilt einerseits für gewöhnlich durch Copyright geschützte Produkte (Bücher, Musik,

Computerprogramme), deren Kopie technisch sehr billig ist, andererseits für Produkte, deren Nachahmung zwar gewisse technische Fähigkeiten und einen erheblichen, aber dennoch unvergleichlich geringeren Aufwand als die ursprünglichen Kosten von F&E benötigt. Letzteres gilt neben der Anwendung von Biotechnologien in der Produktion landwirtschaftlicher Inputs vor allem für die pharmazeutische Industrie – und damit für zwei Bereiche, die für die Entwicklungsländer von erheblicher Bedeutung sind.

Dass in diesen Bereichen irgendeine Form von Urheberschutz nötig ist, liegt auf der Hand. Für die Entwicklungsländer sind mit dem WTO/TRIPS- Komplex allerdings grundsätzlich drei Typen von Problemen verbunden:

1. Es entsteht eine neue Hürde für die Entwicklung eigener technologischer Kapazitäten, da die Fähigkeit der Imitation häufig einen ersten Schritt zum Aufbau lokaler Entwicklungskapazitäten darstellt. Ein 20-jähriger Patentschutz verschiebt den Zeitpunkt, zu dem billigere generische⁸ Produkte durch nationale Produzenten auf den Markt gebracht werden können.
2. Angesichts der kommerziell geringen Bedeutung der Nachfrage armer Bevölkerungsgruppen in Entwicklungsländern werden Arzneimittel gegen Krankheiten, unter denen ein großer Teil der Weltbevölkerung leidet, gar nicht erst entwickelt. Weniger als 10% der Verkäufe der pharmazeutischen Industrie gehen in Entwicklungsländer, lediglich 1% nach Afrika. Nur 10% der F&E-Ausgaben sind bezogen auf Krankheiten, die 90% der globalen Belastung durch Krankheiten ausmachen (Oxfam 2002a).
3. Die Kosten patentierter Produkte sind erheblich höher als die reinen Produktionskosten, d.h. auch als die Produktion von Nachahmerprodukten. Dies schließt Arme häufig (wenn nicht über sozialpolitische Transferleistungen finanziert) von bereits vorhandenen Medikamenten aus, die für sie von existenzieller Bedeutung sind⁹ – ein ethisches Problem, dem sich auch die Pharmaunternehmen und die Öffentlichkeit in den Industrieländern nicht entziehen können.

Ausnahmeregelungen des TRIPS-Abkommens:

Parallelimporte und Zwangslizenzen

Diese Probleme werden in den Ausnahmen, die das TRIPS-Abkommen explizit vorsieht, nur sehr bedingt berücksichtigt. Grundsätzlich wird den Regierungen das Recht zugestanden, Maßnahmen zu treffen, um den Missbrauch von intellektuellen Eigentumsrechten zu verhindern¹⁰ sowie andere Ausnahmen zu ermöglichen, die nicht in unvernünftiger Weise (*unreasonably*) die „normale“ Nutzung des Patents beschränken. Dabei geht es vor allem um Maßnahmen zur Förderung von F&E, so etwa das Recht, patentierte Erfindungen für Forschungszwecke zu verwenden, sowie das Recht, patentierte Erfindungen bereits zuvor für den

Entwicklungs- und Zulassungsprozess von Generika zu verwenden, um diese unmittelbar zum Ablaufzeitpunkt des Patents auf den Markt bringen zu können¹¹. Ein Problem für die Entwicklungsländer liegt in der Komplexität dieser Gesetzgebung sowie der Tatsache, dass ihre WTO-Konformität definitiv erst dann festgestellt bzw. zurückgewiesen werden kann, wenn von einem anderen Land ein formelles WTO-Verfahren eingeleitet wird. Aufgrund dieser Situation nutzen viele Entwicklungsländer die Möglichkeiten, die das TRIPS-Abkommen bietet, nicht aus (vgl. CIPR 2002, Kap. 2). Das betrifft auch die Möglichkeit sog. Parallelimporte aus Drittländern, wenn ein Patent- bzw. Lizenzinhaber dort sein Produkt billiger verkauft. Mit dem Verkauf auch an ein Handelsunternehmen, das das Produkt exportiert, ist das Patent „erschöpft“ (TRIPS, Art. 6).

Das gleiche Problem besteht hinsichtlich der Möglichkeit der Gewährung von „Zwangslizenzen“, was das Abkommen im Falle des Versagens einer Lizenz zu vernünftigen kommerziellen Bedingungen nach längeren Verhandlungen sowie (auch ohne vorherige Verhandlungen) bei sog. nationalen Notfällen und anderen Umständen extremer Dringlichkeit vorsieht. Die Zwangslizenz autorisiert die Produktion überwiegend (*predominantly*) für den nationalen Markt. Das TRIPS-Abkommen verpflichtet einen Staat, der Zwangslizenzen erteilt, den Patentinhaber davon schnellstmöglich zu informieren sowie eine angemessene Entschädigung zu zahlen.

Vor diesem Hintergrund sind in den vergangenen Jahren vor allem zwei Konfliktfelder entstanden, nämlich 1. Auseinandersetzungen um nationale Gesetze (Kompatibilität mit TRIPS) sowie 2. Konflikte um genauere Interpretationen und Fragen der Weiterentwicklung des TRIPS-Abkommens. Auf beide Felder soll im Folgenden kurz eingegangen werden:

Zu 1.: Große internationale Aufmerksamkeit hat der in Südafrika ausgetragene Konflikt um den Zugang zu AIDS-Medikamenten gewonnen, der eine Dreiecksauseinandersetzung zwischen dem südafrikanischen Staat, der Pharmaindustrie und NGOs darstellte. Die Regierung bestand auf dem Arzneimittelgesetz von 1997, das eine Registrierung generischer Medikamente gegen den Widerstand von Patentinhabern sowie die Unterstützung von Parallelimporten (in Übereinstimmung mit §6 des TRIPS-Abkommens) vorsieht und von den USA heftig kritisiert wurde. Im Interesse der Tochterunternehmen ausländischer Konzerne führte die *Pharmaceutical Manufacturers Association of South Africa* einen Prozess gegen den südafrikanischen Staat – und zog die Klage schließlich, u.a. als Reaktion auf öffentlichen Druck, 2001 zurück. Dies eröffnete die Möglichkeit, anti-retrovirale Medikamente relativ preisgünstig anzubieten. Andererseits hat sich die südafrikanische Regierung (im Unterschied zu Brasilien) explizit geweigert, einen effektiven Zugang aller HIV-Infizierten zu anti-retroviralen Therapien zu ermöglichen, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass aufgrund der erheb-

lich höheren Infektionsrate ein Programm des garantierten Zugangs zu diesen Medikamenten in Südafrika um ein vielfaches teurer wäre als in Brasilien (vgl. Anmerkung 7 zu den Kosten pro Patient).

Zu 2.: In Vorbereitung auf die WTO-Ministerkonferenz in Doha (Oktober 2001) kam es zu umfassenden Diskussionen der in der Auseinandersetzung um die TRIPS-Regeln beteiligten Gruppen. Eine große Gruppe von Entwicklungsländern legte im Juni einen Text vor, in dem unter Bezug auf die Ausnahmen und Spielräume, die das Abkommen formuliert, betont wird, dass WTO-Mitglieder das Recht haben müssen, das Abkommen so zu interpretieren (und die geforderte nationale Gesetzgebung so zu gestalten), dass die für notwendig erachteten Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit getroffen werden können. Dies impliziere vor allem die größtmögliche Flexibilität im Gebrauch von Zwangslizenzen sowie eine breite Nutzung von Parallelimporten vor allem für diejenigen Länder, denen die technischen Voraussetzungen fehlten, die Medikamente selbst zu produzieren. (vgl. WTO-Dokument: IP/C/W/296).

Doha und die Definition nationaler Notsituationen

Die Doha-Erklärung der 4. WTO- Ministerkonferenz (14.11.2001) wurde verbreitet als Erfolg für die Entwicklungsländer und NGOs angesehen. Sie betonte, dass „das TRIPS-Abkommen WTO-Mitglieder nicht davon abhält und nicht davon abhalten soll, Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen“ sowie „das Recht der WTO-Mitglieder unterstützt..., besonders den Zugang zu Medizin für alle zu fördern.“ (§ 4). Die im Rahmen des TRIPS-Abkommens bestehenden Spielräume wurden bestärkt, wobei gleichzeitig auf die im Abkommen gesetzten Rahmenbedingungen verwiesen wurde. Im Hinblick auf den Import essentieller Medikamente aus Drittländern wurde allerdings nicht auf den Begriff der Parallelimporte verwiesen, sondern eine Ausweitung der Zwangslizenzregeln vorgeschlagen, wobei der TRIPS Council damit beauftragt wurde, bis Ende 2002 eine für alle akzeptable Lösung zu finden (§ 6 der Doha-Erklärung). Der Grund dafür ist wohl vor allem in der Position der Pharma-Industrie zu sehen, die alles verhindern möchte, was den Interpretationsspielraum des TRIPS-Abkommens zugunsten der Regierungen von Entwicklungsländer ausweiten würde, und die den Zugang zu Medikamenten vor allem durch ein (freiwilliges, bzw. mit individuellen Ländern ausgehandeltes) billigeres Angebot im Sinne eines *differential pricing* erleichtern will. Das setzt aber voraus, dass die Möglichkeiten von Parallelimporten eng begrenzt und kontrolliert bleiben, damit ein Export aus einem Land mit niedrigen Medikamentenpreisen in ein Industrieland mit den „normalen“ Preisen verhindert werden kann.

