

GKKE-Schriftenreihe

Heft

65

25 Jahre GKKE Pharmadialog

Auswertung und Beiträge zur
kritischen Reflexion

GKKE

Gemeinsame Konferenz
Kirche und Entwicklung
Joint Conference Church
and Development



25 Jahre GKKE Pharmadialog

Auswertung und Beiträge zur
kritischen Reflexion

GKKE

**Gemeinsame Konferenz
Kirche und Entwicklung**
Joint Conference Church
and Development



In der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE) arbeiten Brot für die Welt – Evangelischer Entwicklungsdienst und die Deutsche Kommission Justitia et Pax zusammen. Zu ihren Aufgaben gehören die Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen und der Dialog mit Politik und gesellschaftlichen Organisationen zu Fragen einer gerechten und nachhaltigen Entwicklung weltweit.

25 Jahre GKKE Pharmadialog

Auswertungsbericht von PD Dr. Walter Bruchhausen und
Beiträge zur kritischen Reflexion

Evangelische Geschäftsstelle

Charlottenstr. 53/54
10117 Berlin
Geschäftsführer:
Tim Kuschnerus
eMail: info@gkke.org

Katholische Geschäftsstelle

Kaiserstr. 161
53113 Bonn
Geschäftsführerin:
Gertrud Casel
eMail: justitia-et-pax@dbk.de

Die Publikationen sind über die katholische Geschäftsstelle der GKKE zu beziehen. Als PDF-Dateien auch abrufbar unter www.gkke.org

Impressum

Gemeinsame Konferenz Kirche und
Entwicklung (GKKE), Bonn/Berlin 2017
Redaktion: Gertrud Casel / Tim Kuschnerus
Schriftenreihe der GKKE 65
ISBN 978-3-940137-76-0
Bonn/Berlin, Januar 2017

Inhaltsverzeichnis

Zur Einführung	7
-----------------------	----------

Teil A

Studie zur Auswertung des Pharmadialogs zwischen GKKE und Pharma-Industrie Bericht von PD Dr. Walter Bruchhausen	9
--	----------

Zielsetzung der Studie	9
------------------------	---

Methodik	10
----------	----

I. Chronologischer Überblick	12
-------------------------------------	-----------

Kirchliches Engagement im Bereich internationaler Gesundheit	12
--	----

Initiativen der pharmazeutischen Industrie im Bereich internationaler Gesundheit	12
---	----

Gemeinsame Ausgangspunkte: Der Studientag (1983), das Positionspapier zur Arzneimittelversorgung (1992) und das 2. Dialogprogramm der GKKE (1992-1996)	13
--	----

<i>Der Studientag (1983)</i>	13
------------------------------	----

<i>Aufnahme des kontinuierlichen Dialogs</i>	14
--	----

<i>Das gemeinsame Positionspapier von 1992 und sein Weiterwirken</i>	15
--	----

Die Sitzungen des AK und ihre thematischen Schwerpunkte	17
<i>Ab 1992/1993: Zwei Sitzungen mit dem BPI</i>	17
<i>Ab 1994 mit dem VFA: Qualität von Information, Sortiment und Produkt</i>	18
<i>Ab 2000: HIV/AIDS</i>	19
<i>Ab 2005: Armutsassoziierte Tropenkrankheiten</i>	20
<i>Ab 2009: Fachkräftemangel</i>	20
<i>Ab 2011: Aktuelle gesundheitspolitische Themen</i>	21

II. Themen- und Arbeitsfelder des Pharmadialogs 1991-2016 **22**

Analyse des Arzneimittelmarktes	22
Verbesserung der Produktinformationen von Arzneimitteln in Entwicklungsländern	23
Durchforstung des Sortiments in Entwicklungsländern auf fragwürdige Präparate	24
Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV	24
Lobbyarbeit bei Bundesregierung und Bundestag	25
Begleitende Diskussion von Projekten der beteiligten Akteure	25
Aufdeckung von Medikamentenfälschungen: Das Mini-Lab	26
Aufzeigen der Versorgungs- und Zugangsprobleme für Arzneimittel in Entwicklungsländern	26
Information über Forschungs- und Entwicklungsbedarf bei armutsassoziierten tropischen Erkrankungen	26
Ausbildung von pharmazeutischem Personal in Tansania	27
Kooperation mit Partnern in Entwicklungsländern	27

III. Die rückblickende Bewertung der Beteiligten	29
Motivation und Frustration	29
Dialog und/oder Kooperation, Debatten oder Projekte?	31
Stärken und Schwächen	32
Trägerstruktur und Arbeitsweise, Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren	33
Auswirkungen auf Politik und Gesellschaft	34
Empfehlungen	35
IV. Bewertung des Pharmadialogs aus der Außenperspektive	37
Gesundheits- und entwicklungspolitische Bedeutung von Dialog und öffentlicher Kritik	37
Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Kirchen- und Pharma-Seite	39
Die Außenwirkung und die Bedeutung des Dialogs in der Bewusstseinsbildung	42
Kooperationen	44
Potenzielle Gefahren einer Einbindung in den Dialog	47
Die Form des Dialogs	49
V. Ausblick	51
VI. Literatur und publizierte Dokumente	54

Teil B

Kommentare aus der Perspektive der beteiligten Akteure	57
Politischer Dialog zu Gesundheit und Entwicklung Dr. Jürgen Hambrink, ehemals GKKE-Geschäftsführer (evang.)	57
Das Besondere an diesem Wirtschaftsdialog Harald Zimmer, Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa)	61
Kooperation und ihre Früchte am Beispiel Mini-Lab Professor Dr. em. Klaus Fleischer, Missionsärztliches Institut (MI)	64
Das Angebot: 40 Basisedikamente zu Sonderkonditionen Dr. Rainward Bastian, ehemals Deutsches Institut für ärztliche Mission (DIFÄM)	66
GKKE-Pharmadialog aus Sicht eines kirchlichen Hilfswerkes Astrid Berner-Rodoreda, Dr. Sonja Weinreich, Brot für die Welt	70
Pharmazeutisch-technische Ausbildung im tansanischen Gesundheitssektor in den Fokus rücken – Beitrag des GKKE Exposure- und Dialogprogrammes Jörg Hilgers, Exposure- und Dialogprogramme e.V.	74

Teil C

Nach der Auswertung: und wie geht's weiter? Gertrud Casel, GKKE-Geschäftsführung (kath.)	78
--	----

Anhang

Mitglieder der Gemeinsamen Arbeitsgruppe Kirche/Pharmaindustrie	81
---	----

Zur Einführung

Der Pharmadialog der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE), des entwicklungspolitischen Zusammenschlusses der beiden großen christlichen Kirchen Deutschlands, kann im Jahr 2016 auf eine 25jährige Geschichte zurückblicken. Nach ersten Kontakten und mehrjährigen Gesprächen zwischen GKKE und Vertretern der deutschen Pharmaindustrie kam es 1991 zur Vereinbarung eines formellen Dialogs. Erste Schritte waren die Publikation eines Gemeinsamen Positionspapiers zur „Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“ 1992 und die anschließende Einrichtung einer Arbeitsgruppe zunächst mit dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI), nach dessen Spaltung mit dem neuen Verband forschender Arzneimittelhersteller (VFA).

Es entwickelte sich ein verbindlicher strukturierter Dialog mit klaren Regeln. Die Gemeinsame Arbeitsgruppe – später auch Arbeitskreis genannt – ist von kirchlicher und Pharma-Seite mit jeweils gleicher Mitgliederzahl besetzt und trifft sich etwa zweimal im Jahr. Die Vertreter/innen kirchlicher Werke und Einrichtungen beraten sich zur Vor- und Nachbereitung der gemeinsamen Sitzungen in eigenen Treffen. Diese sogenannte Kirchengruppe bestimmt einen eigenen Sprecher oder eine Sprecherin. Im GKKE Kontext hat die Gemeinsame Arbeitsgruppe den Status einer Fachgruppe.

Das Missionsärztliche Institut, Würzburg und das Deutsche Institut für ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen, die kirchlichen Facheinrichtungen im Feld von Global Health und ihre Leitungspersonlichkeiten waren von Anfang an treibende Kräfte im GKKE Pharmadialog; Prof. Dr. Klaus Fleischer und Dr. Reinward Bastian, und später Dr. Gisela Schneider und Karl-Heinz Hein-Rothenbücher. Im Juli 2016 verstarb plötzlich und unerwartet Hein-Rothenbücher, der frühere Geschäftsführer des Missionsärztlichen Instituts Würzburg. Er war ein Motor im GKKE Pharmadialog; als früherer Vorsitzender und Sprecher der Kirchengruppe hatte er großen Anteil an seinen Erfolgen. Mehr als seinen Beitrag in diesem Heft vermissen wir ihn als Impulsgeber und immer wieder ermutigenden kritischen Ratgeber.

Die GKKE hat den Arzt und Theologen Priv.-Doz. Dr. Walter Bruchhausen mit der Auswertung des Pharmadialogs beauftragt. Durch berufliche und wissenschaftliche Beschäftigung mit Medizin v.a. in Afrika und eine medizinhistorische Qualifikation ist er mit globalen gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte bestens vertraut. Ihm sei an dieser Stelle herzlich gedankt für

die engagierte Erstellung des Berichts, insbesondere für die Bereitschaft, ihn aufgrund von Rückmeldungen aus der Fachgruppe Pharmadialog und nach der Auswertungstagung am 6./7. Juni 2016 zu überarbeiten und zu ergänzen.

Die sehr verschiedenen Perspektiven auf diesen umstrittenen Dialog zwischen Kirchen und Pharmaindustrie werden mitbestimmt von der Aufgabe der eigenen Organisation. Dies wurde nicht zuletzt bei der Auswertungstagung am 6./7. Juni in Berlin deutlich. Dort ging es um die lessons learnt, die sehr ungleiche Akteure im Gesundheitswesen wie Pharmaindustrie und Kirchen in diesem Dialog gesammelt haben. Im Bewusstsein von Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Interessen, Werten und Zielen verlief die strukturierte Zusammenarbeit sicher nicht immer reibungslos. Im Teil B dieser Publikation erläutern Kommentare der früher und heute beteiligten Akteure die Bedeutung des Pharmadialogs für die Mitwirkenden.

Der Leitungsausschuss der GKKE hat aufgrund der Auswertung die Fortführung des Pharmadialogs beschlossen. Dazu mehr im letzten Teil C „Nach der Auswertung: und wie geht’s weiter...“

Allen, die aus den Stärken und Schwächen, aus den Erfolgs- und Misserfolgskennzeichen dieses Wirtschaftsdialogs lernen wollen, aber auch jenen, die wissen wollen, was denn aus dem GKKE Pharmadialog geworden ist, wünschen wir eine ertragreiche Lektüre.

Teil A

Studie zur Auswertung des Pharmadialogs zwischen GKKE und Pharma-Industrie

Bericht verfasst von Walter Bruchhausen

im Auftrag der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE)

Zielsetzung der Studie

Zur Auswertung des Dialogs zwischen Kirchen und Pharma-Industrie sollten – nicht zuletzt im Hinblick auf mögliche zukünftige Themenfelder und Kooperationsformen – die Aktivitäten des Pharmadialogs seit seinem Beginn Anfang der 1990er Jahre anhand der gemeinsamen Stellungnahmen und Publikationen, Sitzungsprotokolle und Zeitzeugeninterviews analysiert werden.

Dabei ging es zunächst um die Herkunft und Vereinbarung, Entwicklung, Durchführung und Auswirkungen der verschiedenartigen, gemeinsamen Vorhaben. Anschließend erfolgte im Hinblick auf „Lessons learned, Stärken- und Schwächenanalyse, Erfolgs- und Misserfolgskriterien“ eine „kritische Rückschau“ (Vorschlag für den GKKE-Leitungsausschuss am 14.9.2015).

Angesichts der Eigenart der Arbeit im Pharmadialog und der grundsätzlichen Schwierigkeiten einer quantifizierenden Beurteilung von Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit in gemeinnützigen und politisch bisher weniger zentralen Bereichen konnte es dabei nicht um eine mengenmäßige Abschätzung von Wirkungen gehen. Es war allenfalls nach der Art und Qualität der Anstöße für Fach-, politische und allgemeine Öffentlichkeit zu fragen. Weitaus wichtiger waren jedoch die Einschätzungen der Beteiligten, da bei den sehr unterschiedlichen Ausgangspositionen und Interessen keine einseitige, sondern vielmehr eine differenzierte und differierende Beurteilung zu erwarten ist. Da sich die Perspektiven einiger Beteiligter in sehr ausführlichen Argumentationen von denen anderer unterschieden, schien es wenig sinnvoll, sie vollständig in diesen Bericht aufzunehmen. Diese Dialog-Beteiligten können in eigenen Kurzbeiträgen ihre Sichtweisen in der geplanten Publikation erläutern.

Methodik

Ausgewertet wurden Publikationen und Akten der GKKE in den Geschäftsstellen Bonn und Berlin sowie im Historischen Archiv der Erzdiözese Köln, in denen die Protokolle von AG-Sitzungen und Fachgruppentreffen, verschiedene relevante Dokumente anderer Herkunft als Anlagen zu den Sitzungseinladungen und -protokollen sowie Korrespondenzen und Pressestimmen archiviert sind.

Die im Historischen Archiv der Erzdiözese Köln unter 03.02. Fachgruppe GKKE archivierten Akten enthalten Gesprächs-/Sitzungsprotokolle

- zur Vorgeschichte mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie bis einschließlich 1993 (Signaturen 0474 und 0475/1993)
- des Pharmadialogs mit dem VFA 1994-1998 (Signaturen 0489 und 0490/1994-1999) und
- des Pharmadialogs mit dem VFA 1997 (Signatur 1480/1997)

Gespräche mit den Schlüsselinformanten

- Gertrud Casel, Bonn (Geschäftsführerin der GKKE)
- Karl-Heinz Hein-Rothenbücher†, Würzburg (MI Würzburg, früher Leiter der GKKE-Fachgruppe Pharmadialog)
- Harry Neyer, Meckenheim (früher GKKE-Geschäftsführung, 1996-1998 Vorsitzender des AK)
- Dr. Jürgen Hambrink, Neuenahr-Ahrweiler (früher GKKE-Geschäftsführung)
- Dr. Gisela Schneider, Tübingen (Direktorin des Difäm)
- Christoph Bonsmann, Tönisvorst (action medeor)
- Dr. Michael Rabbow (Boehringer Ingelheim)
- Harald Zimmer (VFA, früher Vorsitzender der AG Pharmadialog)

Da eine Rekonstruktion der Themen und Ergebnisse schon durch die eingesehenen Dokumente möglich war, ging es bei den Gesprächen v.a. um die Bewertung aus persönlicher und jeweiliger institutioneller Perspektive und um Ideen zu organisatorischen oder inhaltlichen Alternativen. Die Leitfragen für ein semi-strukturiertes Interview lauteten:

- Was waren in der Zeit Ihrer Mitwirkung im GKKE Pharmadialog besonders wichtige Ereignisse und Entwicklungen?
- Was hat Sie in besonderer Weise motiviert oder frustriert?
- Wo sehen Sie Stärken und Schwächen, Potenziale und Risiken des GKKE Pharmadialogs?
- Was sind für Sie entscheidende Faktoren für Erfolg oder Misserfolg?
- Wie bewerten Sie die Arbeitsweise? Ist die Sitzungshäufigkeit eher zu hoch oder zu niedrig, der Arbeitsaufwand angemessen, die Regulierung zu hoch oder zu niedrig?
- Ist das Ziel einer verbindlich geregelten Kooperation zu ambitioniert?
- Stimmt aus Ihrer Sicht die Trägerstruktur? Sind GKKE und VFA die richtigen Träger, fehlen wichtige Akteure?
- Wie sehen Sie die Wirkung
 - in der Öffentlichkeit, insbesondere der entwicklungspolitischen,
 - im politischen Dialog,
 - auf Träger der kirchlichen Entwicklungszusammenarbeit/EZ im globalen Süden und im Norden?
- Welche Anregungen hätten Sie für die Zukunft? Würden Sie die Fortsetzung empfehlen, eventuelle Änderungen befürworten? Sollte die Form eher Dialog oder Kooperation sein? Mit wem könnten Sie sich was in welcher Weise vorstellen?

Um auch die Erinnerungen und Perspektiven weiterer am Dialog Beteiligter aufnehmen zu können, wurden auch einzelne Äußerungen der Teilnehmenden bei der Tagung am 6./7. Juni 2016 in Berlin eingearbeitet.

I. Chronologischer Überblick

Kirchliches Engagement im Bereich internationaler Gesundheit

Mit der Erklärung der Konferenz von Alma Ata 1978, zu der von WHO und UNICEF eingeladen worden war, d.h. dem internationalen Bekenntnis zu Health for All by the Year 2000 und Primary Health Care, war eine gesundheitspolitische Wende zu mehr Primär- und Sekundärprävention sowie angepasster Krankenversorgung gefordert worden. Obwohl insbesondere der damit angesprochene Public Health-Sektor genuin staatliches Aufgabengebiet darstellt, wurde dies trotz politischer Absichtsbekundungen vieler Staaten und internationaler Organisationen nie genügend konsequent verwirklicht. Die Kirchen übernahmen viele präventive Aufgaben in ihre Tätigkeitsbereiche, häufig Community-based health care (CBHC) genannt, betonten aber gegenüber der nun nicht seltenen staatlichen Vernachlässigung von Krankenhäusern und anderen Behandlungseinrichtungen durchgängig ebenso die Notwendigkeit, akzeptable Krankenversorgung und Ausbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe funktionsfähig zu halten und auszubauen. Das entspricht nicht zuletzt ihrem genuinen Tätigkeitsbereich im Unterschied zur staatlichen Verantwortung, die sich über die Gewährleistung von Krankenversorgung und Public Health auf ärztliche Ausbildung und allgemeine Gesundheitspolitik erstreckt.

Der Schwerpunkt kirchlicher Gesundheitsarbeit in der Krankenversorgung lässt die Abhängigkeit von qualitativ und quantitativ befriedigender Medikamentenversorgung besonders deutlich werden, die wiederum stark auf Forschung und Entwicklung, Produktion und Vertrieb in privatwirtschaftlichen Pharma-Unternehmen basiert. Von daher ergab sich ein Interesse an einem Dialog mit entsprechenden Partnern aus der Industrie.

Initiativen der pharmazeutischen Industrie im Bereich internationaler Gesundheit

Nachdem die Weltgesundheitsorganisation sich für das Programm der unentbehrlichen Medikamente („essential drugs“) als einer Form angepasster Technologie für „Entwicklungsländer“ entschieden hatte (Chorev: 86-88), sah sie für die Sicherstellung der entsprechenden Versorgung auch Verhandlungen mit Pharmaunternehmen vor (WHO EB 1979). Deren Weltverband, die International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), hatte sich schon auf seiner Vollversammlung Ende 1978 mit dem WHO-Programm beschäftigt, und einige große Unternehmen hatten sich bereit erklärt, einige kostengünstig produzierte und speziell ausgezeichnete Medikamente für den

öffentlichen Sektor zu besonderen Bedingungen zu liefern, wenn diese in großen Mengen bestellt würden und die Bezahlung garantiert wäre (WHA A32/10: 3). Dieser Strategie entsprach auch das Interesse bundesdeutscher pharmazeutischer Unternehmen, bei der Gestaltung des neuen Modells öffentlicher Arzneimittelversorgung mitzuwirken. In einer eigenen Stellungnahme, die auch dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit zuzuging, formulierte der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) am 25.9.1979 seine Vorstellungen für den "Beitrag deutscher Pharma-Unternehmen zur Entwicklung des Gesundheitswesens ärmster Entwicklungsländer". Er erklärte darin die Bereitschaft, beim „Aufbau einer medizinischen und medikamentösen Basisversorgung für die Landbevölkerung ärmster Entwicklungsländer sowie an der Herstellung notwendiger Infrastrukturen mitzuwirken“ (Bundesarchiv Koblenz B/213/11229). Zusammenarbeit konnte sich der BPI ausdrücklich auch „mit den Kirchen“ vorstellen. Er betonte, dass es sich angesichts der weltweiten Größenordnungen beim möglichen deutschen Beitrag nur um ein Pilotprojekt handeln könnte, und konkretisierte zwei Angebote, nämlich „Basisarzneimittel zu Sonderkonditionen“ und „Mithilfe beim Aufbau“. Bei Ersterem handelte es sich darum, „40 Basisarzneimittel und Impfstoffe unter generischer Bezeichnung in bedarfsgerechter Zubereitung und Verpackung zu Sonderkonditionen“ zu liefern, ausdrücklich nur für den „Public-Sektor“. Das zweite, wesentlich komplexere Angebot beinhaltete Hilfe bei der Ausbildung von medizinischem Hilfspersonal, u.a. durch Bereitstellung von Lehrmaterial, bei der Einrichtung von Arzneimittelversorgungssystemen und bei der staatlichen Qualitätskontrolle u.a. dadurch, dass Analyseprotokolle und 50 Ausbildungsplätze für 6 Monate zur Verfügung gestellt würden, sowie Kooperation bei Heilpflanzenanbau, Forschung und Entwicklung von „Tropen-Präparaten“ und Beratung lokaler „Herstellbetriebe“. Voraussetzungen waren eine klare Abgrenzung zum Privatmarkt, Übernahme der Folgekosten durch den Projektpartner und Fünfjahresverträge für die deutschen Unternehmen.

Gemeinsame Ausgangspunkte: Der Studientag (1983), das Positionspapier zur Arzneimittelversorgung (1992) und das 2. Dialogprogramm der GKKE (1992-1996)

Der Studientag (1983)

Als erster Schritt wurde in der Folge des ersten Dialogprogramms der GKKE „Entwicklung als internationale soziale Frage“ (1977-1979) von evangelischer Seite 1983 ein Studientag zur „Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“ veranstaltet (Lefringhausen 1983). In seinem Vorwort mahnte der damalige GKKE-Geschäftsführer Klaus Lefringhausen: „Im Streit um die richtige Pharma-

politik in der Dritten Welt kann es keine Sieger und Besiegten geben. Allenfalls wird derjenige zu den Besiegten zählen, der Lernchancen vertut, weil er glaubt, seine Position auf jeden Fall und unbeirrt durchhalten zu sollen, oder derjenige, der Argumente anderer mit Motivanalysen beantwortet, indem er sie entweder als interessenbefangen abtut oder mit Kommunismus-Verdacht belegt“ (S. 7). Dies ist eine Sichtweise, die auch ein Jahrzehnt später in der Kritik an der BUKO-Pharma-Kampagne wegen deren „Gewinner-Verlierer-Einstellung“ erneut betont wird (Protokoll des Dialog-Treffens v. 7.12.1993) und damit offenbar recht charakteristisch für das Dialog-Vorhaben werden sollte.

Die kirchliche Seite betonte 1983 ihre Motivation, nämlich zugleich Über- und Unterversorgung mit Medikamenten, z.B. angesichts des damals aktuellen Zusammenbruchs der Medikamenten-Importe in Tansania, sowie internationale Repression bei nationalen Maßnahmen der Marktregulierung wie damals kurz zuvor in Bangladesh abzubauen (Klaus Wilkens). Von Seiten des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (DIFÄM) wurden konkrete Anforderungen an eine verantwortungsvolle Medikamentenversorgung aufgelistet (Reinward Bastian). Die Pharma-Seite betonte ihre Leistungen und ihr Interesse an Marken- und Patentschutz sowie an konkreten Kooperationen zur Förderung der personellen und materiellen Voraussetzungen der Medikamentenversorgung, was bis dahin mit UN-Organisationen und nationalen Regierungen nicht gelungen wäre, aber vielleicht mit den kirchlichen Gesundheitsdiensten möglich werden könnte (Gert von Breidenbach). Die BUKO-Pharma-Kampagne bekräftigte ihre Ablehnung nicht-unentbehrlicher Medikamente, irreführender Produktinformationen und überhöhter Preise und beklagte die geringen Investitionen in „Tropenforschung“ (Jörg Schaaber).

Aufnahme des kontinuierlichen Dialogs

Ein kontinuierlicher Dialog der GKKE mit dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) zu diesen Themen kam jedoch erst Anfang der 1990er Jahre zustande, nicht zuletzt durch den hohen persönlichen Einsatz des damaligen GKKE- und Justitia et Pax-Geschäftsführers Prälat Aigner und die Neuauflage des Dialogprogramms der GKKE ab 1992 (Kulesa/Neyer/Ott 1997). U.a. führte die überwiegend konfrontative Pharma-Kritik der BUKO-Pharma-Kampagne zu der Frage, ob ein Gesprächsprozess nicht der sinnvollere Weg zu Verbesserungen darstellen könnte.

Aufgrund der Zuständigkeitsbereiche von Pharma-Unternehmen und des genannten speziellen kirchlichen Engagements im Gesundheitsbereich, das sich von staatlicher Entwicklungsarbeit nicht zuletzt durch eine größere Nähe zur

medizinischen Versorgung vor Ort unterscheidet, entstanden dabei charakteristische Schwerpunkte:

- Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln, einschließlich der Themen Produktion, Werbung, Produktinformation, Preisgestaltung, Sortiment, Fälschungen und Schenkungsprogrammen,
- Forschung und Entwicklung zu vernachlässigten Krankheiten
- und schließlich Ausbildung von pharmazeutischem Personal.

Das gemeinsame Positionspapier von 1992 und sein Weiterwirken

Die zentrale Aussage des nach längerer Arbeitsphase und Diskussion zwischen GKKE- und BPI-Vertretern verabschiedeten Papiers war die Unterscheidung von zwei Formen des Arzneimittelmarkts, über deren Beschreibung und Bewertung bereits grundlegende Unterschiede zwischen Pharmaunternehmen und Kirchen bestanden. Deshalb wurden die neutralen Bezeichnungen Markt A und B gewählt. Markt A ist der für deutsche Pharmaunternehmen interessantere Markt mit zumeist noch nicht als Generika produzierten Präparaten und privatwirtschaftlichem Vertrieb, während Markt B die für kirchliche Gesundheitseinrichtungen wichtigere Versorgung mit den nach WHO-Liste unentbehrlichen Medikamenten beinhaltet, die als Generika in größeren Lieferungen und entsprechenden Packungsgrößen eingekauft werden.

Es ist bemerkenswert, dass bei den Lösungsvorschlägen ein entsprechender Arbeitskreis nur für Markt B vorgeschlagen wurde, obwohl die deutschen Unternehmen, zu denen damals noch die Generika-Hersteller gehörten, weitaus überwiegend in Markt A vertreten waren und einige der für Markt B genannten Problemkreise beide Formen von Markt betreffen (GKKE 1999: 26). Als Fragen für Pilotuntersuchungen dieses Arbeitskreises wurden nämlich aufgelistet:

- Geldverschwendung durch Überdosierungen oder unsinnige Medikationen
- Versorgungslücken und deren Behebung
- Missverständnis von Informationen und Werbeaussagen bei bestimmten Zielgruppen
- Maßnahmen zur größtmöglichen Wirkung
- Bekämpfung von Krankheitsursachen

d.h. zusammenfassend: Über- und Unterversorgung, Fehlinformation, Optimierung und Krankheitsursachenbekämpfung, wobei Letzteres – außer in der Sanierung von Erregerreservoirien wie bei der Bilharziose – zum weitaus größeren Teil nicht in den Bereich der Arzneimittelversorgung fällt.

Zentrale Themen der weiteren Arbeit wurden die mittleren der genannten, nämlich Defizite in Versorgung und Information. Die Überdosierungsfrage wurde nicht mehr verfolgt, die Debatte über „irrationale Medikamente“ bildete bei der Untersuchung der Sortimente den zentralen Punkt.

Die Arbeit der Ärztebesucher: Nicht nur in Industrienationen, sondern gerade auch in „Entwicklungsländern“¹, in denen die Ärzteschaft nach bereits häufig informativ eingeschränkter Ausbildung weniger von unabhängiger Fort- und Weiterbildung sowie unabhängigen aktuellen Informationen profitieren kann, ist der Einsatz von Vertreterbesuchen umstritten. Entsprechend beschäftigten sich in der ersten gemeinsamen Publikation von 1992 zur Arzneimittelversorgung drei von insgesamt vier Anlagen mit ihnen, nämlich aus Sicht der WHO, von Ciba-Geigy und des Difäm. Rein quantitativ überwog die Aufzählung von Risiken gegenüber der von Nutzen, was natürlich kein abschließendes Urteil bedeutet, insbesondere da Risiken bei Einhaltung der WHO-Kriterien von 1988 vermindert werden könnten. Im folgenden Pharmadialog zwischen GKKE und VFA(-Mitgliedsunternehmen) spielten die Ärztebesucher zunächst keine nennenswerte Rolle mehr, d.h. sie wurden nicht zu einem über mehrere Sitzungen intensiv verfolgten Schwerpunkt.

Die Aufteilung in Markt A und B, die in der Publikation von 1992 den größten Teil des Textes strukturierte, spielte nachfolgend keine nennenswerte Rolle mehr. Zu den Gründen dafür dürften gehören, dass durch den Wechsel des industriellen Dialogpartners von BPI zu VFA Markt B an Bedeutung verlor, da die reinen Generika-Hersteller (denen v.a. indische Konkurrenten ohnehin den Weltmarkt streitig machten) ausschieden. Die seit 1996 auf ihre Produktinformationen untersuchten Präparate der VFA-Mitglieder betrafen insofern beide Markttypen, als es auch um den Vergleich von Angaben zu Markenpräparaten und Generika ging bzw. gehen sollte. Seit Mitte der 1990er Jahre, d.h. der Verfügbarkeit von ART (Anti-retroviraler Therapie), wurde die Verlagerung dieser lebensrettenden Mittel von Markt A auf B zur dominierenden Frage, d.h. die Abgrenzung der Markttypen trat in den Hintergrund.

Allgemeine entwicklungspolitische Aussagen, insbesondere die handelspolitischen zum Zusammenhang von Staatsbudgets mit den Terms of Trade bei Rohstoffpreisen, Protektionismus und Staatsverschuldung, tauchten kaum noch

¹ Die Bezeichnung „Entwicklungsländer“ wird, ebenso wie alle anderen Wortbildungen mit „Entwicklung-“, als zeit- und quellentypische Bezeichnung im Weiteren ohne Anführungszeichen verwendet, ohne das damit Präferenzen für irgendeinen Entwicklungsbegriff intendiert sind.

auf. Die bald auch von Weltbank und WHO favorisierte Sicht „Gesundheit schafft Entwicklung“ war maßgeblich. Die Strukturanpassungsprogramme/SAP der Weltbank waren zwar Themen der GKKE an anderer Stelle, wurden aber nicht als Ursache für eine Verschlechterung des Gesundheitswesens und den Zugang dazu thematisiert.

Die Sitzungen des AK und ihre thematischen Schwerpunkte

Ab 1992/1993: Zwei Sitzungen mit dem BPI

In dieser Anfangsphase des regelmäßigen Dialogs musste sich der Teilnehmerkreis erst konsolidieren, die ursprünglich geplanten drei bis vier Treffen pro Jahr (Prälat Aigner an Prof. Diesfeld, 14.1.1993) erwiesen sich offenbar als langfristig nicht realisierbar. Auch die ursprünglich geplante Einbindung einzelner Experten, die nicht zu kirchlichen und pharmazeutischen Akteuren gehörten, gelang nur teilweise und vorübergehend. Der Direktor des Heidelberger Universitätsinstituts für Tropenhygiene und Öffentliche Gesundheit Prof. Hans Jochen Diesfeld war als Vertreter des Arbeitskreises Medizin in der Entwicklungszusammenarbeit (AKME) und deutsche akademische Autorität in der Gesundheitsversorgung für Entwicklungsländer in den ersten Sitzungen dabei. Hingegen gelang die Beteiligung der BUKO Pharma-Kampagne nicht, da diese nach ihrer scharfen Kritik am gemeinsamen Positionspapier von GKKE und BPI nun für ihre Teilnahme am Dialog die Bedingung setzte, dass die Pharma-Seite im Dialog für ihre Mitgliedsunternehmen verbindliche Zusagen machen sollte (Jörg Schaaber/BUKO an Dr. Bastian und Doris Peschke, 7.4.1992) – was angesichts des begrenzten Mandats des BPI unerfüllbar war. So konnte trotz anfänglicher Interessensbekundung (Schulte-Sasse/BUKO an Prälat Aigner, 26.2.1993) der mehrfach als „Patientenvertreter“ eingeladene Dr. Hermann Schulte-Sasse nicht für eine Mitarbeit gewonnen werden.

Schwerpunkte des Dialogforums waren die Fragebogenaktion zur Arzneimittelversorgung, die innerhalb von Pharmaunternehmen und kirchlichen Einrichtungen durchgeführt wurde, und die Studie in Indien zur Arzneimittelnutzung. Die inhaltliche Auseinandersetzung erfolgte anhand von verschiedenen Publikationen, so aus dem World Health Forum der WHO, aus der Fachzeitschrift „Tropical Doctor“ und zum Weltentwicklungsbericht der Weltbank 1993 „Investing in health“, der als Rückenwind für die Anliegen des AK empfunden wurde. Kontroverse Sichtweisen wurden vor allem in der Frage der Preisgestaltung für Medikamente sichtbar, zu der es 1993 eine eigene Tagung in Basel gab.

Es kam nur zu zwei Sitzungen des im gemeinsamen Positionspapier vorgeschlagenen Arbeitskreises. Denn nach mehrmonatigen Auseinandersetzungen traten im Herbst 1993 die forschenden deutschen Arzneimittelhersteller, die 90% des deutschen Medikamentenexports leisteten, aus dem BPI aus. Damit fehlten die wichtigsten Partner, die für Mai 1993 geplante Sitzung fand schon nicht mehr statt und eine Neuauflage des Dialogs mit einem neuen Partnerverband, dem neu gegründeten VFA, wurde von der GKKE ins Auge gefasst.

Ab 1994 mit dem VFA: Qualität von Information, Sortiment und Produkt

1994 wurde der neue Arbeitskreis/AK mit dem Verband forschender Arzneimittelhersteller/VFA gegründet, die konstituierende Sitzung fand im Mai 1995 statt. Als verlässliche Arbeitsgrundlage formulierte der AK ein Arbeitspapier zu seinem Auftrag und seiner Arbeitsweise, das von den beiden Trägern der GKKE, der damaligen Arbeitsgemeinschaft Kirchlicher Entwicklungsdienst/AGKED und Justitia et Pax gebilligt wurde (Aktennotiz vom 12.3.1996).

Neben Vertretern von Kirchen und Pharmaindustrie waren jetzt keine eigenständigen Vertreter von AKME und Patienten vorgesehen, die entsprechende fachliche Expertise wurde nun durch Aufnahme einschlägig ausgewiesener Mitglieder innerhalb der kirchlichen Mitgliederschaft gewährleistet.