Seitdem gibt es langwierige Verhandlungen um die genaue Interpretation dieser Erklärung, die auch Anfang April 2003 noch nicht abgeschlossen sind. Im Wesentlichen geht es um die Definition der Bedingungen, unter denen unter Zwangslizenzen hergestellte Arzneimittel gehandelt werden können, wobei vor allem die USA (nachweislich in enger Absprache mit der pharmazeutischen Industrie) eine möglichst enge Begrenzung nationaler Notsituationen auf einige wenige Krankheiten durchsetzen wollen, während die Entwicklungsländer einen möglichst großen Spielraum für die Definition solcher Situationen beanspruchen. Von NGO-Seite wird verbreitet darauf verwiesen, dass inzwischen auch die meisten der von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Betroffenen in Entwicklungsländern leben und nicht vom Zugang zu bezahlbaren Medikamenten ausgeschlossen werden dürften. In diesem Zusammenhang meinte der südafrikanische Vertreter bei den Verhandlungen, dass nun zum ersten Mal Menschen „von Glück“ sprechen könnten, wenn sie unter AIDS litten, weil sie dann wenigstens Zugang zu den nötigen Medikamenten hätten.¹²

Pharmaindustrie, NGOs und globale Partnerschaften

Die Auseinandersetzungen der vergangenen zwei Jahre machen deutlich, dass es – was nicht erstaunt – grundlegende Konflikte um Interpretationen und notwendige Modifikationen des TRIPS-Abkommens gibt. Dabei besteht allerdings in zweierlei Hinsicht weitgehend Einigkeit: zum einen darüber, dass (zumindest solange keine grundlegend andere Form der Organisation der Entwicklung und Herstellung von Medikamenten in Sicht ist) irgendeine Form von Eigentumsrechten nötig ist, um Investitionen in F&E zu stimulieren; zum anderen aber auch darüber, dass Interventionen zur Unterstützung der Gesundheitspolitik in armen Ländern nötig sind, da der Markt allein diese Probleme nicht löst. Die Konflikte betreffen die Frage der Priorität: Geht es primär um ökonomische Eigentumsrechte und erst im zweiten Schritt um gewisse Korrekturen vor dem Hintergrund globaler Verantwortung oder sollte umgekehrt die Verantwortung für das Menschenrecht auf Gesundheit absolute Priorität besitzen, so dass internationale ökonomische Vereinbarungen sich daran orientieren müssten?

In diesem Zusammenhang ist ein gemeinsamer Bericht von drei NGOs (Oxfam, VSO und Save the Children; vgl. Oxfam 2002) interessant, der die Ergebnisse einer Umfrage dieser Organisationen zu Positionen der Pharma-Industrie darstellt und kommentiert. Abgesehen von der insgesamt begrenzten Bereitschaft der Unternehmen zur Beantwortung des Fragebogens, werden die Grenzen der von den Unternehmen neuerdings stark betonten *Corporate social responsibility (CSR)* deutlich, wenn es etwa um Fragen des Patentrechts, des verstärkten Engagements in Forschungen zu Tropenkrankheiten, die Offenlegung von Strategien und Firmen-

daten von öffentlichem Interesse sowie um Orientierung etwa an Verhaltensstandards der WTO geht. Sie sehen eine Strategie der Preisdifferenzierung nach Ländergruppen als die beste Möglichkeit an, den Zugang für arme Länder zu Medikamenten zu verbessern und sind zu keinen Zugeständnissen im TRIPS-Zusammenhang bereit. Die starke Betonung der Bedeutung von Kooperationen in Form von GPPPs (in diesem Bericht als JPPIs, Joint public private initiatives, bezeichnet) entspricht den Vorstellungen der Konzerne, in der Auseinandersetzung um ordnungspolitische Richtlinien in keinem Fall Boden aufzugeben.

Die zentrale Motivation für die Mitarbeit von Pharmakonzernen in GPPPs liegt sicherlich in den meisten Fällen irgendwo zwischen einem gesellschaftlichen Legitimationsbedarf der Unternehmen und einem allgemeinen Interesse an weltgesellschaftlicher Stabilität, wobei, wie gesagt, in keinem Fall das liberale Welthandelsregime angetastet werden soll. Dies ist ihnen in Bezug auf ihre Interessenlage nicht vorzuwerfen. Auch wenn die Liberalisierung der globalen Ökonomie zweifellos Probleme ausgelöst bzw. verstärkt hat, ist es nicht ausgeschlossen, dass diese Probleme durch neue institutionelle Formen und politische Prozesse im Rahmen einer liberalen Weltwirtschaft erfolgreicher zu bearbeiten sind als im Rahmen der Proliferation protektionistischer Politiken miteinander konkurrierender Nationalstaaten (vgl. dazu Hein 2001). Im Folgenden sollen die entsprechenden GPPPs genauer betrachtet und ihr Beitrag zur Lösung bzw. Entschärfung der Medikamentenproblematik eingeschätzt werden.

GPPPs im Kontext von Global Health Governance und TRIPS

Die aus dem Globalisierungsprozess resultierenden Anforderungen an GHG und die konkreten Herausforderungen, wie sie sich aus der Umsetzung neoliberaler Vorstellungen in internationales Recht vor allem durch die WTO und das TRIPS-Abkommen ergeben, können somit als die zentralen Gründe für die verstärkte Hinwendung zu policy-making in GPPPs und deren wachsende Anzahl¹³ angesehen werden. In erster Linie sind sie jedoch als Antwort auf drei konkrete Herausforderungen im Kontext von TRIPS und spezifischer Strukturen des Weltarzneimittelmarktes entstanden:

1. als Versuch, negative Folgen abzuwehren, die sich aus der Anwendung der *Regeln des TRIPS* (Patentschutz, Regelungen bzgl. Herstellung und Import/Export von Generika) für die Preise von Medikamenten und Impfstoffen ergeben und den Zugang insbesondere marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu diesen Produkten erschweren;
2. als Strategie zur Abwehr der *Ausnahmeregeln des TRIPS* (insbesondere von Parallelimporten und Zwangslizenzen), die von Seiten der pharmazeutischen Konzerne darauf abzielt, durch freiwillige Preissenkungen für bestimmte Pro-

dukte den Spielraum der Entwicklungsländer für die Verhängung von Zwangsmaßnahmen einzuschränken;

3. als Instrument, das Probleme von *Marktversagen* bearbeitet, die nicht durch Mechanismen im Rahmen einer neoliberalen Welthandelsordnung gelöst werden können. Dies ist insbesondere im Hinblick auf F&E von Medikamenten und Impfstoffen für „neglected diseases“ der Entwicklungsländer (vgl. Webber/Kremer 2001, Trouiller u.a. 2002) der Fall.

Im Folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, ob die Tätigkeiten von GPPPs Auswirkungen der Handelsliberalisierung abfedern und gegebenenfalls als Korrektiv zu den Aktivitäten der WTO zur Bereitstellung von globalen öffentlichen Gütern beitragen (vgl. Kaul u.a. 1999) können oder ob sie in erster Linie den Interessen privatwirtschaftlicher Akteure dienen. Hierfür sollen die Aktivitäten von GPPPs im Hinblick auf zwei zentrale Themenkomplexe untersucht werden: erstens *F&E* neuer Medikamente und Impfstoffe sowie zweitens *Zugang* zu preiswerten Medikamenten bzw. Impfstoffen.

Forschung und Entwicklung neuer Medikamente und Impfstoffe

Wie oben bereits erwähnt, werden nur 10 % der Mittel für F&E von Medikamenten und Impfstoffen für typische Krankheiten der armen und marginalisierten Teile der Weltbevölkerung ausgegeben, obwohl allein die drei wichtigsten armutsbezogenen Krankheiten AIDS, Tuberkulose und Malaria jährlich etwa 4,8 Millionen Todesopfer fordern. Angesichts der geringen, zahlungskräftigen Nachfrage nach diesen Produkten sind entsprechende F&E-Aktivitäten für die jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen nicht rentabel. Schätzungen gehen davon aus, dass ein neues Medikament von der Entdeckung und Entwicklung über die Phase klinischer Tests bis zur Marktreife bis zu 600 Mio. US-\$ kosten kann (vgl. Kettler 1999). Aufgrund der mangelnden Kaufkraft der Betroffenen können diese Kosten nur schwer gedeckt werden, da die Renditen, die sich mit den entsprechenden Investitionen erwirtschaften lassen, zu gering ausfallen.

Darüber hinaus lassen sich noch eine Reihe weiterer Ursachen für die geringen F&E-Aktivitäten zu armutsbezogenen Krankheiten identifizieren (vgl. Webber/Kremer 2001):

1. Wegen eines zu geringen Bewusstseins in den Industrieländern für die Bedeutung dieser Krankheiten findet deren Bekämpfung zu wenig Aufmerksamkeit.
2. Defizite an (öffentlicher) Grundlagenforschung zu diesen Krankheiten führen dazu, dass konkrete F&E-Aktivitäten der Unternehmen mit hohem Risiko verbunden sind und entsprechende Investitionen deshalb nur selten getätigt werden.
3. Unzureichende Distributionsmöglichkeiten in den Entwicklungsländern: Aufgrund defizitärer materieller, medizinischer, finanzieller und politischer Infra-

struktur ist der Vertrieb von Medikamenten und Impfstoffen vor Ort und damit der Zugang insbesondere armer und marginalisierter Bevölkerungsschichten zu diesen Produkten nicht hinreichend gewährleistet.