1996 gelang es jedoch, drei BUKO-Vertreter zu einer Sitzung einzuladen, in die sie ein vorbereitetes Statement über Voraussetzungen einer Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie einbrachten. In den Hauptpunkten verbindlicher Zusagen, die der VFA für seine Mitgliedsunternehmen nicht machen kann, und Marktrücknahme aller irrationalen, d.h. laut BUKO negativ monographierten oder nicht in Deutschland zugelassenen Medikamente in „Entwicklungsländern“ konnte keine Einigkeit erzielt werden (Protokoll der AK-Sitzung vom 4.11.1996). Anschließend ließen die Pharmaunternehmen die öffentliche Fachdiskussion und BUKO die Einzelgespräche mit Firmen platzen.

Inhaltlich waren die Schwerpunkte im Pharmadialog recht umschrieben: „Drei Themen beherrschten die Dialogrunden in den 90er Jahren: Die Aussagen der Beipackzettel in den Ländern des Südens, die Sortimentsgestaltung und die Qualitätskontrolle der Produkte“ (Fleischer 2010, 19). Eine gewisse Ungeduld war dabei spürbar: Mehrfach wurde der Wunsch geäußert, „handlungsorientiertes Vorgehen“ solle stärker und in der Öffentlichkeit deutlich gemacht werden, „daß es der Arbeitsgruppe nicht nur um Gespräche, sondern auch um konkrete Aktionen gehe.“ (Protokoll der Sitzung vom 11.4.1996). Zwei Jahre

später waren in einer zusammenfassenden Bewertung des Zeitraums 1996-1998 die GKKE-Vertreter „mit dem Erreichten nicht zufrieden“, wollten „mehr und konkrete Ergebnisse im Hinblick auf die Umsetzung der im gemeinsamen Positionspapier akzeptierten Grundsätze“. Die VFA-Vertreter lobten besonders die „konstruktive Atmosphäre“ statt „Konfrontationskurs“, sahen die Ergebnisse zur Produktinformation und die VFA-Umfrage zur Arzneimittelversorgung als Erfolg und erkannten weiteren Handlungsbedarf an (Neyer, Bericht 1996-1998).

Ab 2000: HIV/AIDS

Die HIV/AIDS-Pandemie veränderte die Frage der Arzneimittelversorgung grundlegend. Bis dahin war kaum ein Medikament der WHO-Liste unentbehrlicher Arzneimittel patentgeschützt – die BUKO Pharma-Kampagne nannte hier als Ausnahmen namentlich nur das Wurmmittel Praziquantel, das Mittel gegen Flußblindheit Ivermectin und das Malariamittel Mefloquin (BUKO, Stellungnahme 1991 bzw. 1992), überwiegend (bis auf das reisemedizinisch begrenzt interessante Mefloquin) Wirkstoffe, die angesichts ihres rein tropischen bzw. eher veterinärmedizinischen Marktes für die Unternehmen wenig gewinnversprechend waren und zum größten Teil auf Spenden- bzw. Schenkungsprogramme („drug donation programmes“)² hinausliefen. Jetzt waren mit den anti-retroviralen Wirkstoffen neue, aus großen Forschungsvorhaben für Patienten in Industrienationen entwickelte Präparate auf dem Markt, deren aktuelle Verkaufspreise bei dauerhafter Einnahme das Gesundheitsbudget fast jedes subsaharischen afrikanischen Landes und vieler anderer sprengen würden. Entsprechend beschrieb Fleischer den Pharmadialog dieser Zeit: „Seit 2000 stehen die Preise für antiretrovirale Medikamente (ARVs) in der Dritten Welt, die Frage der Lizenzen auf Patente und das TRIPS-Abkommen (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) im Vordergrund“ (Fleischer 2010, 19). Nach außen sichtbares Ergebnis war 2001 die Gemeinsame Stellungnahme „Grundlagen für konzertierte Maßnahmen gegen die HIV/Aids-Pandemie“ (GKKE/vfa 2002), die am Welt-AIDS-Tag, dem 1.12.2001, vorgestellt wurde.

Für den Pharmadialog stellte sich insbesondere auf kirchlicher Seite angesichts der erforderlichen Expertise und Lobby-Arbeit nun wieder die Frage einer Einbindung weiterer Akteure. Deshalb wurden Gespräche und Sondierungen zu verschiedenen kirchlichen und nicht-kirchlichen Organisationen aufgenommen. Schließlich kam der AK zu dem Ergebnis, dass damals die kirchlichen Hilfswerke

² Boehringer Ingelheim wählte häufig die Übersetzung Schenkungsprogramm, Merck bevorzugt Spendenprogramm.

(Brot für die Welt, Misereor, Caritas International, Missio) angesichts fehlender Gesundheitsreferate bzw. -projekte genügend durch MI und DIFÄM repräsentiert wären. Zur angedachten Einbeziehung akademischer Institutionen (kirchlicher Akademien und Hochschulen) und nicht-kirchlicher gesundheitspolitisch relevanter Akteure (Ärzte ohne Grenzen und Bundesministerien) kam es nicht (Protokoll der GKKE-Fachgruppe vom 5.10.2000).

Ab 2005: Armutsassoziierte Tropenkrankheiten

Mit der Diskussion über die Millennium Development Goals einschließlich ihrer Ansätze von Public-Private-Partnerships (PPPs) und ihrer Lücken in den Gesundheitszielen, der neuen Global Health-Bewegung v.a. an amerikanischen Universitäten und der entsprechenden Initiative von Ärzte ohne Grenzen wurde das Thema der vernachlässigten Tropenkrankheiten nach 2000 international aktuell. Der Pharmadialog, der den entsprechenden Bedarf an Forschung und Entwicklung schon in seinem ursprünglichen Positionspapier von 1992 unter den Themen mit Dissens angesprochen hatte, machte es jetzt mit der Beauftragung einer Studie durch Dr. Matthias Vennemann zu einem neuen Schwerpunkt. Damit schloss sich auch die Pharmaseite der Forderung nach vermehrter öffentlicher Förderung der Erforschung armutsassoziiierter Tropenkrankheiten an, was in die „Handlungsempfehlungen aus Anlass der Bundestagswahl 2009“ von GKKE und VFA aufgenommen wurde. Die Studie wurde in der GKKE Schriftenreihe unter dem Titel „Bekämpfung tropischer Armutskrankheiten“ veröffentlicht.

Obwohl in der Studie selbst das notwendige Fachpersonal eher nur ein marginales Thema darstellte (S. 31-34 und 73-74), sollte es innerhalb des Dialogs den folgenreichsten Punkt der Studie bilden, weil es zum Gegenstand des größten Kooperationsprojekts im Pharmadialog wurde.

Ab 2009: Fachkräftemangel

Da die WHO den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen inzwischen als eines der größten globalen Gesundheitsprobleme bezeichnet und sogar von Human Resources Crisis spricht, war es angemessen, dass dieses im Pharmadialog schon immer angesprochene Thema Gegenstand des ersten gemeinsamen Projekts vor Ort wurde. Schon 1996 hatte die Tansanierin Dr. Eva Ombaka vom Weltkirchenrat auf einer AG-Sitzung angeregt, in ihrem Land in Moshi ein gemeinsames Aus- und Fortbildungsprojekt für nicht-akademische Gesundheitsberufe, damals noch vocational training genannt, durchzuführen. Mehr als ein Jahrzehnt später wurden dann tatsächlich sowohl Tansania mit seinem evangelisch-lutherischen medizinischen Ausbildungszentrum in Moshi und die nicht-akademische Ausbildung in

Pharmazie, inzwischen als technical education bezeichnet, ausgewählt, um in einer gemeinsamen Unternehmung von Kirchen, Pharma-Unternehmen, Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und tansanischem Staat die entsprechende Heranbildung von für die Medikamentenversorgung dringend benötigten Fachkräften zu verbessern und auszuweiten.

Ab 2011: Aktuelle gesundheitspolitische Themen

Nachdem das gemeinsame Ausbildungsprojekt in Tansania zunächst auf den Weg gebracht worden war, widmete der Pharma-Dialog in den letzten Jahren auf der Suche nach neuen gemeinsamen Interessengebieten seine Sitzungen recht unterschiedlichen aktuellen Themen. Dazu gehörten Überlegungen zur Patentpool-Initiative von UNITAID, erneut TRIPS bzw. jetzt DOHA + 10, die Frage des Stellenwerts von Gesundheit im Übergang von den Millennium Development Goals/MDGs zu den Sustainable Development Goals/SDGs, die von der WHO wiederholt beklagte Vernachlässigung des zunehmenden Problems Mental Health sowie die bioethisch viel diskutierte Problematik klinischer Studien in strukturschwachen Regionen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen, z.B. Indiens. Solche kritischen Fragestellungen ergaben sich nicht zuletzt durch die erfolgte Einbindung von Mitarbeitern der beiden großen Hilfswerke Brot für die Welt und Misereor als Mitglieder des Pharmadialogs auf Kirchenseite. Misereor, das sich zuvor aus personellen Gründen durch das Missionsärztliche Institut/MI genügend repräsentiert gesehen hatte, entsandte 2008 zunächst einen medizinethischen Experten. Nach dessen Ausscheiden kehrte man zur alten Regelung einer Vertretung durch das MI zurück. Nachdem auf evangelischer Seite viele Jahre das DIFÄM die gesundheitsfachliche Expertise alleine vertreten hatte, nahm später die Fachberaterin Gesundheit für den EED teil, bevor im Zuge der Fusion Brot für die Welt seine Fachberaterin für HIV und AIDS nominierte.

II. Themen- und Arbeitsfelder des Pharmadialogs 1991-2016

Nach diesem kurzen Überblick über die zeitliche Abfolge der Anfangs- und Schwerpunkte in den einzelnen Themenfeldern werden diese nun jeweils näher dargestellt und analysiert.

Analyse des Arzneimittelmarktes

Das gemeinsame Positionspapier von 1992 beschrieb die verschiedenen Problembereiche und Herausforderungen des Zugangs zu Medikamenten und formulierte zu Markt B – neben der oben erwähnten Einrichtung des Arbeitskreises mit seiner Beauftragung von Pilotstudien – eine Liste von Lösungsvorschlägen, die dann in unterschiedlicher Intensität und Form weiter bearbeitet wurden. Oben auf dieser Liste stand die Sortimentsauswahl mit adäquaten Packungsgrößen und Bedarfsgerechtigkeit, v.a. bei „Basismedikamenten“ z.B. gegen Malaria. Die Produktpalette bildete dann auch einen Schwerpunkt der ersten Dialogjahre (s. unten). Es folgten die Good Manufacturing Practices, die in Form des Bemühens um Qualitätskontrolle von Medikamenten in den Dialog aufgenommen wurden. Im Hinblick auf die hygienischen Anforderungen bei Großpackungen, wie sie im Interesse forschender Unternehmen mit ihren aufwändigen Verpackungsformen gegenüber der in LICs verbreiteten Praxis von Generika-Containern lagen, wurden sie jedoch nicht eingehend aufgegriffen. Zentral für den Dialog war hingegen immer wieder die dann aufgelistete Preisgestaltung. Dabei war insbesondere das Treffen in Basel am 15.7.1993 zur Preispolitik, ausgerichtet vom Vertreter der Ciba-Geigy-Stiftung, für beide Seiten eher ernüchternd. Auf der Pharmaseite entstand der Eindruck, dass „wir zeitweise dahin kamen, wo wir vor einigen Jahren begonnen haben. Beharrlichkeit auf Standpunkten, Wunschvorstellungen und Berührungsängste waren bei diesem Treffen in Basel weder zu übersehen noch zu überhören“ (Nour Eldin an Bastian, 21.7.1993). Die kirchliche Seite hatte v.a. irritiert, dass von Unternehmensseite die kostenlose oder verbilligte Abgabe an kirchliche Einrichtungen auf Anforderung durch Bischöfe gegenüber einer allgemeinen Preisanpassung an das Einkommensniveau des Landes favorisiert wurde (Bastian an Dr. Nour Eldin/Hoechst 26.7.1993).

Verpackung, Lieferkette, Lagerung und Vertriebswege wurden im Dialog als eher technische Fragen kaum behandelt. Hingegen bildete die dann genannte Produktinformation sogar den Schwerpunkt der ersten in Auftrag gegebenen Studien. Als Letztes war auf der Liste des Positionspapiers Zusammenarbeit ge-

nannt, zunächst mit Patientenvertretern. Für deren Repräsentanz wurde „BUKO generell [...] ohne Nennung einer konkreten Person als Mitglied im Arbeitskreis“ abgelehnt (Protokoll der Dialogrunde-Sitzung v. 30.4.1992: 4). Das Thema Patientenvertreter tauchte dann – auch angesichts der entsprechenden Anwaltsfunktion der kirchlichen Partner mit ihrem Zugang zur Situation Kranker vor Ort – im Dialog und auch in seinen weiteren Stellungnahmen nicht mehr auf. Die andere vorgeschlagene Zusammenarbeit war die mit WHO, UNICEF und anderen internationalen Organisationen, die von beiden Seiten im Dialog immer wieder betont und punktuell verwirklicht wurde.

Verbesserung der Produktinformationen von Arzneimitteln in Entwicklungsländern

Als erste Bedarfsstudien zeigten die Studie des Social and Rural Research Institute India und die Fragebogenaktion der am Pharmadialog beteiligten Partner 1992, dass die Produktinformationen von Seiten der Produzenten, d.h. Vertreterbesuche und Beipackzettel, in Entwicklungsländern selbst für Ärzte häufig die wichtigste Informationsquelle darstellten und entsprechend gestaltet werden müssten. Deshalb wurde der Pharmazeut Dr. Hans-Martin Hirt wiederholt beauftragt (1996-1999), Studien (vorgelegt 1997, 1998, 1999 und 2000) zum Vergleich von „Beipackzetteln“ für 50 Präparate bzw. 41 Substanzen in Deutschland, Thailand, Kenia und Brasilien durchzuführen. Er überprüfte die durch die VFA-Mitgliedsunternehmen zur Verfügung gestellten Beipackzettel anhand der „Universal Principles for Ethical Marketing Conduct“ im Kodex der IFPMA und einer Skala von sechs Bewertungsstufen, die von voller Übereinstimmung mit internationalen pharmakologischen Erkenntnissen bis „gravierende und lebensgefährliche Unterschiede“ reichte. Durch Neufassungen der Produktinformationen, wissenschaftliche Stellungnahmen der Firmen, Gespräche u.a. über unterschiedliche nationale Vorgaben, Rückzug eines Produkts aus dem Handel und Zuordnung eines anderen zu einer nicht-deutschen Firma verbesserten sich im Verlauf der Jahre bei allen 10 Firmen die Bewertungen signifikant – im Extremfall von 4,5 auf 1,1 – und erreichten – mit einer Ausnahme – eine 1 vor dem Komma.

Diese internationale Angleichung der Texte in verschiedenen Sprachen und Ländern führte zu einer gemeinsamen Pressemitteilung 22.01.2001 und wurde vom ehemaligen GKKE-Geschäftsführer und AK-Vorsitzenden Neyer wiederholt als Erfolg hervorgehoben (Neyer 2/2001, 3/2001 und 4/2001). Eine aktualisierende Anpassung der ausgewählten Länder- und Produktbeispiele sowie der zu vergleichenden Beipackzettel wurde mehrfach diskutiert. Es gründete sich eine Arbeitsgruppe „Vergleich Produktinformationen Originalpräparate vs

Generika“, deren Notwendigkeit von Dr. Schlüter/Bayer u.a. durch den Verweis auf das Beispiel bekräftigt wurde, dass eine Einschränkung der Anwendung eines Stoffes in Brasilien von den Nachahmern nicht übernommen wurde. Ins Auge gefasst wurden eine Einbindung der WHO, die Substanzen Amoxicillin, Rifampicin, Paracetamol und Diclofenac sowie als mögliche Länder Kenia, Thailand, Venezuela, Argentinien, Philippinen und Mexiko (Protokoll der AK-Sitzung vom 4.5.2001).

Durchforstung des Sortiments in Entwicklungsländern auf fragwürdige Präparate

In der Bewertung der „Essential Drugs List“ der WHO unterschieden sich die Dialogpartner. Die kirchliche Seite bekannte sich uneingeschränkt zu ihr, die Pharmaseite respektierte sie, wollte aber auch darüber hinaus Medikamente als sinnvoll verstanden wissen. In Bezug auf die Negativ-Liste der BUKO-Pharmakampagne, die von den Dialogpartnern als zu wenig differenzierend empfunden wurde, erfolgte eine gemeinsame Aufschlüsselung der kritisierten Arzneimittel in verschiedene Produktkategorien. Dies wurde insbesondere durch das AK-Mitglied Dr. Hermann Schweiger geleistet (Hermann Schweiger, Anmerkungen zur BUKO-Pharmastudie 1999, 28.2.2000). Zu den Präparaten, deren Kritik als möglicherweise relevant beurteilt wurde, wurden durch den VFA detaillierte Stellungnahmen der betroffenen Firmen erbeten. Zwischen 1992 und 1999 kam es bei den untersuchten Unternehmen aus unterschiedlichen Gründen zur Rücknahme von 60 Präparaten aus dem Markt von „Entwicklungsländern“ (Harry Neyer, Bericht der Arbeitsgruppe Kirchen/Pharmaindustrie zur Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt 1996 -1998).

Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV

Angesichts von Forschung, Entwicklung und Angebot deutscher Firmen spielte von HIV-Medikamenten nur Nevirapin eine praktische Rolle. Auf eine entsprechende Initiative aus der Mitgliedschaft des Pharmadialogs hin erklärte Boehringer Ingelheim seine Bereitschaft, es kostenlos oder stark verbilligt zur Verhinderung der Mutter-Kind-Transmission abzugeben (Aktennotiz Difäm Besuch bei Boehringer Ingelheim, Pilotprojekt Nevirapin, vom 24.3.2000, Anlage 2 zum Protokoll der AK Sitzung vom 9.5.2000). In diesem Zusammenhang entstanden durch MI und Difäm ein Neun-Punkte-Katalog (31.7.2000) als Kriterienliste zur Einhaltung ethischer Standards sowie Anmerkungen (27.9.2000) zu Klärungsbedarf über internationale Kooperationsformen und die Problematik des Stillens durch HIV-positive Mütter. Es waren sogar eigene klinische Studien in kirchlichen Krankenhäusern erwogen worden (Protokoll der AK Sitzung v. 25.10.1999), die schließlich jedoch nicht aufgenommen wurden.