4. In vielen Ländern liegen nicht genügend Daten vor, die den Unternehmen eine verlässliche Einschätzung der Märkte ermöglichen würden. So ist insbesondere die Datenlage hinsichtlich Zahl der Krankheitsfälle, der Effektivität existierender Produkte oder der Zugangsmöglichkeiten oftmals nicht ausreichend, um darauf aufbauend betriebswirtschaftliche Entscheidungen treffen zu können.
5. Die Firmen befürchten, dass die aus ihren Aktivitäten resultierenden Produktinnovationen nicht hinreichend geschützt werden können. Dies steht in direktem Kontext der Debatte um den Schutz der intellektuellen Eigentumsrechte durch Patente und Lizenzen.

Das Ziel von Partnerschaften bei F&E ist es, das Marktversagen in diesem Bereich zu überwinden und durch Kooperation der relevanten Akteure die Entdeckung und Entwicklung neuer Produkte zur Bekämpfung armutsbezogener Krankheiten dergestalt zu fördern, dass einerseits den Armen ein kostengünstiger Zugang zu diesen Produkten, andererseits den beteiligten Unternehmen das Erwirtschaften ausreichender Renditen ermöglicht wird. Dies soll erreicht werden durch die Verbindung von wissenschaftlich-technologischen und finanziellen Ressourcen und die Teilung von Kosten und Risiken zwischen privatem und öffentlichem Sektor. Die GPPPs ermöglichen hierbei auf Basis der i.d.R. von privaten Stiftungen oder Nationalstaaten zur Verfügung gestellten Finanzmittel den beteiligten pharmazeutischen Unternehmen die Forschung zu konkreten Projekten. Die GPPP übernimmt also einen Großteil der Risiken, die mit Produktentdeckung und -entwicklung verbunden sind und senkt damit die Opportunitätskosten des privaten Sektors. Im Austausch hierfür geht ein Teil der jeweiligen intellektuellen Eigentumsrechte auf die GPPP über, die ihrerseits die Lizenzen für die Produktion der entsprechenden Produkte vergibt und durch die Konditionen hierbei dafür Sorge trägt, dass die Produkte für die Zielgruppen erschwinglich sind.

Als prominente Beispiele für GPPPs im Bereich F&E können die Medicines for Malaria Venture (MMV)¹⁴, die Global Alliance for TB Drug Development (GATB)¹⁵, die International Aids Vaccine Initiative (IAVI)¹⁶ und die Global Alliance on Vaccines and Immunization (GAVI)¹⁷ genannt werden. Allen diesen GPPPs sind folgende Punkte gemein:

- Sie sind non-profit Organisationen,
- beziehen sich auf einzelne Krankheiten (Ausnahme: GAVI),
- erhalten den Großteil ihrer Finanzmittel durch den öffentlichen Sektor oder private Stiftungen (*social venture capital*; vgl. Wheeler/Berkley 2001), vom privaten Sektor dagegen v.a. Sachleistungen (Zugang zu Bibliotheken und Geräten, Technologie)

- operieren nach privatwirtschaftlichen Management-Kriterien,
- betreiben ein *outsourcing* der eigentlichen F&E-Aktivitäten,
- nehmen selbst v.a. Koordinations-, Management- und Monitoringaufgaben wahr.
- verfügen hierzu über ein zentrales Board (zusammengesetzt i.d.R. aus staatlichen Forschungsinstituten, Internationalen Organisationen, pharmazeutischen Unternehmen, Epistemic Communities, NGOs), das die entsprechenden Entscheidungsbefugnisse besitzt sowie ein beratendes Gremium, das wissenschaftliche und technische Empfehlungen ausarbeitet.
- Darüberhinaus ermöglichen die meisten GPPPs die Partizipation der jeweiligen *stakeholder* durch entsprechende Foren oder meetings.

Im Folgenden sollen kurz Zielsetzung und Vorgehen der einzelnen genannten GPPPs skizziert werden.

GATB (gegründet 2000, Sitz in den USA) hat zum Ziel, bis 2010 ein Medikament zu entwickeln, das die Dauer der TBC-Behandlung senkt, effektiv ist bei mehrfach resistenter TBC (multi-drug resistant TB, MDR-TB) und eine bessere Behandlung latenter TBC-Infektionen ermöglicht. Als Grundlage für die Arbeit der GATB dient ein detailliertes *Scientific Blueprint*, das Lücken in der Forschung identifiziert und Möglichkeiten der TBC-Interventionen darlegt. Auf dieser Basis wird ein Portfolio von potentiellen Medikamenten identifiziert, deren Erforschung und Entwicklung durch die Partnership gefördert werden soll. GATB wählt hierzu auf wettbewerblicher Basis durch einen „call for project proposals“ die geeignetsten Projekte unterschiedlicher Akteure (Firmen, Universitäten, staatliche Forschungsinstitute) aus.

MMV (gegründet 1999, Sitz in der Schweiz) formuliert als Ziel, alle fünf Jahre ein neues Medikament gegen Malaria zu entdecken, zu entwickeln und zu kommerzialisieren. Wie im Falle der GATB erfolgt die Auswahl der Projekte durch Wettbewerb. MMV verfolgt die Idee eines „virtuellen“ Unternehmens für die Entdeckung und Entwicklung von Medikamenten durch *outsourcing* und finanziert zur Zeit 5 Projekte im Bereich der Produktentdeckung und 8 Projekte im Bereich der Produktentwicklung. Die Eigentumsrechte an den Entdeckungen gehen auf MMV über, die dann für die Produktion und die Kommerzialisierung Lizenzen an private Firmen vergibt, wobei die Erlöse hieraus wieder in neue Aktivitäten der MMV fließen.

IAVI (gegründet 1996, Sitz in den USA) konzentriert sich darauf, „sichere, wirksame, erreichbare, präventive“ AIDS-Impfstoffe zu entwickeln. Anders als die beiden bisher genannten Partnerships konzentriert sich IAVI dabei nicht ausschließlich auf F&E, sondern widmet sich vier Bereichen: Schaffung einer globalen Nachfrage nach AIDS-Impfstoffen, Beschleunigung des wissenschaftlichen Fortschritts, Förderung der industriellen Beteiligung an der Entwicklung von AIDS-Impfstoffen und Sicherung des Zugangs. Wie GATB geht auch IAVI von

einem Scientific Blueprint aus, der den Wissensstand bzgl. F&E und deren Hindernisse katalogisiert und Prioritäten setzt, die als Basis für die Auswahl der zu fördernden Projekte dienen. Wie MMV versteht sich auch IAVI als „virtuelles Unternehmen“, betreibt jedoch nicht das *outsourcing* aller F&E-Aktivitäten, sondern verfügt über ein zentrales Labor zur Entdeckung von Produkten und zur Entwicklung klinischer Tests. Anders als die beiden anderen GPPPs erfolgt die Projektselektion bei IAVI nicht auf Basis eines offenen „call for project proposals“, sondern ist Resultat entsprechender Aktivitäten der Mitglieder.

GAVI (gegründet 1999, Sitz in Genf) konzentriert sich, anders als die bisher behandelten GPPPs, nicht nur auf eine Krankheit. Ziel von GAVI ist der Schutz von Kindern vor allen Krankheiten, die durch Impfungen zu verhindern sind. In diesem Zusammenhang werden sechs strategische Ziele aufgeführt, die über reine F&E-Aktivitäten weit hinausgehen: Verbesserung des Zugangs zu nachhaltigen Impfprogrammen, Ausweitung der Anwendung aller sicheren und kosteneffizienten Impfstoffe, Unterstützung der entsprechenden nationalen Anstrengungen, Beschleunigung der Entwicklung und Einführung neuer Impfstoffe, Stimulierung der F&E-Aktivitäten für primär in den Entwicklungsländern benötigte Impfstoffe sowie Positionierung von Impfschutz im Zentrum internationaler Entwicklungsanstrengungen. Zur Umsetzung dieser Ziele wurde der „Vaccine Fund“ geschaffen, der den ärmsten Staaten Finanzmittel zur Stärkung von gesundheitsbezogener Infrastruktur und zur Einführung neuer oder zu wenig genutzter Impfstoffe zur Verfügung stellt. Der Fund startete mit einer Kontribution der Gates Foundation in Höhe von 750 Mio US-\$ und verfügt mittlerweile über 1 Mrd. von erhofften 2 Mrd. US-\$, mit denen über einen Zeitraum von 5 Jahren ca. 70 Projekte finanziert werden sollen.

Das Potential von GPPPs im Bereich F&E kann v.a. darin gesehen werden, dass sie eine Möglichkeit darstellen, das Marktversagen im Hinblick auf die Entdeckung, Entwicklung und Kommerzialisierung von Medikamenten und Impfstoffen für die Bekämpfung armutsbezogener Krankheiten in den Entwicklungsländern zu überwinden. Indem sie einen institutionalisierten Rahmen für die Interaktion und Kooperation der relevanten Akteure des privaten und öffentlichen Sektors darstellen, deren Aktivitäten auf ein gemeinsames Ziel hin integrieren, die Ressourcen der Akteure zusammenzufassen und die notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung von F&E bereitstellen, tragen GPPPs dazu bei, Lücken im Bereich F&E zu schließen. Sie fungieren als push-Faktor, der trotz mangelnder zahlungskräftiger Nachfrage durch die Reduzierung von Kosten und Risiken die Bereitstellung eines Angebots an entsprechenden Medikamenten und Impfstoffen ermöglicht. Sie können somit als ein begrenztes Korrektiv einer neoliberalen Weltwirtschaftsordnung verstanden werden, deren Mechanismen und Tätigkeiten etwa im Rahmen von WTO/TRIPS nicht dazu beitragen, die skizzierten Pro-

bleme des Marktversagens zu bearbeiten und die Verfügbarkeit der notwendigen Medikamente und Impfstoffe zu gewährleisten.

Die Aktivitäten von GPPPs im Bereich F&E können jedoch nicht durchweg positiv beurteilt werden. Dies betrifft zunächst ihre Nachhaltigkeit. In Anbetracht der für F&E-Aktivitäten erforderlichen Zeitspanne ist eine konstante und langfristige Finanzierung der Aktivitäten der GPPPs von großer Bedeutung. Ob gerade die hieran wesentlich beteiligten privaten Stiftungen ihr momentanes Engagement aufrecht erhalten werden, bleibt abzuwarten. Zum zweiten kann die Konzentration auf bestimmte Krankheiten im Rahmen von GPPPs dazu beitragen, dass andere Krankheiten vernachlässigt werden (v.a. die ohnehin schon „neglected diseases“) und evtl. Ressourcen aus anderen Bereichen verlagert werden. Schließlich werden durch die governance-Strukturen von GPPPs private Unternehmen in Prozesse des policy-making integriert, ohne dass hinreichende Mechanismen existieren, um mit Machtdifferenzen und Interessenskonflikten umzugehen.

Zugang zu preiswerten Medikamenten

Zur effektiven Bekämpfung armutsbezogener Krankheiten ist nicht nur die Existenz von Medikamenten, sondern vor allem auch die Frage des Zugangs zu ihnen entscheidend. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. ein Drittel der Weltbevölkerung keinen Zugang zu einer qualitativ anspruchsvollen Gesundheitsversorgung hat. Ein zentraler Aspekt des Zugangs ist natürlich die Verfügbarkeit und Preisgestaltung der Produkte, die wiederum eng mit den oben beschriebenen Prozessen von F&E verknüpft ist.

Neben die Fragen der Verfügbarkeit und die monetäre Dimension des Zugangs treten jedoch noch eine Reihe anderer Dimensionen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen, wenn die Gesundheitssituation insbesondere der armen Bevölkerungsschichten in Entwicklungsländern verbessert werden soll (vgl. Widdus 2001):

1. Fragen von Qualität, Auswahl, Verordnung und Gebrauch von Medikamenten:
Eine zufriedenstellende Gesundheitsversorgung auch der Armen muss gewährleisten, dass die Qualität der angebotenen Produkte stimmt, die Auswahl der zu verwendenden Produkte anhand rationaler Kriterien erfolgt, die Gesundheitsdienstleister vor Ort adäquate Produkte verordnen und die betroffenen Patienten sich bei der Einnahme dieser Produkte an die vorgeschriebene Dosierung und Behandlungsdauer halten.
2. Die Effektivität und Effizienz des pharmazeutischen Vertriebssystems spielt eine wesentliche Rolle. Es muss insbesondere gewährleistet werden, dass ein konstantes Angebot an Produkten existiert und dass diese auch dort verfügbar sind, wo sie gebraucht werden. Gerade arme und marginalisierte Bevölkerungs-

schichten haben oftmals nicht die Möglichkeit, in ihrer Umgebung Zugang zu entsprechenden Medikamenten zu erhalten.

3. Dies steht in engem Kontext mit der ökonomischen Dimension der Zugangsproblematik. Relevant für den Zugang sind v.a. die Preise von Medikamenten an ihrem Einsatzort, die – bedingt durch Transportkosten und Wertschöpfungen innerhalb der Distributionskette – durchaus variieren können. Preiskontrollen oder entsprechende Politiken der Preisgestaltung können in diesem Kontext eine wichtige Rolle spielen.
4. Schließlich ist der Zugang zu Medikamenten abhängig von Wissen und Verhaltensmustern der potentiellen Konsumenten. Soziale Normen, bildungs- und erziehungsbedingte Aspekte sowie der sozioökonomische Status der potentiellen Konsumenten spielen hier eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Das Ziel von GPPPs in diesem Bereich ist es, Patienten in den Entwicklungsländern den Zugang zu Medikamenten zur Bekämpfung bestimmter Krankheiten bzw. Krankheitssymptome zu ermöglichen. I.d.R. konzentrieren sich ihre Aktivitäten in diesem Zusammenhang auf die Bereitstellung und Distribution kostenlos zur Verfügung gestellter Medikamente. Hierbei verzichtet das beteiligte pharmazeutische Unternehmen in den jeweiligen Empfängerländern auf den Verkauf der entsprechenden Produkte und stellt diese der GPPP unentgeltlich zu Distributionszwecken zur Verfügung. Bekanntestes Beispiel in diesem Zusammenhang ist das *Mectizan Donation Programme*¹⁸ zur Bekämpfung von Flussblindheit, für das die Firma Merck&Co in Zusammenarbeit mit der *Task Force for Child Survival and Development* in allen 34 betroffenen Ländern das Medikament Mectizan unentgeltlich und ohne zeitliche Limitierung zur Verfügung stellt. Bei der Bekämpfung von AIDS sind v.a. das *Diflucan Donation Programme* und das *Viramune Donation Programme* zu nennen, entsprechende Aktivitäten im Hinblick auf Malaria wurden bzw. werden unternommen durch das *Malarone Donation Programme* und *WHO/Novartis Coartem*.

Das Potential dieser Art von GPPPs liegt v.a. darin, die Aktivitäten der relevanten Akteure so zu koordinieren, dass Medikamente, für die in den Entwicklungsländern zwar Bedarf existiert, die aber aufgrund ihres Preises dort nicht nachgefragt werden können, den betroffenen Personen unmittelbar zugänglich gemacht werden. Sie leisten damit nicht nur einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung insbesondere marginalisierter Bevölkerungsgruppen, sondern fungieren darüber hinaus als pull-Faktor, der die Nachfrage stimuliert. Insofern könnte argumentiert werden, dass „drug-donation“-GPPPs durch ihre Tätigkeiten die negativen Folgen abfedern, die sich aus der Anwendung der Regeln des TRIPS (Patentschutz, Regelungen bzgl. Herstellung und Import/Export von Generika) für die Preise von Medikamenten und Impfstoffen ergeben und den Zugang zu diesen Produkten erschweren.

Es muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass mit Schenkungen von Medikamenten nur ein kleiner Teil der Zugangsproblematik bearbeitet werden kann. Die Bereitstellung von Medikamenten in Einzelfällen kann kein Ersatz sein für dauerhafte Regelungen hinsichtlich der Preisgestaltung von Medikamenten (z.B. differenzierte Preisstrukturen; vgl. hierzu MSF 2000, HAI 2001, Oxfam 2002a) und für die Bewältigung anderer Probleme, die den Zugang behindern, wie etwa mangelhafte Infrastruktur oder Erziehung. GPPPs bearbeiten diese Aspekte jedoch i.d.R. nicht.¹⁹

Darüber hinaus sind mit „drug donation“-GPPPs eine Reihe anderer Probleme verbunden (vgl. hierzu: MSF 2000, Shretta u.a. 2000, IPPPH 2001, Lucas 2002). Werden die existierenden nationalen Prioritäten nicht hinreichend beachtet, so besteht die Gefahr, dass die vorhandene Infrastruktur unterminiert und die lokalen Märkte geschwächt werden. Das Angebot an Medikamenten kann u.U. zu sehr daran orientiert sein, welche Produkte die jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen zur Verfügung stellen wollen, und zu wenig daran, welche die Patienten vor Ort benötigen. Weiterhin besteht das Risiko, dass Produkte, die umsonst sind, übermäßig und damit auch falsch eingesetzt werden oder dass diese vor Ort verkauft werden und dadurch die beabsichtigte Verbesserung des Zugangs nicht erreicht wird. Schließlich hemmen Schenkungen von Medikamenten die Entstehung einer Generika-Industrie und damit den Aufbau eigener technologischer Kapazitäten.

Ein weiterer Problembereich bezieht sich auf die mit den Schenkungen verbundenen Eigeninteressen der Firmen. So können diese die entsprechenden GPPPs v.a. dazu nutzen, ihre Kontakte auf globaler und nationaler Ebene zu verbessern und dadurch langfristig in die entsprechenden Märkte einzudringen. Des Weiteren können ihnen GPPPs dazu dienen, ihr Image zu verbessern und ihre unternehmerische soziale Verantwortlichkeit zu demonstrieren, ohne dabei weitreichende Verpflichtungen etwa bezüglich der Preisgestaltung von Produkten oder der Handhabung von Patenten und Lizenzen eingehen zu müssen (vgl. Oxfam 2002a). Zudem können pharmazeutische Firmen entsprechende GPPPs dazu nutzen, evtl. drohende Zwangslizenzen oder Parallelimporte im Rahmen des TRIPS-Abkommens zu umgehen, indem sie freiwillig bestimmte Medikamente zur Verfügung stellen und somit den Spielraum der Regierungen in den Entwicklungsländern für die Verhängung von Zwangsmaßnahmen einschränken.