Lobbyarbeit bei Bundesregierung und Bundestag

In den 1990er Jahren engagierte sich der Pharmadialog im Kontakt mit der deutschen Politik nur punktuell. Das sollte sich nach 2000 ändern, als verschiedene Themen zu Forderungen führten, die den Handlungsraum von Kirchen und pharmazeutischen Unternehmen weit überschritten. Die wohl öffentlichkeitswirksamste Initiative dazu war das dreizehnseitige Schreiben „Gesundheit in Entwicklungsländern – Handlungsempfehlungen aus Anlass der Bundestagswahl 2009“, das neben allgemeinen und sehr verschiedenartigen Forderungen zur Aufnahme, Fortsetzung und Erhöhung der Förderung von Gesundheitsmaßnahmen und deren Erforschung auch den konkreten Appell zur Einrichtung eines Unterausschusses Gesundheit im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit empfahl. Die Reaktionen darauf (s. unten) gehörten zur deutlichsten Wahrnehmung, die der Pharmadialog von Seiten der deutschen Politik und kritischen Öffentlichkeit erfuhr.

Ein Jahr später wandte sich angesichts des Einfrierens deutscher Beiträge zum Globalen Fond zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria/GFATM, das Minister Niebel nach dem Bekanntwerden von Korruptionsfällen in dessen Wirkungsbereich verfügt hatte, der Pharmadialog erneut an die Politik, um die Fortführung der finanziellen Unterstützung globaler HIV/AIDS-Arbeit in dieser multilateralen Weise – statt nur der von der Bundesregierung bevorzugten bilateralen Zusammenarbeit – zu erreichen (Briefe an die Fraktionsvorsitzenden im Bundestag zur Wiederauffüllung des GFATM im September 2010).

Begleitende Diskussion von Projekten der beteiligten Akteure

Neben seinen eigenen Schwerpunkten widmete der Pharmadialog seine Aufmerksamkeit wiederholt auch verschiedenartigen Projekten seiner einzelnen Partner im einschlägigen Bereich. Dazu gehörten die Spenden- bzw. Schenkungsprogramme von Medikamenten für vernachlässigte tropische Erkrankungen, wie sie von MSD mit Mectizan/Ivermectin zur Bekämpfung der Onchozerkose und von Merck mit Praziquantel gegen Bilharziose durchgeführt wurden. Laut Harald Zimmer/VFA hatte das Praziquantel-Spendenprogramm von Merck gegen Bilharziose, das „bis zu deren Ausrottung“ durchgeführt werden soll, „seine Wurzeln im Pharmadialog“ (Kaufmann 2012, 29). Unter den Projekten auf kirchlicher Seite galt die Diskussion der lokalen Medikamentenproduktion, die u.a. von action medeor in Tansania durchgeführt wurde. Dabei wurde dieses Tansania-Projekt von beiden Seiten, Kirche wie Industrie, gegen Kritik des Autors der Studie von 2006, Matthias Vennemann, in Schutz genommen (Protokoll der AK-Sitzung vom 22.5.2012).

Aufdeckung von Medikamentenfälschungen: Das Mini-Lab

Angesichts der Berichte über gefälschte oder zumindest in Wirkstoffgehalt und –qualität unzureichende Medikamente wurde eine Analyse des Bedarfs einer pharmazeutischen Kontrolle auf Fälschungen durchgeführt. Ihr Ergebnis führte zur mehrjährigen Entwicklung einer tragbaren Laborausrüstung für diese Aufgabe, in Zusammenarbeit mit einem Bonner Pharmazeuten und finanziert vom German Pharma Health Fund/GPHF. Das Ergebnis, Mini-Lab genannt, wurde u.a. auf der EXPO 2000 vorgestellt. Wiederholt ist das Mini-Lab um Tests für weitere Wirkstoffe ergänzt worden. Der GPHF, inzwischen Global Pharma Health Fund genannt, fördert es auch weiterhin. Seine Anwendung wird in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, u.a. Tansanias, in eigenen Kursen unterrichtet. Das DIFÄM stattete Mitglieder des Ecumenical Pharmaceutical Networks/EPN in Afrika und Indien mit Mini-Labs aus, organisierte entsprechende Schulungsmaßnahmen und betreut die entsprechenden Netzwerke.

Aufzeigen der Versorgungs- und Zugangsprobleme für Arzneimittel in Entwicklungsländern

Bereits am Anfang des formalisierten Dialogprozesses hatte 1992 das Gemeinsame Positionspapier „Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“ die Probleme in der Verfügbarkeit von Medikamenten aufgezeigt. Dass nach Ablösung des BPI durch den VFA das Positionspapier bestätigt und später in die unveränderte Neuauflage 1999 übernommen wurde, zeigte, dass in diesem Aufzeigen der Zugangsprobleme eine Daueraufgabe liegt. Konkretisiert wurde das Offenlegen entsprechender Probleme 2001 durch die Gemeinsame Stellungnahme „Grundlagen für konzertierte Maßnahmen gegen die HIV/Aids-Pandemie“ (GKKE-vfa 2002). Wiederholt wurden die Folgen von TRIPS öffentlich thematisiert, u.a. im GKKE-Fachgespräch „TRIPS-Abkommen und Medikamentenversorgung“ mit Vertretern von Bundesministerien und Bundestag, Pharma-Industrie, WHO, Wissenschaft und NGOs am 14.2.2001 in Berlin. Andere öffentliche Auftritte waren Veranstaltungen beim Kongress der DTG (Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit) 2008, beim Deutschen Kirchentag 2009 in Bremen, beim Ökumenischen Kirchentag 2010 in München, beim Deutschen Katholikentag 2012 in Mannheim und im in der Reihe der Berliner Donnerstagsgespräche der GKKE 2013.

Information über Forschungs- und Entwicklungsbedarf bei armutsassoziierten tropischen Erkrankungen

Ebenfalls schon ganz zu Anfang seiner Tätigkeit und erneut sieben Jahre später hatte der Pharmadialog darauf hingewiesen, dass die gängigen Finanzierungs-

mechanismen für Forschung und Entwicklung über Gewinnerwartungen privatwirtschaftlicher Unternehmen bei armutsassoziierten Tropenerkrankungen (NTDs) nicht funktionieren können: „Die Industrieseite vertritt die Auffassung, daß eine stärkere Ausweitung der Forschung nach Arzneimitteln für Tropenkrankheiten vom Markt nicht getragen wird“ (GKKE/VFA 1999, S. 36). Die Konsequenz einer verstärkten Förderung öffentlicher oder anderer gemeinnütziger Forschung wurde jedoch vor dem Jahr 2000 nicht deutlich gefordert. Die Studie und Publikation „Bekämpfung der tropischen Armutskrankheiten“ (2006), mit der Dr. Vennemann beauftragt worden war, griff dann die Vorschläge und Forderungen von Weltbank, WHO und Ärzte ohne Grenzen zu vernachlässigten Krankheiten auf. Einzelne Mitgliedsorganisationen der kirchlichen Dialogseite beteiligten sich am Brief vom 7.5.2009 an Bundeskanzlerin Merkel, der u.a. von Difäm, eed, Misereor, action medeor, BUKO, MSF, Oxfam und Medico zum Forschungsbedarf an NTDs geschickt wurde. Auch die Empfehlungen zur Bundestagswahl 2009 griffen u.a. diese Thematik auf.

Ausbildung von pharmazeutischem Personal in Tansania

Die schon 1996 von der Tansanierin Dr. Eva Ombaka vorgeschlagene Unterstützung der nicht-akademischen pharmazeutischen Ausbildung in Tansania wurde mehr als zehn Jahre später als erstes gemeinsames Projekt im Ausland ausgewählt, als die Verlängerung des Dialogs um weitere drei Jahre im Jahr 2009 ein entsprechendes Vorhaben zur Bedingung machte. Dies gab den Anstoß zur Gründung der ACCESS-Gruppe, bestehend aus VFA und den kirchlichen Partnern Difäm, MI und action medeor in strategischer Partnerschaft mit BMZ, GTZ/GIZ und KfW (2010). Die notwendige Machbarkeitsstudie wurde von der GIZ in Auftrag gegeben und 2012 durch Christine Haefele–Abah von action medeor und Piet Rijer vom Missionsärztlichem Institut durchgeführt. Geplant wurde die Entwicklung modularisierter ein-, zwei- bzw. dreijähriger technischer Ausbildung für Dispenser, Assistants und Technicians in Pharmazie (2013-2015). Die Umsetzung dieses Vorhabens durch die Überarbeitung und Harmonisierung der Curricula in Abstimmung mit den verantwortlichen staatlichen Stellen, durch die Fortbildung der Dozenten in den neuen praxisorientierten Modulen und durch den Bau von Lehlabor und Studentenbibliothek in Moshi läuft.

Kooperation mit Partnern in Entwicklungsländern

Den kirchlichen Dialogpartnern war es wichtig, dass die Nord-Süd-Dimension der Thematik sich auch in einer Einbeziehung von Partnern im globalen Süden widerspiegelt, was für konkrete Projekte vor Ort ohnehin unabdingbar war. Entsprechende Kontakte entstanden zur Christian Health Association of

Nigeria/CHAN, zur südafrikanischen Bischofskonferenz und zur Saint Luke Foundation in Tansania, die dann als Träger der durch Brot für die Welt geförderten und vom Missionsärztlichen Institut unterstützten Kilimanjaro School of Pharmacy/KSP auch Projektpartner des gemeinsamen Ausbildungsprojekts ab 2012 wurde. Zu den weiteren Institutionen im globalen Süden, mit denen es zwar zu Kontakten, aber keinem gemeinsamen Vorhaben kam, gehörte die Bischofskonferenz von Ecuador im Hinblick auf das PROMESA-Projekt einer gemeinnützig-privatwirtschaftlichen Medikamentenversorgung neben der nicht ausreichend funktionierenden staatlichen (Treffen der GKKE-Fachgruppe 3.2.1998).

III. Die rückblickende Bewertung der Beteiligten

Zusätzlich zu den eher vereinzelt zeitgenössischen Bewertungen der Dialog-Beteiligten, die sich aus ihren in den Akten dokumentierten Äußerungen in den Sitzungen und Treffen, internen und veröffentlichten Berichten und den Korrespondenzen ergeben, konnten die strukturiert geführten Gespräche die heutige Sicht im Rückblick sowie weniger aktenkundige Aspekte beisteuern. Dabei ergaben sich nur an sehr wenigen Punkten deutliche Meinungsänderungen gegenüber früher dokumentierten Positionen, so bei der Frage, wie kritisch ein solcher Dialog geführt werden muss. Auch die Unterschiedlichkeit der Interessen zwischen Vertretern der Pharma-Seite, GKKE-Mitgliedern und kirchlichen Fachstellen weist eine beachtliche Konstanz auf. Die Offenheit der Gesprächspartner war spürbar. Es fiel nicht auf, dass besonders vorsichtig formuliert wurde oder in ausgeprägter Weise Rücksicht auf die eigenen oder andere Institutionen genommen wurde.

Motivation und Frustration

Motivierend war für Einige auf kirchlicher Seite der zum christlichen Auftrag passende Ansatz, auf Menschen zuzugehen statt sie vor den Kopf zu stoßen. Dass christliche Werte wie die Fairness und der Vorrang des Menschen so zur Sprache gebracht werden konnten, wurde ebenfalls als ermutigend genannt. Ein Teil der kirchlichen Seite sah als zusätzlichen Anreiz die Möglichkeit, anders als bei den anderen Dialogen der GKKE über den Dialog hinaus zur Kooperation zu gelangen. Der Dialog versprach, greifbare Ergebnisse zu liefern, wie sie mit dem Mini-Lab und dem Ausbildungsprogramm in Tansania auch tatsächlich vorzuweisen sind. Außerdem handelte es sich beim Zugang zu Medikamenten um ein kontinuierliches Thema, das über aktuelle Anlässe hinaus für einen sehr langen Zeitraum verfolgt werden konnte. Vor allem auf evangelischer Seite wird dagegen auch die Möglichkeit begrüßt, an die Pharmaseite kritische Fragen zu den Auswirkungen verschiedener Unternehmensaktivitäten und -positionen zu stellen, während in Kooperation keine Aufgabe des Pharmadialogs gesehen wird.

Auf Seiten der Unternehmen bzw. ihrer Vertreter liegt eine besondere Motivation darin, die unentbehrliche Rolle der Wirtschaft im Entwicklungsprozess und deren verantwortungsbewusste Wahrnehmung aufzuweisen und kommunizieren zu können. Dass PPP inzwischen breit akzeptiert ist, ist ein Ergebnis gesamtgesellschaftlicher Veränderungen. Als ermutigend wurde eingestuft, dass in verschiedenen Unternehmen inzwischen ein Bewusstsein für die entsprechende Verantwortung gestiegen sei, zumal auch Teile der Beschäftigten für ihre Identifi-

kation mit dem Unternehmen entsprechende Aktivitäten sehen wollen. So gäbe es bei der Firma Janssen Pharmaceutica eine Stelle für Global Public Affairs, bei Merck die Medikamenten-Spendenprogramme und bei Sanofi ausgeprägtes Interesse an Afrika.

Für die Partner aus der Industrie war es besonders unangenehm, wenn sie sich für Verhaltensweisen von Unternehmen rechtfertigen sollten, die sie nicht vertreten und daher auch nicht beeinflussen können. Insbesondere die andauernde oder häufig wiederkehrende Thematisierung der Patentfragen wurde als wenig erfreulich empfunden.

Auf kirchlicher Seite entwickelte sich die als äußerst zäh empfundene Umsetzung des Positionspapiers von 1992 zur frustrierenden Erfahrung. Die Unternehmen erwiesen sich in ihren Strukturen als weniger durchlässig für Informationen und Entscheidungen als erhofft. Die Protokolle, die von Unternehmensseite angefertigt wurden, gaben sehr stark deren Perspektive wieder und erforderten häufig Korrekturwünsche. Durch die kirchliche Sozialisation fühlte man sich weniger fähig und hart im Verhandeln als es an manchen Punkten nötig gewesen wäre. Die als notwendig empfundene kritische Distanz zu bewahren empfanden Teile der kirchlichen Seite als schwierig. Das Gefühl ausbleibender Erfolge führte bei einzelnen der von kirchlicher Seite Beteiligten dazu, in der Fülle möglicher Mitwirkungen dem Pharmadialog zuletzt keine Priorität einzuräumen.

Von beiden Seiten wurden Phasen des Dialogs beklagt, die eher von hoher Emotionalisierung und Konfrontation als vom Bemühen um Verständigung geprägt waren, insbesondere die Zeit etwa 2002 rund um die Stellungnahme zu AIDS. Im Gegensatz dazu wurde für die meisten AK-Sitzungen betont, dass sie spannend, bereichernd und von Aufgeschlossenheit geprägt waren. Auch dass es möglich war, Kontroversen wie die zu TV-Berichten 2013 über forschungsethisch angeblich fragwürdige klinische Versuche in Indien auszutragen, wurde als motivierend genannt.

Nicht alle Aspekte wurden gleich beurteilt, nicht einmal innerhalb der GKKE-Gruppe und auf der Unternehmensseite. So fanden die einen positiv, dass gemeinsame Handlungsempfehlungen vor der Bundestagswahl 2009 möglich waren, während andere dies – insbesondere aufgrund der Kritik durch NGOs wie des AgA – als einen Verlust der gebotenen kirchlichen Distanz einstufen. Einige bedauerten, dass es zu „projektlastig“ geworden war, andere fanden genau das ermutigend. Über die Motivation der Industrie, am Dialog teilzu-

nehmen, bestand auf kirchlicher Seite Unsicherheit und an manchen Punkten Uneinigkeit.

Dialog und/oder Kooperation, Debatten oder Projekte?

Als Teil eines breit angelegten Dialogprozesses der Kirchen bzw. der GKKE mit verschiedenen entwicklungspolitisch besonders relevanten wirtschaftlichen Bereichen war der Pharmadialog für die meisten der Befragten zunächst auf den Austausch angelegt gewesen, einzelne betonten jedoch, dass von Anfang an auch von Zusammenarbeit die Rede gewesen sei. Angesichts des großen Handlungsbedarfs in der Verbesserung der Medikamentenversorgung entstand aber auch schon früh die Idee des gemeinsamen Handelns in Form von Projekten. Die gemeinsame Arbeit an der Verbesserung der Produktinformationen wurde als solche Kooperation empfunden. Das Mini-Lab blieb lange Zeit der greifbarste Ausdruck dieses Vorhabens, bis der gemeinsame Beitrag zur Verbesserung der pharmazeutischen Ausbildung in Tansania realisiert werden konnte. Daneben liefen durch den Pharmadialog befürwortete und teilweise begleitete Medikamenten-Spenden von VFA-Mitgliedsfirmen für einzelne Krankheitsbekämpfungsprogramme.