Bilanz der „traditionellen“ GPPPs

Betrachtet man die Aktivitäten von GPPPs in den beiden untersuchten Bereichen F&E und Zugang, so lässt sich folgendes Fazit ziehen: Probleme von Marktversagen, die nicht im Rahmen der neoliberalen Wirtschaftsordnung bearbeitet

werden können, sind ebenso ursächlich für die Entstehung von GPPPs wie Probleme, die sich aus der Anwendung der Regeln des TRIPS-Abkommens sowie aus den Möglichkeiten der Anwendung seiner Ausnahmeregeln ergeben. GPPPs in diesen Bereichen sind in ihrer Mehrzahl gekennzeichnet durch einen vertikalen Ansatz und einen starken Fokus auf konkrete Ergebnisse in einem eng definierten Bereich. Mit den Aktivitäten von GPPPs verbinden sich jeweils spezifische Interessen und Motive der Akteure der unterschiedlichen Sektoren (vgl. hierzu: Buse/Walt 2000a). So versprechen sich Akteure des privaten Sektors von der Mitarbeit in GPPPs i.d.R. neben direkten finanziellen Vorteilen einen gesteigerten Einfluss auf Prozesse des agenda-setting und des policy-making auf globaler und nationaler Ebene, eine gesteigerte Autorität und Legitimität durch die Kooperation mit Internationalen Organisationen, einen verbesserten Marktzugang, eine Möglichkeit zur Demonstrierung von sozialer Verantwortlichkeit sowie einen Bekanntheits- und Imagegewinn.

Für die an GPPPs beteiligten Akteure des öffentlichen Sektors lassen sich folgende Interessen und Motive identifizieren: Einbindung privatwirtschaftlicher Akteure in die Bereitstellung öffentlicher Gesundheitsdienstleistungen, Nutzung des Potentials des privaten Sektors, Abfederung negativer Auswirkungen marktwirtschaftlichen Handelns, Mobilisierung zusätzlicher finanzieller und technischer Ressourcen, Steigerung der eigenen Leistungsfähigkeit und Autorität sowie die Koordination von Aktivitäten. GPPPs in den Bereichen F&E und Zugang stellen einen Versuch dar, zwischen den unterschiedlichen Interessen des privaten und öffentlichen Sektors zu vermitteln und bestehende Defizite im Hinblick auf Entdeckung, Entwicklung, Kommerzialisierung und Distribution von Medikamenten und Impfstoffen dergestalt zu bearbeiten, dass sich eine win-win-Situation ergibt, von der alle beteiligten Akteure profitieren können. Sie sind somit durchaus mehr als nur ein „Feigenblatt“ für die Aktivitäten der pharmazeutischen Unternehmen oder der von neoliberalen Globalisierungsprozessen profitierenden Akteuren.

Der GFATM – eine neue Qualität weltweiter Kooperation?

Waren die finanziellen Mittel der meisten GPPPs im Gesundheitsbereich mit der Ausnahme von GAVI bisher relativ knapp, so existiert mit dem GFATM ein Finanzierungsmechanismus neuer Dimension. Die Idee eines solchen „Global Fund“ wurde erstmals auf dem G8-Gipfel in Okinawa im Juli 2000 formuliert. UN-Generalsekretär Kofi Annan erklärte auf der UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) im Juni 2001 seine Unterstützung für das Konzept. Mit der ersten Sitzung des Stiftungsrats (Foundation Board) im Januar 2002 begann die Arbeit des GFATM als eigenständige Einheit mit einer zielbezogenen Entschei-

dungsstruktur. Bis Anfang April 2003 wurden immerhin über 3,3 Mrd. US-\$ an Mitteln zugesagt (über 2,3 Mrd. US-\$ hierbei von den USA, Großbritannien, Italien, Japan und Deutschland sowie 100 Mio. US-\$ von der Gates Foundation; GFATM 2003b), wovon bisher gut 942 Mio. US-\$ eingezahlt wurden. Aus den Mitteln des GFATM wurden bislang in zwei Runden ca. 140 Projekte mit einem Gesamtvolumen von 1,5 Mrd. US-\$ bewilligt, von denen knapp drei Viertel der Bekämpfung von AIDS dienen. Schätzungen gehen davon aus, dass der GFATM zur Erfüllung seiner Ziele für das Jahr 2003 ca. 2 Mrd. US-\$ benötigt, 4,6 Mrd. US-\$ für 2004 und 10-20 Mrd. US-\$ für 2007 (CRS 2002: 5)²⁰.

Das Ziel des GFATM ist es, „durch eine neuartige public-private partnership zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren, zu managen und zu verteilen, um einen nachhaltigen und signifikanten Beitrag zur Reduzierung von Infektionen, Krankheiten und Todesfällen zu leisten und dadurch die Auswirkungen von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria in den bedürftigen Ländern zu mildern und zur Armutsbekämpfung im Rahmen der Millenniumsziele beizutragen.“ (GFATM 2003a: 1, Übersetzung S.B.).

Beim GFATM handelt es sich um ein finanzielles Instrument zur Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen, das komplementär zu existierenden Institutionen und Programmen agieren soll. Er hat die Form einer gemeinnützigen Stiftung Schweizer Rechts und finanziert sich über die freiwilligen Zahlungen von Staaten, NGOs, privaten Stiftungen und dem privaten Sektor. Der GFATM hat vier Organe: Das *Partnerschaftsforum* ist offen für alle relevanten *stakeholder*-Gruppen. Es ist als Plattform für Diskussion, *advocacy*, Mitteleinwerbung und Kommunikation konzipiert, tritt mindestens alle zwei Jahre zusammen und hat dem Rat gegenüber beratende Funktion.

Der *Stiftungsrat* ist das zentrale Organ des GFATM. Er hat insgesamt 23 Mitglieder, davon 18 stimmberechtigte und fünf nicht-stimmberechtigte. Die stimmberechtigten Mitglieder setzen sich zusammen aus je sieben Vertretern von Geber- und Nehmerländern, zwei Vertretern des privaten Sektors (ein Vertreter der Stiftung, ein Vertreter der Industrie) und zwei NGO-Vertretern (ein Vertreter einer Nord-NGO, ein Vertreter einer Süd-NGO). Bei den nicht-stimmberechtigten Mitgliedern handelt es sich um je einen Vertreter von WHO, UNAIDS und Weltbank, einen Vertreter der von den drei Krankheiten betroffenen communities sowie einen Schweizer als Vertreter der Stiftung. Die Mitglieder des Rats werden von ihren jeweiligen Gruppen i.d.R. auf zwei Jahre gewählt. Zentrale Aufgaben des mindestens zweimal jährlich tagenden Rats sind die Entwicklung von Strategien und Politiken, die Erarbeitung von Richtlinien und Arbeitsplänen, die Entwicklung eines Rahmens für Monitoring und Evaluierung, Mittelbeschaffung und *advocacy* sowie die Festlegung der Mittelvergabe.

Das *Sekretariat* ist zuständig für das tägliche Management des Fonds und wird geleitet von einem Exekutivdirektor, der gleichzeitig auch den GFATM nach außen repräsentiert.

Das *Technical Review Panel*, das die Offenheit und Transparenz des Prozesses der Mittelvergabe überwachen soll, wird vom Rat berufen und besteht aus einem unabhängigen Team von 17 Experten aus Industrie- und Entwicklungsländern (sechs zu HIV/AIDS, drei zu TBC, drei zu Malaria, fünf zu Querschnittsfragen). Es begutachtet die Projektvorschläge, formuliert Empfehlungen für den Rat und agiert als beratendes Organ.

Die Mittelvergabe des GFATM erfolgt in einem mehrstufigen Verfahren. Eingehende Anträge werden einem 'proposal review process' unterworfen. Hierbei prüft zunächst das Sekretariat, ob die formellen Anforderungen erfüllt sind (antragsberechtigt sind nationale, regionale und subnationale *Country Coordinating Mechanisms*, die aus allen relevanten *stakeholdern* bestehen sollten, sowie – in Ausnahmefällen – individuelle Organisationen). Anschließend begutachtet das Technical Review Panel die Anträge auf die inhaltlichen Anforderungen und ihre Priorität hin. Hierzu heißt es in den Richtlinien des GFATM: „Die höchste Priorität wird technisch einwandfreien Anträgen aus den bedürftigsten Ländern und Regionen eingeräumt, die die höchste Krankheitslast zu tragen haben und die geringsten Möglichkeiten besitzen, finanzielle Ressourcen zur Bearbeitung dieser Gesundheitsprobleme aufzubringen.“ (GFATM 2003b: 5, Übersetzung S.B.).

Anträge müssen eine oder mehrere der drei Krankheiten betreffen und können sich beispielsweise auf Aktivitäten wie Prävention, Behandlung und Unterstützung von Kranken, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, Trainingsmaßnahmen, Förderung von Verhaltensänderungen oder Bereitstellung von Produkten beziehen. Die Finanzierung erfolgt für zunächst zwei Jahre und kann – in Abhängigkeit von der Qualität der Durchführung des Projekts und der Finanzmittel des GFATM – auf maximal fünf Jahre ausgedehnt werden. Eine formale Obergrenze für die Finanzierungshöhe einzelner Anträge gibt es bisher nicht. Die Bewilligung der Anträge erfolgt auf Empfehlung des Technical Review Panels durch den Stiftungsrat. Verantwortlich für die Umsetzung auf nationaler Ebene sind die Country Coordinating Mechanisms in den Empfängerländern.