In der Frage, ob konkrete Projekte oder Programme ein Ziel des Pharmadialogs sein sollten, unterschieden und unterscheiden sich die verschiedenen Beteiligten deutlich. Wo Sichtbarkeit und greifbare Ergebnisse des Pharmadialogs besondere Anliegen darstellten, also insbesondere bei den Vertretern der Pharmaunternehmen und den Geschäftsführungen der GKKE, aber auch bei einzelnen in der Projektarbeit vor Ort Engagierten, war das Interesse an gemeinsamen Projekten ausgesprochen hoch. Die Industrie, der ansonsten der Zugang zu einzelnen Gesundheitseinrichtungen fehlt, wäre auf Vorschläge angewiesen, wo sie ihre bevorzugten Beteiligungsweisen – Medikamentenspende und Know-how – einbringen könnte. Kirchliche Gesundheitsexperten suchten für ihre ressourcenarmen kirchlichen Partner im globalen Süden zusätzliche Quellen für Finanzierung und Sachmittel. Dagegen sehen andere entwicklungspolitisch engagierte Dialogteilnehmer in solchen Formen von Zusammenarbeit nicht die Aufgabe des Pharmadialogs, weil die kirchlichen Hilfswerke dies als ihre Domäne hätten und deshalb auch weitaus kompetenter und effektiver ausführen könnten. Innerhalb der Kirchengruppe wurde es 2012 angesichts des Vorhabens, mit der pharmazeutischen Ausbildung in Tansania „ein Projekt auf den Weg zu bringen“, als „fragwürdig“ bezeichnet, „in wieweit das tatsächlich weiterführt, hier in der Umsetzung tätig zu sein“ (Protokoll GKKE Kirchengruppe v. 21.5.2012). Aufgabe des Pharmadialogs könnte es allenfalls sein, die Hilfswerke mit neuen möglichen Partnern zusammen zu bringen.

Vielmehr sei – nach diesen Stimmen – die eigentliche Aufgabenstellung und Stärke des Pharmadialogs, aktuelle Debatten und langfristige Probleme aufzugreifen, um die kirchlichen Positionen vertreten zu können – wenn die nötige Fach- und Entscheidungskompetenz jeweils gegeben wäre.

Stärken und Schwächen

Von kirchlicher Seite wurde als Stärke empfunden, dass man ohne Rücksicht auf Eigeninteressen die Rolle eines Anwalts für die Ärmsten, einer „Lobby zugunsten Dritter“ (Kulessa/Neyer/Ott 1997, 29) übernehmen konnte, was als offenkundiger Altruismus eine moralische Autorität mit sich bringt.

Unternehmen benötigen für die Förderung von Projekten konkrete Vorschläge von operational oder programmatisch im Gesundheitswesen aktiven Organisationen, da sie selbst nicht die nötigen Einblicke und Kontakte haben können. Dies erwies sich bei UN-Organisationen als schwierig, staatliche Partner alleine kommen auch weniger in Frage, so dass gewisse Hoffnungen auf NGOs und FBOs gesetzt werden.

Aufgrund der Schwierigkeiten, in Aktiengesellschaften Finanzmittel jenseits des direkten Geschäftsinteresses einzusetzen, würden die Unternehmen ihren Beitrag in solchen Kooperationsprojekten am liebsten und einfachsten in Sachwerten und Know-how erbringen. Dies wird jedoch von kirchlichen Partnern angesichts der enormen Gewinne von Pharmaunternehmen als unzureichend angesehen.

Aus kirchlicher Sicht bestand eine der Schwächen in der hohen Fluktuation auf Seiten der Pharma-Unternehmen, während beim VFA und den kirchlichen Dialogpartnern eine höhere Kontinuität gegeben war. Außerdem war es – mit Ausnahme von Schwarz Pharma für eine gewisse Zeit – nicht möglich gewesen, in den Kontakten auf die Vorstandsebene der Unternehmen vorzudringen, während es zumindest in früheren Jahren auf Kirchenseite bei Bedarf gelang, Prälaten und Bischöfe für eine persönliche Unterstützung zu gewinnen – was „bei Wirtschaftsverbänden übrigens noch mehr als bei Politikern“ (Kulessa/Neyer/Ott 1997, 29) wichtig war.

Als größte Schwäche auf kirchlicher Seite wurde empfunden, dass vor Ende der 2000er Jahre die direkte und dauerhafte Einbindung der beiden großen Hilfswerke nicht gelang. Außerdem hätten die personellen Ressourcen bei Justitia et Pax nicht für eine genügend intensive inhaltliche Beschäftigung ausgereicht.

In verschiedenen Äußerungen klang an, dass eine wichtige, aber offenbar weniger messbare Funktion des Pharmadialogs die einer vielseitigen Lern- und Informationsplattform war. Sie eröffnete den kirchlichen Partnern Einblicke in Denk- und Funktionsweisen in Unternehmen, die bei einem weniger intensiven Dialog mit lediglich vereinzelt Treffen auf neutralem Terrain nicht möglich gewesen wären. In diesem Zusammenhang wurde über die Führungen durch die gastgebenden Pharmaunternehmen sowohl ausdrücklich gesagt, dass sie von kirchlicher Seite sehr geschätzt wurden, als auch kritisiert, dass sie in ihrem Umfang wichtige Zeit für die eigentlichen Diskussionen des Dialogs genommen hätten.

Trägerstruktur und Arbeitsweise, Erfolgs- und Misserfolgskriterien

Als einzige ökumenische Institution im entwicklungspolitischen Bereich erscheint die GKKE als bester Träger auf kirchlicher Seite. Die großen Hilfswerke (alleine) würden zu stark die Projektebene vertreten, wohingegen deren Vertretung betont, dass ja keine Mitarbeiter der Projektebene im Pharmadialog mitwirkten. Die beiden missionsmedizinischen Institute (alleine) hätten bei ihrer besonders hohen Fachkompetenz nicht die Stellung einer bischöflichen bzw. kirchenamtlichen Einrichtung mit dem entsprechenden Zugang und Einfluss. 2012 war von der Kirchengruppe ausdrücklich formuliert worden, es sei „wichtig, dass die GKKE als gemeinsame Konferenz beider Kirchen diesen Dialog trägt. Es wird sehr viel weniger Schlagkraft haben, wenn es von den Werken ausgeht“ (Protokoll GKKE Kirchengruppe v. 21.5.2012). Zudem besitze die GKKE aus anderen Dialogprozessen einschlägige Erfahrungen. Es wurde sogar die Ansicht vertreten, dass angesichts des Mangels anderer ökumenischer Gremien in der internationalen Gesundheitsarbeit Austausch und Abstimmungen zwischen den kirchlichen Partnern in der GKKE-Fachgruppe bei den Vorbereitungstreffen für die Sitzungen zum wichtigsten Ertrag des Programms gehören.

Auf Industrie-Seite bedeutete die Beschränkung auf den VFA, dass familiengeführte Unternehmen, die durch Inhaberentscheidungen höheren Spielraum für Spenden als Aktiengesellschaften mit ihrer Verpflichtung auf das Aktionärsinteresse haben, und Generika-Hersteller, die in den Fragen des Ausschreibungsmarktes erfahrener sind, nicht vertreten sind. Außerdem fehlten Firmen wie Weleda, die an einer Nord-Süd-Zusammenarbeit in der Rohstoffversorgung interessiert sein könnten, und Diagnostika-Hersteller, deren Tests mit ihren häufig hohen Kosten und anspruchsvollen Durchführungsbedingungen für den Erfolg von Krankheitsbekämpfungsprogrammen entscheidend sein können. Die Beschränkung auf deutsche Mitgliedsunternehmen des VFA bedeutet, dass bei deutschen Tochtergesellschaften internationaler Unternehmen, die inzwischen

die Mehrheit ausmachen, die Entscheidungsebene nicht eingebunden ist und nur schwer erreicht werden kann. Hier wäre eine Zusammenarbeit mit dem internationalen Verband erforderlich. Gerade für aus kirchlicher Sicht besonders aktuelle Themen wie Ebola und den Zugang zur neuen Hepatitis C-Medikation (Sofosbuvir und Velpatasvir) fehlen die entscheidenden Gesprächspartner im Pharmadialog.

Auf beiden Seiten wurde der Rhythmus von 1-2 Sitzungen pro Jahr als noch zu leisten, aber bei den vorhandenen Ressourcen nicht mehr zu steigern angesehen, da Vor- und Nachbereitung neben den ganz anders gelagerten übrigen Aufgaben sonst nicht zu gewährleisten wären. Es wurde auch die Auffassung vertreten, dass für die bloße Kontaktpflege ein Treffen im Jahr ausreichen würde und nur bei konkreten Themen und Aufgaben entsprechend notwendige häufigere Treffen anzusetzen wären.

Hervorgehoben wurde, dass eine vorab durchzuführende Abklärung der Interessenslage, der Unterschiede und der Gemeinsamkeiten eine wichtige Arbeitsgrundlage darstellte. Verbindliche Regeln und Strukturen, auf die man sich berufen kann, sind auch unterhalb der Ebene einer ausgearbeiteten Satzung, auf die der Pharmadialog verzichtete, hilfreich. Der regelmäßige Austausch und das offene Austragen von Kontroversen schafften Vertrauen, das als „zentrale Währung für schwierige Industriedialoge“ bezeichnet wurde.

Im Hinblick auf die institutionellen Voraussetzungen wurde betont, wie wichtig ausreichende personelle Ressourcen wären, da sie mehrfach weiteres mögliches Engagement begrenzen. Ebenso entscheidend wäre die ausreichende Unterstützung durch die maßgeblich Verantwortlichen, um die Erträge des Pharmadialogs politisch offensiver einbringen und öffentlich sichtbar machen zu können.

Auswirkungen auf Politik und Gesellschaft

Die öffentliche Wirkung in den verschiedenen möglichen Adressatenkreisen wurde überwiegend als sehr begrenzt eingeschätzt. Das nachlassende staatliche und kirchliche Interesse an Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit erschwerte es, mit den einschlägigen Themen Aufmerksamkeit zu finden. Der Pharma-Dialog erfuhr Gegenwind durch die Kritik aus der BUKO-Pharma-Kampagne, die in der entwicklungspolitisch interessierten Zivilgesellschaft Resonanz fand. Im während der Frühphase des Pharma-Dialogs gegründeten Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen/VENRO war der Pharma-Dialog kein Thema, auch nicht in dessen jüngerer Arbeitsgruppe Gesundheit.

Die innerkirchliche Öffentlichkeit und die Hilfswerke beachteten den Pharmadialog als Ganzen eher selten. Allenfalls die GKKE-Kirchengruppe, die sich zur Vorbereitung der Sitzungen des Arbeitskreises Pharmadialog traf, spielte für die Generierung, Bearbeitung und Abstimmung verschiedener Themen innerhalb der Kirchen und ihrer Entwicklungsarbeit insgesamt eine gewisse Rolle. Von einer Wahrnehmung durch kirchliche Partner im Süden war nicht die Rede, die englischsprachigen Übersetzungen der Publikationen von 1992/1999 und 2006 wurden in diesem Zusammenhang nicht erwähnt.

Empfehlungen

Die Gesprächspartner, die schon vor längerer Zeit aus dem Pharmadialog ausgeschieden waren, wollten keine Empfehlungen für die Zukunft machen.

Von den noch aktiven Dialog-Beteiligten wurden verschiedene Zukunftsthemen benannt, die neue Themen bzw. Schwerpunkte des Pharmadialogs werden könnten. Dazu gehört die bereits begonnene Zusammenarbeit in der Fachkräfte-Aus- und Fortbildung in Entwicklungsländern, da der entsprechende Mangel immer drängender wird. Ein weiteres, vergleichsweise neues Feld sind neuartige Geschäftsmodelle des Anbietens sozialer Dienstleistungen, wie sie sich mit dem Schlagwort „social business“ verbinden (vgl. makingmorehealth.org). Auch die One-Health-Perspektive, die Gesundheit von Pflanzen, Tieren, Mensch und Umwelt zusammen zu sehen und zu behandeln sucht, wird zunehmend bedeutsam und könnte angesichts des kirchlichen Engagements auch im landwirtschaftlichen Bereich eine besondere Aufgabe werden.

Im Hinblick auf konkrete Ergebnisse, z.B. öffentlichkeitswirksame Stellungnahmen, könnten andere Foren insgesamt effektiver sein. Allerdings ist es durch die gewachsenen Beziehungen im Pharmadialog auch möglich, für gelegentlich sehr aktuell notwendige Forderungen die benötigte Unterstützung auszuweiten. Dies zeigte sich zuletzt beim erfolgreichen Protest gegen die von China beantragte Abstimmung in der WHO, in der das für Narkosen in entlegenen Krankenhäusern unentbehrliche Ketamin wegen seines Missbrauchs als Droge auf die Betäubungsmittelliste gesetzt werden sollte und damit in kleinen Einrichtungen praktisch unzugänglich geworden wäre. Die persönlichen Beziehungen hätten auch entscheidend den Zugang erleichtert, als es – wie oben erwähnt – beim dringend benötigten Nevirapin darum gegangen war, Boehringer Ingelheim für eine Überlassung zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung zu gewinnen.

Neben der Beibehaltung der bisherigen Arbeitsweise wurde auch vorgeschlagen, die Zahl der regelmäßigen Treffen zugunsten von jeweils aktuell notwendigen zu reduzieren und durch Einladung von Gästen mit unterschiedlichen Perspektiven die kontroverse Auseinandersetzung, vielleicht auch in begrenzt öffentlicher Form, anzuregen.

IV. Bewertung des Pharmadialogs aus der Außenperspektive

Gesundheits- und entwicklungspolitische Bedeutung von Dialog und öffentlicher Kritik

Der Versuch eines Dialogs mit der Perspektive von Kooperationen zwischen sehr ungleichen Akteuren im Gesundheitswesen wie Kirchen und Pharma-Industrie entspricht dem internationalen, auch von der Weltgesundheitsorganisation verfolgten Trend, im Sinne eines systemischen Ansatzes nicht bei der Konfrontation von unterschiedlichen Interessen stehen zu bleiben. Vielmehr sollen durch die gegenseitige Wahrnehmung bisheriger oder möglicher Beiträge zur Gesundheitsversorgung und die klare Benennung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in Interessen und Positionen Kooperationsmöglichkeiten ausgelotet werden. PPPs stellten gerade im Arzneimittelbereich angesichts der dort weltweit dominierenden privatwirtschaftlichen Organisationsform von Forschung & Entwicklung eine notwendige Entwicklung dar, waren aber kaum versucht worden. Aufgrund ihrer vergleichsweise klaren sozialetischen Orientierung aus langer theologischer Reflexion, gesellschaftswissenschaftlicher Analyse und Erfahrung im Gesundheitswesen sowie ihrer Zwischenstellung als Mitarbeiter nicht-staatlicher, aber gemeinnütziger Institutionen sind Vertreter der Kirchen im Entwicklungsbereich in besonderer Weise geeignet, in diesem schwierigen Aushandlungsprozess zwischen öffentlichen und privaten Interessen eine Vorreiterrolle zu übernehmen. Demgegenüber setzten die BUKO-Pharmakampagne und das Aktionsbündnis gegen AIDS/AgA, mit denen – auch aufgrund von Überschneidungen bei Personal und finanzieller Förderung von Seiten kirchlicher Einrichtungen – über die Jahre ein vielfältiger Austausch entstand, eher auf öffentliche Konfrontation und bewerteten einen Dialog aufgrund der Gefahr von Vereinnahmung wiederholt kritisch (z.B. Gespräch mit BUKO-Vertretern 1996; BUKO-Pharmabrief 10/2001; Treffen des Fachkreises Pharma des AgA mit der GKKE, 28.8.2009). Als institutionell etablierte Form, gewünschte Änderungen bei der Pharmaindustrie zu erreichen, war die publizierte Kritik ohne vorheriges Gespräch mit den Kritisierten sogar die ältere, weil sie schon seit den frühen 1980er Jahren in ähnlicher Form wie heute praktiziert wurde. Die BUKO-Pharma-Kampagne konnte schon 2006, also ein Jahrzehnt früher als der Pharmadialog, ihr 25jähriges Jubiläum feiern. Sie entsprang und entsprach der Gründungsgeschichte des BUKO (Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen) als gesellschaftskritischer Bewegung aus den 1968-Unruhen mit einer Bevorzugung öffentlicher Protestformen.

Ob man den jeweils gesehenen Veränderungsbedarf durch öffentliche Kritik und Forderungen oder aber durch Gespräche als Lobbyarbeit hinter den Kulissen angehen soll, ist nicht nur eine Frage von unmittelbarer Wirksamkeit, sondern auch von langfristigen Effekten und von moralischer Angemessenheit. Dabei stellen sowohl das Beharren auf Positionen als auch der Kompromiss moralisch mögliche Optionen dar – die sicher auch damit zusammenhängen, ob man eher die Notwendigkeit des Zwangs im Blick hat oder eher vom Guten im Menschen ausgeht. Neben den Anstößen von Seiten der WHO und des eigenen Weltverbands war die öffentliche Kritik wahrscheinlich ein Motiv für den BPI gewesen, sich um 1990 auf das längerfristige Dialogangebot der Kirchen einzulassen. Der BPI hatte schon in den 1980er Jahren, z.B. beim Dialogtag 1983, feststellen können, dass die GKKE in Fragen, die ein Zusammenwirken und nicht nur ein Abwehren verlangen, konfrontative Vorgehensweisen für weniger sinnvoll hält.

Deshalb wurde aus der GKKE im Hinblick auf die BUKO-Pharmakampagne eine Art de-facto-Arbeitsteilung konstatiert, denn man habe „dieselben Zielvorstellungen [...], aber unterschiedliche Strategien“ (Neyer an AGKED/Stuttgart, 30.9.1996). Durch das Gespräch mit dem AgA statt nur mit der BUKO-Pharmakampagne nach den Handlungsempfehlungen zur Bundestagswahl 2009 entstand ein erster Kontakt zu zusätzlichen wichtigen Akteuren, so Ärzte ohne Grenzen und medico international, der allerdings in der Folgezeit nicht fortgesetzt wurde. Die dauerhafte Einbindung der öffentlichen Pharma-Kritiker in den Pharmadialog gelang vor allem deshalb nicht, weil diese nicht-öffentliche Gespräche nur bei einer Aussicht auf verbindliche Zusagen der Pharmaseite führen wollten. Entsprechend stiegen sie – wie oben dargestellt – auch aus den vereinbarten direkten Gesprächen mit den Pharmaunternehmen aus, während diese wiederum öffentliche Veranstaltungen mit BUKO-Vertretern absagten.

Dabei waren die Arbeitsgrundlagen der beiden unterschiedlichen Vorgehensweisen von Kirchenseite im Pharmadialog und BUKO-Pharmakampagne nicht unähnlich: Ausgangspunkte waren Studien zu fraglichen Missständen im globalen Süden, zusammen mit Partnern vor Ort, wobei allerdings die einen Studien ohne, die anderen mit Einbindung der Pharmazeutischen Unternehmen erfolgten. Wenn die Kirchenseite im Pharmadialog wiederholt bekräftigte, dass sie sich in den Zielen mit der BUKO-Pharmakampagne einig sah, aber eine andere Vorgehensweise bevorzugte, handelte es sich bei den Gemeinsamkeiten sicher v.a. um die Fernziele, dass alle Menschen die benötigten Medikamente bekommen, ohne dabei zu verarmen – was übrigens auch die Pharmain-

dustrie grundsätzlich unterschreiben könnte und u.a. in den gemeinsamen Erklärungen des Pharmadialogs bereits getan hat. In solchen Nahzielen aber wie denen, ob Veränderung durch Einsicht der Unternehmen oder aber staatliche Zwangsmaßnahmen erfolgen sollte, können auch beträchtliche Unterschiede bestehen.

Aus methodischen Gründen dürfte kaum ein Nachweis möglich sein, welches Vorgehen wirksamer ist und war. Einiges spricht im Blick auf den Gesamtprozess dafür, dass öffentlicher Druck für Veränderungen notwendig ist, aber ob er auch hinreichend ist und nicht an manchen Punkten durch resultierende Verhärtungen kontraproduktiv wirken kann, ist weniger eindeutig.

Es geht im Verhältnis zwischen öffentlicher Kritik und Gesprächen im geschlossenen Kreis jedoch nicht nur um eine Art Arbeitsteiligkeit in dem Sinne, dass das eine Vorgehen Druck erzeugen und das andere Lösungsmöglichkeiten für Missstände vereinbaren soll. Vielmehr scheinen beide Ansätze auch für verschiedene Fragen jeweils unterschiedlich gut geeignet zu sein. Je differenzierter, weil fachlich anspruchsvoller eine Frage ist, z.B. die Unterscheidung zwischen rationellen und nicht-rationellen Medikamenten, desto weniger überzeugend ist die plakative öffentliche Form, weil sie die Pauschalkritik angreifbar macht und durch diese Selbstdiskreditierung der Gegenseite leichte Siege beschert. Je klarer aber eine politische Alternative besteht, desto wirksamer sind öffentlichkeitswirksame Formen.

Mit einem Dialogprozess können in Wirtschaftsunternehmen diejenigen Stimmen, die sich um Nachhaltigkeit und damit auch langfristige Sozialverträglichkeit gegenüber kurzfristiger Gewinnsteigerung bemühen, gestärkt werden. Das Bekenntnis zur sozialen Verantwortung von Unternehmen und internationalen rechtlichen und ethischen Standards im Arzneimittelbereich wird so auch im Blick von außen auf seine Tragfähigkeit geprüft.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Kirchen- und Pharma-Seite

Die wechselnden Schwerpunkte des Pharmadialogs verdankten sich Entwicklungen in den beteiligten Unternehmen, den Kirchen, der Gesundheitsversorgung und den gesundheits- oder entwicklungspolitischen Kreisen. Auch dabei erwies sich zivilgesellschaftlicher Druck wiederholt als wesentliche Vorbedingung für sichtbare Veränderungen.

Im Hinblick auf die von der WHO favorisierte Versorgung mit Generika zeigten Fragen der Organisation des Arzneimittelmarktes zwischen freier Preis- und Angebotsgestaltung einerseits und staatlichen Eingriffen andererseits deutliche Interessensunterschiede zwischen Pharma-Unternehmen und kirchlichen Dialogpartnern, die schon bei der Benennung begannen und auch in der gemeinsamen Publikation nicht unterschlagen wurden („Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“, 1992, neu aufgelegt 1999).

In den späten 1990er Jahren geriet aufgrund von entsprechender Kritik insbesondere durch WHO und NGOs wie der BUKO-Pharmakampagne, aber aufgrund von auch Selbstverpflichtungen in der IFPMA die Überprüfung von Produktinformationen in den Fokus des Dialogs. Hier sind signifikante Verbesserungen in den „Beipackzetteln“ der untersuchten Länder Kenia, Thailand und Brasilien nachweisbar.

Hohe gemeinsame Interessen zwischen Kirchen- und Pharma-Seite bestanden angesichts der Gefahren gefälschter Medikamente. Deshalb konnte die Entwicklung und Einführung des tragbaren Labors zur Testung auf gefälschte und sub-standard-Präparate, Mini-Lab genannt, gemeinsam vorangetrieben werden.

Besonders einschneidend war die Möglichkeit wirksamer Therapie von AIDS ab Mitte der 1990er Jahre, die nach der Verfügbarkeit der zu hohen Preisen angebotenen, durch Patente geschützten Medikamente für ökonomisch schwächere Patientengruppen fragen ließ. Da von den deutschen Pharmafirmen nur Boehringer Ingelheim eine anti-retrovirale Substanz auf dem Markt hatte, entstand konkret nur für deren Nevirapin eine Diskussion des kostenlosen oder verbilligten Einsatzes, nämlich für die geschilderte Verhinderung der HIV-Übertragung von Mutter zu Kind. Darüber hinaus war jedoch die Haltung der Pharma-Unternehmen zu verbilligter Abgabe in Entwicklungsländern, Patentübertragungen und Zwangslizenzen von Interesse. Die „gütliche Einigung“ zwischen 39 klagenden Pharmaunternehmen und dem südafrikanischen Staat 2001, in deren gemeinsamer Erklärung die Unternehmen sich aufgrund von öffentlichem Druck bereit zeigten, „ihre anhängige Klage vor dem Gerichtshof in Pretoria zurück zu ziehen und die Kosten des Verfahrens zu übernehmen“, wurde von der Arbeitsgruppe Pharmadialog „grundsätzlich positiv“ bewertet (Protokoll der AK Sitzung vom 4.5.2001). Die GKKE-Fachgruppe Pharma-Dialog hatte zuvor in einem internen Entwurf „diesen Schritt der Pharmaindustrie“ ausdrücklich begrüßt, ihn aber nur als „einen ersten Schritt gesehen“ und mit weitreichenden Erwartungen an die Pharmaindustrie auf „verstärkte Anstrengungen“ im Zugang zu anti-retroviralen Medikamenten für alle Betroffenen

verbunden (undatierte „Stellungnahme der kirchlichen Partner im Forum Pharmadialog der GKKE: Konstruktiver Dialog statt Konfrontation“, Anlage zum Schreiben Difäm an GKKE, 27.4.2001). Zwei Jahre später bat Brot für die Welt nach einer Anfrage des südafrikanischen Kirchenrats die GKKE, ein Gespräch bei Boehringer Ingelheim zur Erteilung der beantragten Lizenz für den Import eines kostengünstigeren Generikums von Nevirapin zu organisieren (Brot für die Welt an GKKE, 28.10.2003).

Im Hinblick auf Spendenprogramme von Medikamenten gegen vernachlässigte Gesundheitsprobleme – insbesondere Onchozerkose/Flußblindheit, Schistosomiasis/Bilharziose, Schlafkrankheit/afrikanische Trypanosomiasis und Mutter-Kind-Übertragung von HIV – wurden von den Kirchenvertretern immer wieder Transparenz, Nachhaltigkeit und Beteiligung an den weitaus höheren Kosten, die ein Programm zusätzlich zu den Medikamenten (die nur 5% der Gesamtkosten ausmachen, Fleischer 2010, 21) verursacht, angemahnt.

Als Weichenstellung zeichnete sich um 2005 ab, dass die gesundheitsökonomische Wende der 1990er Jahre (World Development Report 1993 „Investing in Health“ und WHO 2001, „Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development“) mit ihrer Betonung von Gesundheit als Voraussetzung von Entwicklung weitgehend übernommen wurde (Sitzungsprotokoll vom 10.05.2006). Daraus ergab sich für die kirchlichen Partner des Pharmadialogs ein weiterer Ausbau ihrer Positionierung gegenüber allgemeinen entwicklungspolitischen Grundsätzen auch kirchlicher Hilfswerke, die Gesundheit stärker als Teil des einen Entwicklungsprozesses oder als Ergebnis von Entwicklung sahen. Insofern bezog sich die Lobbyarbeit für Gesundheit in der GKKE nicht nur auf Politik und Wirtschaft, sondern auch den eigenen gesellschaftlichen Bereich der kirchlichen Öffentlichkeit und die Entwicklungszusammenarbeit.

Während der zeitgleichen globalen Programme zur Bekämpfung und Behandlung von HIV/AIDS, z.B. PEPFAR, 3by5, GFATM, verwies der Pharmadialog 2004 schon früh – d.h. deutlich bevor der Weltgesundheitsbericht 2006 den Fachkräftemangel zum globalen Gesundheitsproblem erklärte – auf die Bedeutung ausreichend qualifizierten und vorhandenen Gesundheitspersonals für die Stärkung der Gesundheitsinfrastruktur. Daraus entstand nach 2010 ein gemeinsames Arbeitsfeld mit weiteren strategischen Partnern aus der staatlichen und gemeinnützigen Entwicklungszusammenarbeit sowie dem tansanischen Staat, die wegen ihrer Verantwortung für Ausbildung einbezogen wurden. Das resultierende Projekt stellt gegenüber den bisherigen Schenkungs- bzw. Spenden-

programmen von Pharma-Unternehmen und der üblichen kirchlichen Beschränkung auf kirchliche Gesundheitseinrichtungen eine neue Projektqualität dar, nämlich eine landesweite Ausrichtung auf Ausbildungseinrichtungen aller Arten von Trägern.

Die Außenwirkung und die Bedeutung des Dialogs in der Bewusstseinsbildung

Trotz seiner gemeinsamen Veröffentlichungen und öffentlichen Auftritte, z.B. auf Kirchentagen, war der Pharmadialog nicht primär auf Öffentlichkeit hin angelegt. Es spielten vielmehr Vertraulichkeit und die Verpflichtung zur gemeinsamen Abstimmung öffentlicher Äußerungen eine zentrale Rolle in den vertrauensbildenden Maßnahmen. Entsprechend waren der Pharmadialog bzw. die GKKE auch nicht an Erklärungen beteiligt, denen die Partner aus der Industrie nicht zugestimmt hätten. Die Beteiligung an solchen Erklärungen übernahmen von kirchlicher Seite Brot für die Welt und Misereor, so bei der Berliner Erklärung „Für Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln!“ von 2007, über deren Erarbeitung die Mitglieder des Pharmadialogs nicht einmal informiert worden waren. Auch beim weniger kontroversen Brief an die Bundeskanzlerin im Mai 2009 über „Forschung zur Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten in Entwicklungsländern“ unterschrieb nicht die GKKE, sondern wiederum Misereor und Brot für die Welt, zusätzlich von den Pharmadialog-Beteiligten medeor und DlfÄM, nicht jedoch das Missionsärztliche Institut.

Mit dem gemeinsamen Vorgehen handelten sich die Dialogpartner vor allem bei denjenigen Stimmen massive Kritik ein, die der Rolle der Pharma-Industrie überwiegend skeptisch gegenüber stehen. Das galt schon für das Positionspapier von 1992. Während der pharmazeutischen Industrie und der verfassten Ärzteschaft nahe stehende Zeitschriften überwiegend positiv reagierten (Klinkhammer 1992; GPHF 1992) und offizielle kirchliche Publikationsorgane differenziert berichteten (Schmid 1992), waren die Kommentare von pharma- und kirchenkritischer Seite weitgehend ablehnend, wobei die binnenkirchliche Kritik die von BUKO ausgesprochene Ablehnung der Konsensorientierung übernahm (BUKO 1991 bzw. 1992; Richter 1992; Seiterich-Kreuzkamp 1992). Ähnliches, allerdings mit weitaus geringerer Medienresonanz, geschah nach dem gemeinsamen Papier zur AIDS-Bekämpfung Ende 2001 (GKKE-vfa 2002) und der gemeinsamen Erklärung vor der Bundestagswahl 2009, die u.a. von Wolfgang Wodarg MdB ausführlich, von der Fraktion Die Linke und der BUKO Pharma-Kampagne etwas kürzer kritisch kommentiert wurde (BUKO 2009). Neben den konkreten vereinbarten Diskussionsthemen und Projekten beinhaltet der Pharmadialog weitere eher informelle Dimensionen, deren Bedeu-

tung nicht zu unterschätzen ist. Denn in einer zunehmend funktional differenzierten Gesellschaft ohne „Kompetenzmonopol“ (Neyer, Bericht 1996-1998) finden in einem beruflich konnotierten Umfeld viele potenziell fruchtbare Kommunikationen kaum noch statt. Ein strukturierter Dialog zwischen sehr verschiedenartigen Partnern kann hingegen unterschiedliche Perspektiven aus Lebens- und Arbeitswelten, die ansonsten gewöhnlich nicht mehr miteinander in Berührung kommen, in einen Austausch bringen. Dies betraf im Pharmadialog gleich mehrere Begegnungen.

Die Begegnung von Experten aus verschiedenen Berufsfeldern konnte Erfahrungen auf unterschiedlichen Ebenen, von Mikro- bis Makro-Ebene, zusammenbringen. Als Perspektiven aus der Arbeit vor Ort wurden die Erfahrungen verschiedener Dialogbeteiligter, v.a. von der Kirchenseite, eingebracht. Dazu gehörten die HIV-Arbeit von AK-Mitglied Päivi Köhler in der Infektionsambulanz des Kilimanjaro Christian Medical Centre/KCMC in Moshi/Tansania (2007), die generelle Rolle der „Kirchen als ‚grassroots‘-Organisationen bei Distribution und Ausbildung“ (Prof. Fleischer 10.5.2007), die Berichte verschiedener Faith-based/Non-Governmental/Non-Profit Organizations (FBOs/NGOs/ NPOs) und die beiden einschlägigen Exposure & Dialogue Programme. Davon hatte das erste HIV/AIDS in Südafrika zum Thema gehabt, das zweite die pharmazeutische Ausbildung in Tansania. Die Pharmaseite brachte nicht zuletzt die Sicht transnationaler Wirtschaftsunternehmen ein. Der Kontakt zwischen Vertretern von Wirtschaftskonzernen und christlicher Gesellschaftslehre ließ Globalisierung als Herausforderung für die soziale Marktwirtschaft (GKKE: „Entwicklung als internationale soziale Frage“) und damit die Sozialpflichtigkeit von Produktionskapital (VFA: Corporate Social Responsibility/CSR) thematisieren – denn „für die Kirchen ist es wichtig, daß sie ihre ethischen Positionen und ihre Erfahrungen in den Ländern der Dritten Welt in Kreisen der Wirtschaft darlegen und für deren Entscheidungsprozesse relevant machen können“ (Neyer, Bericht 1996-1998). Durch den Einblick in nationale administrative Vorgaben und ökonomische Notwendigkeiten war entsprechendes Problembewusstsein zu entwickeln, wobei der Wirtschaft wichtig war, dass „Kirchenleute wirtschaftliche Abläufe und Bedingungen kennen und so zu realistischen Einschätzungen der wirtschaftlichen Tätigkeit kommen“ (Neyer, Bericht 1996-1998). Der Blick auf Anbieter- und Nachfrageseite ermöglichte, das Bewusstsein zu fördern, dass Gesundheits- bzw. Krankenversorgung mehr als prinzipielle Verfügbarkeit von Arzneimitteln verlangt, sondern Zugang/Verteilung eine ebenso entscheidende Rolle spielen. Das Gespräch zwischen den Perspektiven von (Betriebs-)Wirtschaftlichkeit und Sozialverträglichkeit erlaubte es, den Grundsatz einzufordern, dass alle Aktivitäten, hier insbesondere Sortimente,

Werbung und Vertrieb für Medikamente ethischen Standards, mindestens den offiziellen Selbstverpflichtungen entsprechen müssen. Und das „gegenseitige Verständnis der beiden von unterschiedlichen Aufgaben und Interessen geprägten Partner“ konnte wachsen, „obwohl die Vertreter der Kirchen und die der Pharmaindustrie in vielen Einzelfragen unterschiedliche Auffassungen vertreten“ und Diskussionen „teils vehement und oft kontrovers“ waren (Neyer, Bericht 1996-1998).

Kooperationen

Dass es in einem Dialog zu Kooperationen kommt, ist keineswegs selbstverständlich. Denn bei den anderen Dialogprozessen der GKKE ist das in dieser Weise nicht erfolgt. Auf beiden Seiten bestand darin offenbar auch nicht unbedingt und immer Einigkeit. Auf kirchlicher Seite wollten einige die Pharmaunternehmen dazu bringen, etwas von ihren erwirtschafteten erheblichen Ressourcen zugunsten von Benachteiligten und Bedürftigen einzusetzen. Andere warnten vor gemeinsamen Vorhaben gleich welcher Art, weil sie als Prestigegewinn für die Pharmaunternehmen fungieren könnten. Es kam schließlich auf mehreren Gebieten zu mehr als dem Austausch von Informationen und Perspektiven und der Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen. Diese Gebiete betrafen die fachlichen – und d.h. bei Gesundheitsberufen mit ihrem Standesethos zugleich auch ethischen – Standards der Arzneimittelversorgung selbst. Themen wie vernachlässigte Forschung oder Zwangslizenzen waren hingegen eher Angelegenheiten für Austausch oder gemeinsame Appelle, aber nicht für gemeinsames Handeln in diesem Rahmen.