Bei einer vorläufigen Beurteilung der Rolle des GFATM sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden: Der GFATM stellt – ähnlich wie GAVI – eine „politische Verpflichtung für Gesundheit und Krankheitskontrolle in den ärmsten Ländern“ (Brugha/Starling/Walt 2002: 438) dar und hat das Potential, entsprechende politische Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure zu mobilisieren. Auch dass durch den GFATM zusätzliche Mittel für den Kampf gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria bereitgestellt werden sollen, ist zunächst einmal positiv zu bewerten (vgl. Anforderungen im Bericht der Commission on Macroecono-

nomics and Health, CMH 2002). Er hat darüber hinaus aufgrund seiner schlanken, privatwirtschaftlich geprägten Organisationsstruktur das Potential zur schnellen und effektiven Bearbeitung von gesundheitspolitischen Herausforderungen. Der GFATM stellt einen neuartigen Finanzierungsmechanismus im Rahmen von GHG dar, der durch die Bereitstellung von globalen Geldern für nationale Programme dazu beitragen kann, die Gesundheitssituation insbesondere in den ärmsten Ländern zu verbessern. Er ist im Hinblick auf seine Aktivitäten und seine Finanzausstattung wesentlich umfassender angelegt als herkömmliche GPPPs und kann dadurch u.U. dazu beitragen, auch weitergehende Aspekte von *public health* zu bearbeiten.

Ob er allerdings in Zukunft sein Potential entfalten kann, hängt von einer Reihe von Faktoren ab (vgl. Oxfam 2002b):

1. muss sichergestellt sein, dass der GFATM die benötigten Finanzmittel verlässlich und dauerhaft zur Verfügung gestellt bekommt. Da er auf freiwillige Beiträge v.a. von Regierungen und Stiftungen angewiesen ist, stellt sich die Frage der *sustainability* der Aktivitäten des GFATM. *Aidspan* fordert in diesem Zusammenhang ein „Equitable Contributions Framework“ (vgl. France/Ooms/Rivers 2002), das die Regierungen dazu verpflichtet, in Relation zu ihrem Anteil am Welt-BIP in den GFATM einzuzahlen.²¹ Im Zusammenhang mit der Finanzierung des GFATM werden darüber hinaus Bedenken geäußert, dass es durch den GFATM nicht zu einer zusätzlichen Mobilisierung, sondern lediglich zu einer Umverteilung von Finanzmitteln kommt und somit andere Formen v.a. der bilateralen Kooperation im Gesundheitsbereich von Kürzungen betroffen sein könnten.
2. werden die finanzierten Programme umso erfolversprechender sein, je mehr sie sich zum einen in die existierenden Gesundheitssysteme in den Ländern integrieren und diese stärken und je besser sie zum anderen mit den Aktivitäten anderer Institutionen (z.B. *Poverty Reduction Strategies* von Weltbank und IWF) kompatibel sind. Geschieht dies nicht in hinreichendem Maße, besteht die Gefahr, dass durch die Tätigkeiten des GFATM die jeweiligen Bedürfnisse hinsichtlich der Entwicklung nationaler Gesundheitssysteme sowie die Integrität und Effektivität der Maßnahmen v.a. der UN-Organisationen in Frage gestellt wird.
3. muss Transparenz bezüglich der Mittelvergabe und der geförderten Projekte gewährleistet sein. In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung und Umsetzung entsprechender Verfahren zu Monitoring und Evaluierung von zentraler Bedeutung.
4. hängt das zukünftige Potential des GFATM auch davon ab, wie unabhängig er von den Interessen einzelner Akteure zu agieren in der Lage ist und auf welche Art und

mit welchem Erfolg er versucht, Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Interessen und Machtverhältnissen der beteiligten Akteursgruppen zu schaffen.

5. darf der Fonds nicht zu einem Subventionsprogramm für Medikamente werden und so den Druck der Kritik an TRIPS und der Pharmaindustrie reduzieren.

Seine Rolle als Instrument von GHG und als Institution einer entstehenden globalen *Polity* wird sich nicht zuletzt daran messen lassen müssen, inwieweit es dem GFATM gelingt, als Katalysator der Interessenvermittlung zwischen privatem und öffentlichem Sektor zu fungieren.

Schlussfolgerungen

Die WTO und das TRIPS-Abkommen sind als Ergebnisse der Uruguay-Runde (1986-1994) Ausdruck der Dominanz neoliberaler Konzepte in den 1980er Jahren. In den 1990er Jahren verstärkte sich der Widerstand teils gegen die Konzepte insgesamt, teils gegen spezifische Aspekte (vor allem gegen das Zurückdrängen des Staates in wichtigen Bereichen öffentlicher Verantwortung). Dieser Widerstand wurde gestärkt durch die Probleme in verschiedenen Bereichen globaler Entwicklung (Währungs- und Finanzkrisen, soziale Entwicklung), die auch von neoliberalen Kräften nicht übersehen werden konnten. Kompromissbereitschaft und die Offenheit gegenüber neuen Konzepten, ohne ihre Grundpositionen aufzugeben, kennzeichnen gewisse Veränderungen in der Problemwahrnehmung. Die Transformation politischer Institutionen, das Entstehen neuer Institutionen auf globaler Ebene, die Konjunktur des Konzepts von *Global Governance* und die Herausbildung von Konturen einer globalen *Polity* sind nicht allein das Ergebnis eines zunehmenden Widerstands der Globalisierungsverlierer und der sie unterstützenden advokatorischen Akteure, sondern *auch* ein Resultat einer sich langsam verändernden Problemwahrnehmung der Protagonisten und Gewinner der Globalisierung.

Selbst wenn eine für die Entwicklungsländer relativ günstige Lösung in den sog. §6-Verhandlungen (Definition nationaler Notsituationen) erreicht werden sollte und sich darüber hinaus die GPPPs als effektive Katalysatoren im Hinblick auf eine Umorientierung von Forschungskapazitäten und die Gewährleistung eines kostengünstigen Zugangs zu Medikamenten in Entwicklungsländern erweisen sollten, ist dies natürlich letztlich nur ein kleiner Beitrag zur Korrektur der Auswirkungen einer liberalen Weltwirtschaftsordnung im Bereich der Weltgesundheitspolitik (vgl. dazu etwa Oxfam 2002a, CIPR 2002, aber auch die Argumentation der Pharma-Industrie²²), wie u.a. auch der südafrikanische Fall zeigt. Es muss nicht nur sichergestellt werden, dass die Armen einen Zugang zu preisgünstigen Medikamenten haben und dass eine ausreichende Forschung zur Entwicklung von Medikamenten und Behandlungsverfahren für Krankheiten, von denen vor allem Arme betroffen sind, betrieben wird, sondern dass auch die in-

frastrukturellen Voraussetzungen für eine entsprechende ärztliche Versorgung gegeben ist. Der ständige Finanzdruck, unter dem arme Länder stehen, sowie die Interessen der Eliten in diesen Ländern fördern nicht gerade die Entwicklung der Gesundheitsversorgung marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Allerdings wächst auch das Risiko für die reichen Länder nicht nur im Hinblick auf die Übertragung von Infektionskrankheiten durch Expansion von Fernreisen, sondern vor allem durch die zunehmende Resistenz von Krankheitserregern gegen Antibiotika sowie – in einem umfassenderen Sinne – durch die Auswirkungen mangelnder Gesundheitsversorgung auf die Perpetuierung von Armut und deren Konsequenzen für politische Stabilität. Dies ist sicherlich kein zu unterschätzender Faktor für die Entwicklung neuer Formen von GHG im Spannungsfeld von Neoliberalismus und einer armutsorientierten Krankheitsbekämpfung.

In diesem Rahmen ist die Dynamik von GHG in den 1990er Jahren zu sehen. Das Entstehen und der rasche Bedeutungsgewinn von GPPPs stellt nicht die einzige Veränderung im Bereich globaler Gesundheitspolitik dar, als Beispiel freiwilliger Kooperation zur Lösung globaler öffentlicher Aufgaben ist es allerdings eine institutionelle Form, die der für die letzten zwanzig Jahre typische Zurückdrängung der traditionellen Rolle formeller staatlicher Intervention entspricht. Kann freiwillige Umverteilung als Form rationaler Problemlösung in der liberalen Weltgesellschaft gesehen werden? Sieht man sich den Umfang der zur Disposition stehenden Ressourcen an, dann bleiben allerdings selbst der Vaccine Fund und der GFATM vergleichsweise unbedeutend gegenüber dem Umfang ökonomischer Transaktionen, aber auch gegenüber bi- und multilateraler staatlicher Kooperation.

Mit dem institutionalisierten Einbezug privatökonomischer und zivilgesellschaftlicher politischer Kräfte in transnationale Problemlösungsprozesse können GPPPs allerdings – abgesehen von der (möglichen) Lösung ihrer spezifischen Aufgaben – als ein interessanter Beitrag zur Entwicklung einer globalen *Polity* angesehen werden, d.h. der Entwicklung von politischen Aushandlungsprozessen zwischen grundsätzlich miteinander im Konflikt stehenden politischen Akteuren jenseits von Verhandlungen zwischen nationalstaatlichen Regierungen.

So verstanden ist klar, dass GPPPs vor dem Hintergrund von Machtkämpfen sowohl um konkrete Problemlösungskonzepte als auch die dahinterstehenden Gesellschaftskonzepte entstehen, in denen die Teilnehmer im Hinblick auf begrenzte Ziele (Entwicklung eines Medikaments, Bekämpfung einer Krankheit) zu Partnern werden, ohne ihre weitergehenden Interessen (pauschal ausgedrückt: Weiterentwicklung einer liberalen Weltwirtschaft vs. Kampf für eine gerechte Gesellschaftsordnung) aufzugeben. Es erscheint allerdings interessant, dass in diesen Institutionen der Einfluss von Wirtschaftsinteressen einerseits, sozialpolitisch orientierten NGOs andererseits nicht mehr durch unterschiedliche Positionen nationaler Regierungen mediatisiert werden, sondern dass nicht-staatliche

Akteure in eigenem Recht zu Entscheidungsträgern werden. Dass NGOs den Vertretern der Pharmaindustrie strukturell hoffnungslos unterlegen sind, kann nur behaupten, wer nicht sieht, dass auch das Interesse an der Lösung von Problemen sowie der Legitimität der vertretenen Ordnung ein Faktor in der Dynamik von Machtstrukturen darstellt. Andererseits stellt die Entwicklung von Parallelstrukturen zu internationalen Organisationen, die diese evtl. ausmanövrieren können, ein Problem dar, dessen Einschätzung weiterer Untersuchungen bedarf.²³

GHG wird nur erfolgreich sein, wenn sie zu einer Stärkung der betroffenen und der advokativen Gruppen führt; dabei spielt die Perspektive einer langsamen, aber sukzessiven Schaffung eines Bewusstseins globaler Verantwortung sowie von Institutionen, die Forderungen verhandelbar machen, sicherlich eine wichtige Rolle. In dieser Hinsicht stellen GPPPs einen nicht zu unterschätzenden Schritt dar, zumindest als Forum, um wirksam Forderungen an die Pharmaindustrie, aber auch an „Reiche“ zur Erhöhung von Transferleistungen zu stellen. GPPPs sind wichtig, weil sie konkrete Verbesserungen für Menschen erzielen können, die kurzfristig darauf angewiesen sind. Die zentralen politischen Auseinandersetzungen werden jedoch um Veränderungen der Welthandelsordnung sowie anderer ökonomischer und politischer Voraussetzungen einer umfassenden öffentlichen Garantie globaler Gesundheitsdienstleistungen geführt; Organisationen von der Größe des GFATM sind in diesem Zusammenhang allerdings nicht zu vernachlässigen.

Anmerkungen

- ¹ „Global Health Governance“ wird analog zu einer Definition von „Health governance“ (Dodgson/Lee/ Drager 2002: 6) verstanden als die „Aktivitäten und Mittel, die innerhalb der Weltgesellschaft benutzt werden, um die Förderung und den Schutz der Gesundheit der Weltbevölkerung voran zu treiben.“
- ² Der Begriff „neoliberal“ wird hier verwendet, um eine wirtschafts- und gesellschaftspolitische Strategie zu kennzeichnen, die im Wesentlichen im Anschluss an die Neoklassik (und in Auseinandersetzungen mit dem Keynesianismus und weitergehenden Strategien der Staatsintervention) davon ausgeht, dass der Markt den optimalen Mechanismus der Allokation ökonomischer Ressourcen darstellt und die Aufgabe des Staates sich daher auf die konsequente Durchsetzung einer stabilen (und demokratischen?) Rechtsordnung und evtl. auf Interventionen zur Verhinderung von Marktversagen beschränken soll. Umstritten ist dabei die Rolle des Staates bei der Gewährleistung öffentlicher Güter (sowie deren Definition).
- ³ Abkürzungen: GATT = General Agreement on Tariffs and Trade; TBT = Abkommen über Technical Barriers to Trade; SPS = Abkommen über Sanitary and Phytosanitary Measures; TRIPS = Trade-related Intellectual Property Rights; GATS = General Agreement on Trade in Services.
- ⁴ Im Sinne der in der angelsächsischen Politikwissenschaft seit langem gebräuchlichen Unterscheidung der (formalen und informellen) Strukturen eines politischen Systems als „polity“ von „politics“ und „policies“. Zum Konzept der „global polity“ vgl. Ougaard 1999 und Ougaard/Higgott 2002.

- ⁵ Die Diskussion darüber ist vor allem von der London School of Hygiene and Tropical Medicine in einer Reihe von Veröffentlichungen angeregt worden (vgl. Dodgson/Lee 2002; Lee/Buse/Fustukian 2002; Lee 2003).
- ⁶ Oftmals werden auch Begriffe wie „Global Public Policy Networks“ (Reinicke/Deng 2000) oder „Global Alliances“ (Gates Foundation 2001) verwendet. Diese beziehen sich sowohl auf kaum formalisierte Formen der Interaktion privater und öffentlicher Akteure als auch auf stark institutionalisierte Mechanismen der Politikkoordination und des policy-making. Vgl. zur Problematik der Begriffsabgrenzung Buse/Walt 2002, Ollila 2003.
- ⁷ Dabei gibt es auch Gegenpositionen (vgl. z.B. Gerster 2000) und vor allem eine kontroverse Diskussion über spezifische Möglichkeiten der Kodifizierung intellektueller Eigentumsrechte (vgl. dazu vor allem ICPR 2002).
- ⁸ „Generische Medikamente“ oder „Generika“ sind chemisch identisch mit Produkten, die unter ihrem ursprünglichen Markennamen verkauft werden. Sie sind zulässig, wenn kein Patent auf das Produkt besteht, das Patent abgelaufen ist oder wenn die Originalprodukte in einem Land kopiert werden, in denen noch kein entsprechendes Patentrecht besteht. Illegal, d.h. unter Bruch des in einem Land bestehenden Patentrechts kopierte Medikamente sind keine Generika im Sinne des Patentrechts.
- ⁹ Von Juli 2000 bis April 2002 fielen die Kosten für die Basiskombination anti-retroviraler Medikamente (eine sog. „triple therapy ARV combination“) von US-\$ 10.000 auf US-\$ 700 pro Patient und Jahr. Der niedrigste Preis generischer Medikamente lag im April 2002 allerdings bei nur US-\$ 209. Wenn man berücksichtigt, dass zu diesen Ausgaben für die Basismedikamente noch erhebliche weitere Behandlungskosten kommen, dann wird deutlich, dass selbst zu dem Preis für generische Produkte für arme Länder mit hoher Infektionsrate ein universelles Behandlungsangebot von HIV-Infizierten mit anti-retroviralen Therapien aus eigener Kraft nicht finanzierbar ist: Die durchschnittlichen jährlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den EL mit niedrigem Einkommen liegen bei US-\$ 23, vgl. CIPR 2002: 31.
- ¹⁰ Art. 8, TRIPS Agreement: „practices which unreasonably restrain trade or adversely affect the international transfer of technology“.
- ¹¹ Dies wird i.a. als „Bolar“-Regelung bezeichnet (nach einem US-Pharma-Unternehmen, das 1984 eine entsprechende Gesetzgebung in den USA voranbrachte). Diese Regelung wurde im Jahre 2000 durch ein Streitschlichtungsverfahren bestätigt.
- ¹² Eine detailliertere Darstellung des Konfliktes und der einzelnen Positionen ist an dieser Stelle nicht möglich; vgl. die detaillierte Berichterstattung im Rahmen der e-mail-Liste ip-health sowie auf der Webseite www.cp-tech.org.
- ¹³ Im Gesundheitsbereich existieren mittlerweile mehr als 80 GPPPs (vgl. Database der Initiative on Public-Private Partnerships for Health: www.ippph.org). Diese unterscheiden sich zum Teil wesentlich hinsichtlich ihrer Zielsetzung (z.B. Bekämpfung bestimmter Krankheiten, Entwicklung von Impfstoffen, Förderung der Forschung, Zugang zu Medikamenten), der Anzahl und Art ihrer Partner (Regierungsvertreter aus IL und EL, bilaterale Geberorganisationen, internationale Organisationen, NGOs, Industrieunternehmen und -verbände, Arbeitnehmervertretungen, Stiftungen, akademische Einrichtungen), ihrer Organisationsstruktur (von kaum formalisiert bis stark institutionalisiert, von legal unabhängig bis in einer Institution eingegliedert) und der Art ihrer Aktivitäten (z.B. Entwicklung von Produkten, Distribution von Produkten, Koordination globaler Aktivitäten, Agenda-Setting, Bereitstellung von Health Services, Förderung von Verhaltensänderungen). Mehr als 1/3 dieser GPPPs konzentrieren sich auf die drei wichtigsten armutsbezogenen Krankheiten AIDS/HIV, Tuberkulose und Malaria.
- ¹⁴ www.mmv.org; vgl. hierzu: Ridley u.a. 1999.
- ¹⁵ www.tballiance.org.
- ¹⁶ www.iavi.org; vgl. hierzu: Berkley/Lenton 1999.
- ¹⁷ www.vaccinealliance.org; vgl. hierzu: Muraskin 2002, Brugha/Starling/Walt 2002.

- ¹⁸ www.taskforce.org/mechome.html; vgl. Frost/Reich 1998, Frost/Reich/Fujisaki 2002.
- ¹⁹ Eine Ausnahme stellt hier die Accelerating Access Initiative (AAI) dar, die nicht nur Fragen der Bereitstellung, sondern auch der Preisgestaltung fokussiert. Durch die Kooperation von fünf Internationalen Organisationen (WHO, UNAIDS, UNICEF, UNDP, Weltbank) und fünf Pharmakonzernen sollen Preissenkungen für anti-retrovirale Therapien in der Behandlung von HIV/AIDS ermöglicht werden; bisher allerdings wurden entsprechende Abkommen im Bezug auf die Preisgestaltung erst für 13 Staaten ausgehandelt (www.unaids.org/acc_access) vgl. kritisch hierzu: Gellman 2000, HAI 2001.
- ²⁰ Die Summe von mind. 10 Mrd US-\$ erscheint hoch, doch weist Oxfam darauf hin, dass dies in etwa den weltweiten Militärausgaben in vier Tagen bzw. den Kosten für 100 Eurofighter resp. den Kosten für Agrarsubventionen in der OECD in 10 Tagen entspricht. (Oxfam 2002b).
- ²¹ Bisher haben beispielsweise die USA nur 31% der Summe eingezahlt, die sie im Verhältnis zu ihrem Anteil am Welt-BIP zahlen müssten (vgl. Rivers 2003); dass von den angekündigten 15 Mrd. US-\$ der USA für die AIDS-Bekämpfung in den nächsten fünf Jahren nur 200 Mio US-\$ pro Jahr an den GFATM fließen, ist ebenfalls ein Indiz für ein unzureichendes finanzielles Engagement gegenüber dem GFTAM.
- ²² Die International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association (IFPMA) bringt dieses Argument als Kritikpunkt am Bericht der Commission on Intellectual Property Rights, Stellungnahme vom 13.9.2002 (vgl. www.ifpma.org und www.iprcommission.org).
- ²³ Vgl. dazu etwa die Anmerkungen von Hüfner (2002: 14f.) sowie Buse/ Walt (2002a: 61).