Ausgangspunkt der praktischen Kooperationen waren Aspekte der doppelten Anforderung an Medikamente, dass es nämlich in besonderer Weise sowohl auf die Qualität des Stoffes als auch seiner Anwendung ankommt, damit kein Schaden entsteht. Bei anderen Produkten wie Nahrungsmittel, Kleidung oder Wohnausstattung ist die Qualität von Material und Fertigung ebenfalls wichtig, aber ihre falsche Anwendung wird weitaus weniger wahrscheinlich zum akuten Desaster. Medikamente gleichen damit eher potenziell gefährlichen Geräten, wo auch Material, Fertigung und Anwendung zur Gefahrenquelle werden können, als anderem, was man zu sich nimmt oder nutzt.

Entsprechend hat sich die Kooperation im Pharmadialog nicht zuletzt der Entschärfung dieser Gefahren gewidmet. Die Medikamentenversorgung selbst wurde dagegen nicht Gegenstand gemeinsamen Handelns, wobei jedoch an einigen Punkten der Pharmadialog auch Ausgangspunkt dafür wurde, dass

Medikamentenspenden für Bekämpfungsprogramme zur Verfügung gestellt wurden.

Die Anliegen der Entschärfung von Gefahren der Medikamentenanwendung lassen sich in vier Gruppen von Aktivitäten aufteilen:

1. Es ging vereinzelt darum, die Forderung nach einem Verzicht auf problematische Substanzen zu unterstützen, die entweder selbst gefährlich sind oder dadurch Gefahren verursachen können, dass ihre Nutzung die Anwendung weit besserer, d.h. wirksamerer oder unbedenklicherer Medikamente verhindert. Entsprechende Forderungen entstanden meist außerhalb des Pharmadialogs und erhielten in ihm Nachdruck. Wie mitentscheidend sie dafür waren, dass tatsächlich einige Präparate aus den Sortimenten entfernt wurden, ist schwer zu beurteilen. Der Wert einiger Wirkstoffe blieb umstritten, so die Verwendung des auch fiebersenkenden Schmerzmittels Metamizol.
2. Wesentlich mehr Zeit und Geld wurde in das gemeinsame Bemühen gesteckt, den Nachweis von Medikamentenfälschungen, nach aktueller WHO-Begrifflichkeit *spurious, sub-standard, falsely labelled and falsified medicines*, auch in der Peripherie erbringen zu können. Hier war die Übereinstimmung in den Interessen von Pharmaunternehmen und Kirchenvertretern besonders groß.
3. Die Qualität der Präparate selbst gehört auch zu den Zielen der gemeinsam angestrebten verbesserten Pharmazeutenausbildung. Denn richtige Lagerung und Verpackung, *good manufacturing practice* in der industriellen wie der individuellen Fertigung, die zu den Ausbildungsinhalten gehören, beeinflussen die Medikamente unmittelbar.
4. Mindestens ebenso wichtig ist bei der Ausbildung von pharmazeutischem Assistenzpersonal jedoch, dass das qualitativ genügende Medikament bei den richtigen Patienten in der richtigen Menge, Form und Zeit eingesetzt wird. Dem dienen auch die korrekte und verständliche schriftliche Produktinformation, die einen frühen Schwerpunkt des Pharmadialogs bildete, und die verbesserte pharmazeutische Ausbildung

Die materiellen bzw. materialisierten Produkte dieser Vorhaben lassen sich von allen Ergebnissen des Pharmadialogs am besten nach außen vorweisen und in ihren praktischen Auswirkungen nachweisen. Während umstritten war und ist, ob und inwieweit sie zu den eigentlichen Aufgaben eines solchen Dialogprozesses gehören, ist kaum bestreitbar, dass sie in ihrem jeweiligen Bereich

die Situation verbessert haben bzw. zur Verbesserung beigetragen haben. Dass wichtige Informationen für Nutzer von Arzneimitteln an verschiedenen Orten vollständiger wurden, dass der Nachweis von Arzneimittelfälschungen auch außerhalb besonders gut ausgestatteter Labore gelingen kann und dass pharmazeutisches Personal eine zeitgemäßere Ausbildung bekommt, sind wichtige Errungenschaften.

Dabei waren die Wege zu diesen Ergebnissen bei Produktinformationen, Aufdeckung von Medikamentenfälschungen und verbesserter pharmazeutischer Ausbildung in Anlass, Aufwand und Dauer höchst verschieden, immer aber von Problemen ausgehend, die im globalen Süden oder auf der Ebene der internationalen Gemeinschaft als drängend artikuliert wurden.

Produktinformationen: Dass angemessene Information über Arzneimittel zu den zentralen Themen des Dialogs gehörte, war von Anfang an klar. Denn schließlich ist es erst ihr richtiger Gebrauch, der aus einer chemischen Substanz ein Heilmittel macht – und nicht z.B. ein Gift, wie schon Paracelsus bemerkte: „Dosis facit venenum“, die Menge (bzw. Gabe) macht das Gift. Konkreter Anlass zur Überprüfung der Produktinformationen waren Ergebnisse aus einer Studie des Social and Rural Research Institute India und der Fragebogenaktion der am Pharmadialog beteiligten Partner 1992. Sie hatten übereinstimmend gezeigt, dass in den untersuchten Ländern unabhängige Arzneimittelinformationen z.B. über Fachzeitschriften und ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung kaum verfügbar waren. Deshalb kam den Beipackzetteln und anderen Produktinformationen eine entscheidende Funktion zu. Neben den konkreten Verbesserungen dieser Texte war wichtig, dass das Bewusstsein und damit die Aufmerksamkeit für diese Problematik stieg.

Mini-Lab: Auch das zweite Kooperationsprojekt, die Entwicklung einer tragbaren Laborausrüstung mit Testkits zum Nachweis gefälschter Medikamente, entsprang Studienergebnissen in verschiedenen Ländern des globalen Südens. Sie hatten einen hohen Anteil von Präparaten mit falschen, entweder unwirksamen bzw. quantitativ unzureichenden oder sogar giftigen Substanzen ergeben. Inzwischen hat auch die WHO in ihrem FFSSC-Programm die Problematik hochrangig aufgegriffen.

Pharmazeutische Ausbildung: Auch das dritte Kooperationsprojekt entspricht internationaler Besorgnis, denn die WHO hat den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu einem der größten Globalen Gesundheitsprobleme erklärt. Das gilt bei pharmazeutischen Fachkräften insbesondere dort, wo selbst hochwirk-

same Medikamente, darunter resistenzgefährdete Antiinfektiva, ohne ärztliche Verschreibung ausgegeben werden. Da für universitär ausgebildete Pharmazeuten in diesen Gegenden kaum finanziell genügend attraktive Arbeitsmöglichkeiten bestehen, wäre – wie auch in ländlichen Gesundheitszentren und Dispensaries – die Hauptlast der Arbeit von nicht-akademischen Gesundheitsberufen zu tragen.

Ausgewählt wurde als Land aufgrund langjähriger Beziehungen Tansania. Denn ein solches Ausbildungsprojekt hängt von den Ausbildungsstätten vor Ort ab, unter denen in Tansania diejenigen in kirchlicher Trägerschaft schon länger Partner kirchlicher Werke in Deutschland sind. Da die Anerkennung von Gesundheitsberufen staatliche Aufgabe ist, war hier auch eine Kooperation mit staatlichen Stellen im Partnerland unumgänglich, deren üblicher Partner in der deutschen EZ wiederum die GIZ ist. Damit erhöhte sich die Anzahl der „ungleichen Partner“ erheblich, was das Projekt ACCESS bis heute besonders anspruchsvoll macht. Verschiedene Mitglieder des Pharmadialogs, die neben Mitarbeitern aus der staatlichen EZ, aus BMZ, GIZ und KfW, sowie unabhängige Gesundheitsexperten aus dem Bereich nicht-kirchlicher Hilfsorganisationen und der Wissenschaft an dem entsprechenden Exposure & Dialog-Programm Anfang 2016 in Tansania teilnahmen, konnten sich vor Ort davon überzeugen, wie wichtig, aber auch wie mühsam diese Abstimmungsprozesse insbesondere mit staatlichen Stellen sind, die unterschiedliche bildungs- und gesundheitspolitische Interessen verfolgen.

Potenzielle Gefahren einer Einbindung in den Dialog

In den einzelnen Aspekten des Dialogs wurden mehrfach Reibungsflächen angesprochen, die jetzt abschließend noch einmal im Hinblick auf ihre möglichen Risiken für die Dialogbeteiligten zusammenfassend diskutiert werden sollen. Die Pharma-Industrie hat aufgrund ihrer vom Unternehmensziel gegebenen Gewinnorientierung im Gesundheitssektor verschiedene Interessen, die nicht deckungsgleich mit kirchlichen sind und letztere vereinnahmen können. Zu diesen offenkundigen Interessen von forschenden Pharma-Unternehmen gehört zunächst die Abgrenzung von reinen Generika-Anbietern ebenso wie von solchen Produzenten oder Vertriebswegen, die angeblich oder tatsächlich gefälschte oder minderwertige (falsified oder sub-standard) Arzneimittel in Verkehr bringen. Daraus ergaben sich bestimmte Anliegen im Pharmadialog, die aus kirchlicher Sicht legitim sein, aber auch den Fokus in problematischer Weise verschieben können. Dazu gehört der 2001 beabsichtigte Vergleich von Produktinformationen nicht nur zwischen Angaben zu Originalpräparaten in Europa und Entwicklungs- oder Schwellenländern, sondern auch

zu Generika (Protokoll der AK-Sitzung vom 4.5.2001). Gleiches gilt für den Verweis auf die Möglichkeit von gesundheitsgefährdenden Fälschungen, wenn die Produktions- und Lieferkette nicht durch ein Unternehmen, das viel zu verlieren hat, gewährleistet wird.

In ähnlicher Weise ist die von den Kirchen betriebene nicht-staatliche Ergänzung zum staatlichen Gesundheitssektor potentiell gemeinnützig, kann aber auch problematische Entwicklungen beinhalten oder vorbereiten. Dazu gehört die als soziales Projekt angelegte Implementierung von nicht-staatlichen Versorgungsstrukturen für Medikamente, die nach dem Vorbild des europäischen Gesundheitswesens arbeitende dezentrale und kundenorientierte Angebote vorbereiten, aber in einer vielleicht zu langen Übergangsphase für die Ärmsten nicht oder kaum finanzierbar sind (z.B. PROMESA/Ecuador). Die dadurch entstehende Bindung an verbilligte Markenpräparate kann bei Auslaufen der Preisvergünstigungen oder allgemeiner Verfügbarkeit qualitativ zuverlässiger Generika eine potentiell nachteilige Auswirkung für ärmere Patienten darstellen.

Die Segmente des Medikamenten-Markts, um die es forschender deutscher Industrie und Kirchen jeweils v.a. geht, sind – wie beschrieben – nicht deckungsgleich. Für die Industrie ist der verbraucherfinanzierte Verkauf von Marken-Arzneimitteln, die weitaus überwiegend nicht zu den *essential drugs* gehören, besonders interessant, für die Kirchen der von öffentlichen Ausschreibungen und damit Generika bestimmte Vertrieb (GKKE – BPI 1992 S. 12). Beide Seiten sind daran interessiert, dass der jeweils favorisierte Marktteil nicht durch den anderen beeinträchtigt wird und haben deshalb potentiell gegensätzliche Interessen. Zur größten Schnittmenge der beiden Interessensgebiete wurden patentgeschützte unentbehrliche Arzneimittel, die v.a. für die anti-retrovirale Therapie entwickelt und damit erst ab Mitte der 1990er Jahre quantitativ relevant wurden.

Die erwähnte scharfe Kritik von radikaleren Pharma-Kritikern, der sich die kirchliche Seite immer wieder ausgesetzt sah, zeigt, dass solche Kompromisse tatsächlich die vielfach beschworene „Gratwanderung“ waren, auf der sich die GKKE von außer- und innerhalb der Kirchen den Vorwurf einhandelte, sie habe ihre moralische Autorität und die Interessen der Betroffenen kompromittiert.

Gegenüber den möglichen Gefahren, die sich für die Glaubwürdigkeit der Kirchen und die von ihnen vertretenen Bereiche ergeben könnten, erscheinen die Risiken für die Pharma-Seite geringer. Da zu den anfänglichen Verein-

barungen gehörte, dass Äußerungen gegenüber der Öffentlichkeit immer einvernehmlich beschlossen werden mussten, waren nicht gewünschte publizierte Aussagen nicht zu befürchten. Zudem bestand die Möglichkeit, umgehend Verbesserungen an kritisierten Punkten, z.B. den Produktinformationen, vorzunehmen, bevor Veröffentlichungen erfolgten, so dass zugleich nicht nur Versäumnisse, sondern auch Veränderungsbereitschaft dokumentiert werden konnten. Es bestand die Gefahr, dass in den Unternehmen bisher nicht geläufige Kritikpunkte eine gewisse Aufmerksamkeit erfahren konnten und somit interne Unruhe entstand. Dem stand aber wiederum der Vorteil gegenüber, hier eventuell noch vor der Öffentlichkeit reagieren zu können. Ein weniger angenehmer Aspekt für die Unternehmen dürfte zunächst auch gewesen sein, dass ihre gesellschaftliche Verantwortung in expliziter Weise angesprochen wurde und damit ein gewisser Druck entstand. Aber auch dieser war durch den Verweis auf das eigene Bewusstsein der Corporate (Social) Responsibility für das eigene Image zu nutzen. Insgesamt dürfte auf der Pharma-Seite die Gefahr für die eigene Glaubwürdigkeit, die gerade in entwicklungspolitischen und kritischen kirchlichen Kreisen ohnehin gelitten hatte, weniger ausgeprägt als für die kirchliche Seite gewesen sein. Lediglich die engagierten Individuen, die im Pharmadialog geäußerte Kritik an ihre (Mitglieds-)Unternehmen vielleicht mit allzu viel Verständnis weitergaben, könnten bei manchen Unternehmensverantwortlichen eventuell Zweifel an ihrer Linientreue oder zumindest Irritationen riskiert haben.

Die Form des Dialogs

Die Grundgestalt des Dialogs war durch das Dialogprogramm der GKKE mehr oder weniger vorgegeben gewesen, sie bestand in regelmäßigen Treffen mit Vertretern von Verbänden und Unternehmen, zunehmend unter Einbeziehung von Experten von außerhalb der GKKE. Zu dieser Arbeitsform gehörte auf der Seite von Kirchen und Verbänden eine gewisse personelle Kontinuität, die sich schließlich auch bei den Experten herstellen ließ, während die übliche Fluktuation in Unternehmen auch hier einen zu häufigen Wechsel bedeutete. Kontinuität war wichtig, weil sie durch persönliche Bekanntschaft, Kenntnis der jeweiligen Hintergründe und Anliegen sowie der Argumentationsgewohnheiten eine Gesprächsatmosphäre ermöglichte, in der – mindestens zeitweise – offene und weitgehend störungsfreie Kommunikation gelingen konnte. Auf beiden Seiten fehlten immer wieder die personellen bzw. zeitlichen Ressourcen, um sich in die jeweiligen Themengebiete umfassend einzuarbeiten, was durch Einholen entsprechender Expertise in den Unternehmen oder Einrichtungen der eigenen Seite nur punktuell kompensiert werden konnte. Wo Ergebnisse erzielt wurden, war dies nicht zuletzt den einschlägigen Kompetenzen einzelner Dialog-Mitglieder mit entsprechender Erfahrung oder der Einbindung externer

Experten zu verdanken. Insbesondere die Beteiligung der beiden kirchlichen Fachstellen, die im Vorläufer-Dialog bis 1993 noch nicht vorgesehen war, erwies sich als wichtige Voraussetzung für das notwendige Fachwissen und gesundheitspolitische Bewusstsein auf kirchlicher Seite. Ähnliches gilt für die Mitgliedschaft von Mitarbeitern der beiden großen Hilfswerke nach 2009. Allein die Tatsache, dass der Pharmadialog im Dialogprogramm der GKKE die mit Abstand längste Laufzeit aufweist, zeigt, dass der Generationenwechsel an Personal und Themen offenbar gelungen war.

V. Ausblick

Kirchliche Akteure hatten schon immer in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Pionierfunktionen übernommen und sich dann auch wieder (teilweise) zurückgezogen, als staatliche oder andere zivilgesellschaftliche Akteure jeweils genügend aktiv geworden waren. Das gilt für die vielen Jahrhunderte von Krankenversorgung insbesondere Armer vor Einführung staatlicher Krankenversicherung und Krankenhäuser im Europa des 19. Jahrhunderts, für die Ausbildung in Krankenpflege- und anderen Gesundheitsberufen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, für Basisgesundheitsprogramme in den 1970er Jahren, in jüngerer Zeit für Home-based care AIDS-Kranker, deren massenhafte stationäre Versorgung Krankenhäuser überforderte. Entsprechend ist es auch möglich, dass wichtige Pionieraufgaben des Pharmadialogs der GKKE im Laufe der Jahre durch andere Akteure, wie staatliche Stellen oder nicht-kirchliche NGOs, oder Initiativen, wie Selbstverpflichtungen und öffentliche Diskurse, übernommen werden.