Literatur:

- Berkley, S.; Lenton, C. (1999): *The International AIDS Vaccine Initiative*. Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, June 8-11 1999. Genf.
- Brugha, Ruairí; Starling, Mary; Walt, Gill (2002): "GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund". In: *The Lancet*, Vol. 359, Feb. 2, S. 435-438.
- Buse, Kent; Walt, Gill (2000a): "Global public-private partnerships. Part I: A new development in health?". In: *Bulletin of the WHO*, 78 (4): S. 549-561
- Buse, Kent; Walt, Gill (2000b): "Global public-private partnerships. Part II: What are the health issues for global governance?". In: *Bulletin of the WHO*, 78 (5): S. 699-709.
- Buse, Kent; Walt, Gill (2002a): "Globalisation and Multilateral Public-Private Health Partnerships: Issues for Health Policy". In: Lee/Buse/Fustukian (Hg.) 2002: S. 41-62.
- Buse, Kent; Walt, Gill (2002b): "The WHO and Global Public-Private Partnerships: In Search of 'Good' Global Health Governance". In: Reich 2002: S. 169-195.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001): *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva.
- Commission on Intellectual Property Rights (CIPR) (2002): *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy*, London.
- CRS (2002): *The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria: Background and Current Issues*; download von: www.aidspan.org/docs/gfo36.pdf.
- Diaz-Bonilla, Eugenio; Babinard, Julie; Pinstруп-Andersen, Per; Thomas, Marcelle (2002): "Globalization and Health: Opportunities and the Risks for the Poor in Developing Countries", In: *Nord-Süd aktuell*, xvi. Jg., Heft 3: S. 417-425.
- Dodgson, Richard; Lee, Kelley; Drager, Nick (2002): *Global Health Governance: A Conceptual Review*; LSHTM/WHO Discussion Paper Nr. 1.
- Engels, Benno (2000): "Für eine konstruktivere Diskussion des "PPP"-Ansatzes in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit!" In: *Peripherie*, Nr. 77/78: S. 143-150.

- Frost, Laura; Reich, Michael R.; Fujisaki, Tomoko (2002): "A Partnership for Ivermectin: Social Worlds and Boundary Objects". In: Reich 2002: S. 87-115.
- Frost, Laura; Reich, Michael R. (1998): *Mectizan Donation Program: Origins, Experiences, and Relationships with Co-ordinating Bodies for Onchocerciasis Control*. Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health. Boston.
- Gates Foundation (2002): *Developing Successful Global Health Alliances*. Seattle.
- Gellman, Barton (2000): "A turning point that left millions behind". In: *Washington Post*, 28.12.2000
- GFATM (2003a): <http://www.globalfundatm.org/publicdoc/by-laws.pdf>.
- GFATM (2003b): <http://www.globalfundatm.org/files/PPguidelines2nd.pdf>.
- Gerster, Richard (2000): "Patents as Obstacle to Development. World Trade Roles Threaten India's Pharmaceutical Industry", in: *Development and Cooperation*, Nr. 6: S. 4-5.
- HAI 2001: "Is Equitable Pricing the Answer". In: *HAI-News*, July-September.
- Hein, Wolfgang (2001): "Weltgesellschaft: Entgrenzung, Entwicklung, Empowerment und Emanzipation". In: *Peripherie*, 21. Jg., Nr. 83: S. 36-77.
- Hoering, Uwe (1998): „Public-Private Partnership – (Nur ein) neues Instrument oder eine neue Epoche der Entwicklungspolitik?“ In: *Peripherie*, Nr. 72: S. 6-24.
- Hüfner, Klaus (2002): „Private-Public Partnership im System der Vereinten Nationen“, in: Brigitte Hamm (Hg.), *Public-Private Partnership und der Global Compact der Vereinten Nationen*, Duisburg (INEF Report, Nr. 62): S. 4-16.
- IPPPH 2001: *Public-Private Partnerships for health and guaranteeing drug delivery through health systems: issues needing further analysis; report of a meeting hosted by the LSHTM*, September 27-28 2001.
- Kaul, Inge (Hg.) (2003) *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, Oxford.
- Kaul, Inge; Grunberg, Isabelle; Stern, Marc A. (Hg.) (1999): *Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century*. New York.
- Kettler, Hannah (1999): *Updating the cost of a new chemical entity*; Office of Health Economics. London.
- Koivusalo, Meri (2002): "Global Governance, Trade and Health Policy". In: *Nord-Süd aktuell*, xvi. Jg., Nr. 3: S. 437-446.
- Kumaranayake, Lilani; Lake, Sally (2002): "Regulation in the Context of Global Health Markets". In: Lee/Buse/Fustukian: S. 78-96.
- Lee, Kelley/Jeff Collin (2001): *A Review of Existing Empirical Research on Globalization and Health, Background Paper for Annual Meeting of WHO/HSD Scientific Resource Group on Globalization and Health*, London.
- Lee, Kelley; Buse, Kent / Fustukian, Suzanne (Hg.) (2002): *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge.
- Lucas, Adetokunbo O. (2002): "Public-Private Partnerships: Illustrative Examples. In: Reich 2002: S. 19-39.
- MSF (2000): "Hidden Price Tags". In: *Report on the HAI Europe/BUKO Pharma-Kampagne Seminar*, 3. November 2000; download von: www.haiweb.org/campaign/PPi/seminar200011.html.
- Muraskin, William, (2002): "The Last Years of the CVI and the Birth of the GAVI". In: Reich 2002: S. 115-168.
- Ollila, Eeva (2003): "Global Health-Related Public-Private Partnerships and the United Nations", *GASPP Policy Brief* Nr.2, Jan. 2003.
- Ougaard, Morten (1999): *Approaching the Global Polity*. Coventry (CSGR Working Paper Nr.42).
- Ougaard, Morten; Higgott, Richard (2002): *Towards a Global Polity*, London.
- Oxfam (2002a): *Beyond Philanthropy: the pharmaceutical industry, corporate social responsibility and the developing world*. Oxford.
- Oxfam (2002b): *False Hope or New Start? The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria*; Oxfam Briefing Paper 24, Juni 2002. Oxford.

- Ranson, M. Kent u.a. (2002): "The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements", in: Lee/Buse/Fustukian: S. 18-40.
- Reich, Michael R. (Hg.) 2002: *Public-Private Partnerships for Public Health*. Cambridge.
- Reinicke, Wolfgang H.; Deng, Francis (2000): *Critical Choices. The United Nations, Networks and the Future of Global Governance*. Ottawa.
- Ridley, Robert G.; Gutteridge, Winston E.; Currat Louis J. (1999): *New Medicines for Malaria Venture: A case study of the establishment of a public sector – private sector partnership*. Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, June 8-11, 1999. Genf.
- Rivers, Bernard (2003): *How much money does the Global Fund need? How much does it have?*; download von: www.aidspace.org/docs/gfo55.pdf
- Savedoff, William D.; Schultz, T. Paul (Hg.) (2000): *Wealth from Health. Linking Social Investments to Earnings in Latin America*, Washington, D.C. (Inter-American Development Bank).
- Shretta R. u.a. (2000): "Sustainability, affordability and equity of corporate drug donations: the case of Malarone". In: *The Lancet*, Vol. 355 (9216): S. 1718-1720.
- Trouiller, Pierre u.a. (2002): "Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure". In: *The Lancet*, Vol. 359, June 22: S. 2188-2194.
- Webber, David; Kremer, Michael (2001): "Perspectives on stimulating industrial research and development for neglected infectious diseases", in: *Bulletin of the WHO*, 79 (8): S. 735-741.
- Wheeler, Craig; Berkley, Seth, (2001): "Initial lessons from public-private partnership in drug and vaccine development". In: *Bulletin of the WHO*, 79 (8): S. 728-734.
- Widdus, Roy (2001): "Public-Private Partnerships for Health: their main targets, their diversity, and their future directions". In: *Bulletin of the WHO*, 79 (8): S. 713-720.
- World Health Organization (WHO) (2000): *Report on Infectious Diseases 2000. Overcoming Antimicrobial Resistance*, Geneva.
- World Health Organization/World Trade Organization (2002): *WTO Agreements & Public Health*. Geneva.

Anschrift der Autorin:

Sonja Bartsch
Institut für Politische Wissenschaft
Universität Hamburg
Allendeplatz 1
D – 20146 Hamburg
Email: bartsch@sozwi.sozialwiss.uni-hamburg.de

Anschrift des Autors:

Wolfgang Hein
Deutsches:Übersee-Institut
Neuer Jungfernstieg 21
D – 20354 Hamburg
Email: hein@duei.de