Seit den 1990er Jahren haben sich entscheidende Rahmenbedingungen geändert. Die universitäre, zivilgesellschaftliche und EZ-Expertise im Bereich internationaler Gesundheit hat sich professionalisiert und differenziert (u.a. GFATM, GAVI, AgA, MSF mit eigenem Programm zu unentbehrlichen Arzneimitteln, Universities Allied for Essential Medicines/UAEM), d.h. es besteht in bestimmten Fragen weniger Bedarf an diesem einst weitgehend konkurrenzlosen Dialog, und spezielle Fragen können nicht mehr mit der höchst möglichen Kompetenz vertreten bzw. bearbeitet werden. Deutsche (forschende) Pharmaunternehmen wurden (bis auf drei) an internationale Konzerne verkauft, so dass die Entscheidungsebene nicht mehr in Deutschland liegt und deshalb in vielen Fragen ein Dialog auf internationaler statt nationaler Ebene erforderlich wäre. Ethische Selbstverpflichtungen von Pharmaunternehmen und deren Einhaltung ebenso wie staatliche Regulierungen und andere Formen öffentlicher Kontrolle durch Medien im globalen Süden und Norden haben zugenommen, so dass der Dialogbedarf an diesen Punkten gesunken sein könnte. Kritische Anfragen im Pharma-Brief der BUKO-Pharmakampagne gibt es weiterhin auch an die Sortimentgestaltung, z.B. zuletzt von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Indien, Brasilien und Uganda, doch die Produktinformationen wurden weniger thematisiert und die Kritik insgesamt hat sich stärker in Richtung vernachlässigte Forschung & Entwicklung sowie Patente und Preise verschoben.

Zu den möglichen neuen Zielen könnte gehören, wie schon beim ACCESS-Projekt Wege für mögliche PPP zwischen Hilfswerken oder anderen Akteuren

der EZ und Pharmazeutischen Unternehmen zu ebnen ohne hier selbst Akteur zu werden. Aber ob und inwieweit dies zu den Aufgaben eines Dialogs und zu den Interessen von kirchlichen Hilfswerken oder Fachstellen gehört, dürfte insbesondere auf kirchlicher Seite umstritten bleiben.

Ähnlich ist die Frage zu stellen, ob die durch den Dialog mit Pharma-Unternehmen entstandene Fokussierung auf die Medikamentenversorgung angesichts der inzwischen noch besser sichtbaren Breite globaler Gesundheitsthemen für eine kirchliche Perspektive nicht eine allzu große Einengung darstellen kann. Für eine wünschenswerte Ausweitung des gesundheitlichen Themenspektrums wären dann allerdings ganz andere Gesprächspartner auf Wirtschaftsseite erforderlich. Denn bei entscheidenden gesundheitsrelevanten Themen wie importiertem Giftmüll oder gesundheitsverträglichen Produktionsbedingungen im globalen Süden, Gefährdung der Ernährung und Trinkwasserversorgung durch Land grabbing und Wasserprivatisierung, Prävention lebensstil-bedingter Erkrankungen (Non-communicable diseases/NCDs wie Lungen- und Darmkrebs oder Herz-Kreis-Laufkrankungen) oder Fehlen sozialer Sicherungssysteme (die durch Universal Health Coverage/UHC angegangen werden sollen), um nur einige von der langen Liste aktueller Global Health-Themen in den SDGs zu nennen, ist die Pharma-Industrie sicher nicht der richtige Ansprechpartner innerhalb der deutschen Wirtschaft. Im Hinblick auf Arbeitsbedingungen und Ernährungssicherung gibt es ja bereits kirchliche Aktivitäten, die Einfluss auf die deutsche Wirtschaft nehmen wollen, aber bisher nicht vorrangig unter dem Aspekt Gesundheit betrieben werden. Ob sie sich für eine Beteiligung unter dem neuen Modebegriff Global Health gewinnen ließen, könnte einen Versuch wert sein. Im Hinblick auf das globale Problem des Fachkräfte-Mangels im Gesundheitswesen wäre die deutsche Gesundheitswirtschaft ein möglicher Dialogpartner, weil sie sowohl durch Abwerbung oder zumindest Nutzen aus globaler Fachkräfte-Migration als auch durch die Möglichkeit, vorübergehende Aus- und Weiterbildung hierzulande anzubieten, Verantwortung trägt oder übernehmen könnte.

Wenn die ursprüngliche exklusive Dialogstruktur mit der Wirtschaft ganz aufgegeben würde, könnten zwar weitere Dialogpartner z.B. aus der Entwicklungszusammenarbeit, der Wissenschaft oder dem Gesundheitswesen beteiligt werden. Allerdings ist dann zu fragen, ob zur globalen Gesundheit nicht bereits genügend (spezialisierte) Foren bestehen, so dass eine Doppelung wenig sinnvoll wäre. Würde man sich hingegen als GKKE in diese bestehenden Foren, in denen jeweils schon kirchliche Akteure engagiert sind, stärker einbringen, z.B. den Runden Tisch Gesundheit im BMZ, die AKME oder die AG Gesundheit

von VENRO, entstünde kaum ein Zusatznutzen. Nur wenn ein aktuelles und wichtiges Themenfeld gefunden werden könnte, in dem noch kaum einschlägiger Dialog ungleicher Partner stattfindet und gleichwohl nennenswerte Beeinflussbarkeit durch deutsche Akteure gegeben wäre, erschiene hier ein völlig neues Engagement der GKKE gerechtfertigt.

VI. Literatur und publizierte Dokumente

BUKO Pharma-Kampagne, Stellungnahme der BUKO Pharma-Kampagne zum gemeinsamen Positionspapier der Kirchen mit der Pharmaindustrie „Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“ (Sperrfrist 13.2.91, 11.00 Uhr – wahrscheinlich 1992 gemeint, weil Bezug auf die Version vom 13.9.1991).

BUKO Pharma-Kampagne, Lassen sich die Kirchen vor den Karren der Pharmaindustrie spannen? URL: http://www.bukopharma.de/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=74&cntnt01detailtemplate=newdetail.tpl&cntnt01lang=de_DE&cntnt01returnid=192 (27.5.2009)

BUKO Pharma-Kampagne, 3 Länder – 3 Kontinente – 3 Märkte – Das Arzneimittelangebot in Indien, Brasilien und Uganda, in: Pharma-Brief 8-9 (2014) 6-10.

Chorev, Nitsan, The World Health Organization between North and South (Ithaca/NY: Cornell University Press 2012).

Elliesen, Tillmann/Schradi, Johannes, Riskanter Dialog, in: Welt-Sichten 6/2009.

Fleischer, Klaus, Der Dialog zwischen „Big Pharma“ und den Kirchen. Ein steiniger, zielgerichteter Weg, in: Heilung & Heil 2/2010, 19-21.

GKKE – BPI (Hg.), Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Positionspapier der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE) und des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) = Schriftenreihe der GKKE 20 (Bonn und Frankfurt/M.: Deutsche Kommission Justitia et Pax 1992).

GKKE – VFA (Hg.), Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Positionspapier der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung und des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (Red. Harry Neyer) = Schriftenreihe der GKKE 23 (Bonn: GKKE und VFA, unveränderte, mit einem neuen Vorwort versehene Neuauflage 1999).

GKKE – VFA (Hg.), Grundlagen für konzertierte Maßnahmen gegen die HIV/AIDS-Pandemie (Red.: Jürgen Hambrink) = Schriftenreihe der GKKE 29 (Bonn: GKKE/Berlin: VFA 2002).

GKKE – VFA (Hg.), Bekämpfung tropischer Armutskrankheiten. Grundlagenpapier für den Arbeitskreis Kirchen/Pharmaindustrie von Matthias Vennemann = GKKE-Schriftenreihe 40 (Bonn/Berlin: GKKE 2006).

GPHF (German Pharma Health Fund e.V.), Positionspapier Kirchen/Pharma-Industrie: Konflikte durch Dialog überwinden, in: GPHF News 2/1992, 1-2.

Hartog, Robert/Schulte-Sasse, Hermann, Arzneimittel in der Dritten Welt: Die Rolle der deutschen Pharmaindustrie (Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag Wissenschaft 1993).

Hartog, Robert/Schulte-Sasse, Hermann, Das bundesdeutsche Arzneimittelangebot in der Dritten Welt: Bestandsaufnahme und pharmakologische Bewertung (Bielefeld: BUKO Pharma-Kampagne 1990).

Hartog, Robert/Schulte-Sasse, Hermann, Zur Geschichte der deutschen pharmazeutischen Industrie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Weltmarktstellung und zu ihrer Rolle in den Gesundheitssystemen von Entwicklungsländern (Diss. med. Frankfurt/Main 1991).

JS [Jörg Schaaber], Kirchen und Industrie Hand in Hand?, in: Pharma-Brief 10/2001, 8.

Kaufmann, Gesine, Dialog zwischen Welten, in: Welt-Sichten 11/2012, 28-29.

Klinkhammer, Gisela, „Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“. Kooperation von Kirchen und pharmazeutischer Industrie, in: Deutsches Ärzteblatt 89/11 (11.3.1992) 27.

Kulessa, Manfred/Neyer, Harry/Ott, Martin (Hg.), Allianzen der Solidarität. Das Dialogprogramm der GKKE – Entwicklung als soziale Frage = Materialien zum GKKE-Dialogprogramm Heft D19 (Bonn: GKKE 1997).

Lefringhausen, Klaus [Red.], Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Bericht über einen Studientag des Dialogprogramms der Kirchen "Entwicklung als internationale soziale Frage" Bonn, 8. März 1983 = Texte zum Kirchlichen Entwicklungsdienst 30 (Frankfurt/M.: Lembeck 1983).

Neyer, Harry, Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Kirchen und Pharma-Industrie im Dialog, in: Missionsärztliches Institut 1922-1997 (1997) 79-86.

Neyer, Harry, Interview „Kirche und Pharmaindustrie im Dialog“, in: Heilung und Heil 2/2001, 5-6, identisch mit Neyer, Harry, Interview „Kirche und Pharmaindustrie im Dialog“, in: DIFÄM – Gesundheit in der Einen Welt 4/2001, 12-13.

Neyer, Harry, Interview „Runder Tisch mit ungleichen Partnern“, in: DIFÄM – Gesundheit in der Einen Welt 3/2001.

Richter, Judith, Pharmaindustrie versucht Kirche vor ihren Karren zu spannen, in: Pharma Brief. Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne 1-2/1992, 1-4.

Schmid, Raimund, Arzneimittel: Kirchen und Industrie koalieren, in: epd-Entwicklungspolitik 4/1992.

Schulte-Sasse, Hermann, Das falsche Vertrauen der "Dritten Welt" in Medikamente, in: Berthold Bös/Angelika Wörthmüller (Hrsg.) Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde (Saarbrücken: Breitenbach 1987) 241-251.

Seiterich-Kreuzkamp, Thomas, Deutsche Pharma-Multis, die Armen und die Grosskirchen – Viel gewagt. Ungleiche Partner, hochgespannte Ziele: streicht die Großindustrie den Segen ein? , in: Publik-Forum (28.2.1992) 16.

WHA, Thirty-Second World Health Assembly, Action Programme on Essential Drugs. Progress report by the Director General, 26.3.1979 = WHA A32/10.

WHO [World Health Organization] Executive Board, Sixty-Third Session, Action programme on essential drugs = EB63.R20 (Genf: WHO 1979).

Teil B

Kommentare aus der Perspektive der beteiligten Akteure

Politischer Dialog zu Gesundheit und Entwicklung

Dr. Jürgen Hambrink, ehemals GKKE-Geschäftsführer (evang.)

Kein Vorhaben der GKKE kann auf einen solch langen Zeitraum zurückblicken wie der Dialog mit der pharmazeutischen Industrie. Daraus leitet sich leicht der Eindruck einer Sonderstellung innerhalb des Arbeitsspektrums der GKKE ab – ein Eindruck, der jedoch nur bedingt zutrifft. Denn im Hinblick auf den Partner und die Ziele folgt der Pharmadialog dem Grundmuster der Arbeit der GKKE; er ordnet sich ein in deren Mandat und Aufgabenstellung. Sowohl in den beiden zeitlich gesonderten Dialogprogrammen der Achtziger- und Neunzigerjahre als auch in der Normalität ihrer regulären Arbeit ließ sich die GKKE auf „umstrittene Partnerschaften“ ein, wie es mit Blick auf den Pharmadialog heißt. Mit dem Bauernverband wurden schon früh Gespräche zur Agrarpolitik und zum Agrarhandel geführt; mit der Aluminium- bzw. Autoindustrie gab es Gesprächsreihen zur Sicherung sozialer Standards entlang der Produktionskette. Sie alle galten als eher sperrige Partner.

In der Vereinbarung der Träger der GKKE heißt es dazu, dass sich die GKKE „Dialogvorhaben mit Vertreter(innen) aus Politik und Gesellschaft“ sowie „der Erarbeitung und Abgabe gemeinsamer Stellungnahmen ... widmet“. Wesentliches Element dieser Gespräche war stets auch der Bezug zur Öffentlichkeit. In der Publikationsliste der GKKE finden sich Stellungnahmen wie auch Dokumentationen von Veranstaltungen. Das ist nur folgerichtig, wenn es, wie von der GKKE oft und gern betont, um die Schaffung von „Allianzen der Solidarität“ geht. Die GKKE teilt das Verständnis, dass Entwicklung eine Aufgabe der Gesellschaft ist, der gesamten Gesellschaft, wie es früher etwas bieder gesagt wurde. Sie versteht Entwicklung aber auch als eine politische Aufgabe; somit ging es immer auch um die politische Dimension der Themen. Ein Dialog mit gesellschaftlichen Gruppen oder Verbänden ohne politischen Bezug wäre eine unangemessene, das Entwicklungsverständnis verkürzende Vorgehensweise.

Der Dialog mit der Pharmaindustrie steht unter dem Rahmenthema Gesundheit in Entwicklungsländern. Dass es Kirchen und pharmazeutische Industrie nicht allein in der Hand haben, hier umfassende Lösungen zu schaffen, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Es ist offensichtlich, dass Gesundheit als Teil der Daseinsvorsorge öffentlich gewährleistet werden muss. Konsequenterweise benennt schon die erste gemeinsame Stellungnahme von Kirchen und Pharmaindustrie von 1992 die Unverzichtbarkeit der Politik für umfassende Lösungen. Aber im Fokus stehen zunächst die Beiträge von Kirchen und Pharmaindustrie; schließlich sind beide relevante Akteure in der Gesundheitsversorgung. Von kirchlicher Seite gründet das Interesse am Thema Gesundheit nicht zuletzt darin, dass vor allem in afrikanischen Ländern das Gesundheitswesen in beachtlichem Maße in kirchlicher Trägerschaft liegt. Dass dort wirksame Medikamente im benötigten Umfang zur Verfügung stehen, ist ein nahe liegendes Ziel, das in der Realität nur allzu oft verfehlt wird. So war der gravierende Mangel an Behandlungsmöglichkeiten für AIDS-Patienten, hervorgerufen durch das Fehlen kostengünstiger Medikamente in Entwicklungsländern, Anlass für die Stellungnahme von 2001. Die kirchliche Seite setzte darauf, von der Pharmaindustrie ein Bekenntnis zur differenzierten Preisgestaltung bei antiretroviralen Medikamenten zu erhalten. Die Erklärung von 2006 wurde im Hinblick darauf erarbeitet, den Mangel an Medikamenten zur Bekämpfung tropischer Armutskrankheiten zu überwinden, indem die Unternehmen sich zu verstärkten Investitionen in die Entwicklung geeigneter Medikamente bereit erklärten.

Beide Stellungnahmen dokumentieren die Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie, sich entsprechend zu bewegen. Die Erklärung von 2006 ordnet zudem die spezifischen Leistungsmöglichkeiten beider Partner genauer in den breiteren Kontext notwendiger Maßnahmen auf Seiten der Politik ein. Nur in einem insgesamt gestärkten Gesundheitssystem, so der Tenor, können Entwicklungsländer eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Im Gegensatz zu diesem Erfordernis war jedoch zu konstatieren, dass die Aufwendungen in den Entwicklungsländern wie auch die Beiträge der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich gering und in den vorangegangenen Jahren tendenziell rückläufig waren. Selbst die Millenniumsziele, die seit 2001 die Agenda der Entwicklungspolitik prägen sollten und u.a. einige signifikante Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vorsahen, brachten keine Trendwende. Politische Signale der Bundesregierung, etwa aus Anlass der G8-Gipfel, führten nicht zu konsistenten Programmen oder Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund konzentrierten sich die Partner im Pharmadialog stärker als zuvor darauf, für die Ausweitung der Gesundheitsförderung in der Entwicklungszusammenarbeit zu lobbyieren. Forderungen dazu wurden in den Pressekonferenzen zur Vorstellung der gemeinsamen Stellungnahmen erhoben; sie wurden in bilateralen Gesprächen mit Abgeordneten des Entwicklungsausschusses des Bundestags vertieft und in Parlamentarischen Abenden weiter verfolgt. Mehrere Donnerstagsgespräche der GKKE widmeten sich dieser Thematik wie auch Fachgespräche mit Politikern und hochrangigen Vertretern der Kirchen und der Pharmaindustrie. Erst die Zusammenschau der Stellungnahmen mit diesen Aktivitäten ergibt ein abgerundetes Bild: Angestrebt wurde ein breiter politischer Diskurs zur Situation und zur Verbesserung der Gesundheitssituation in Entwicklungsländern. Das besondere Momentum, von dem man sich Wirkung versprach, war dabei die Gemeinsamkeit solch unterschiedlicher Partner wie der Kirchen und der Pharmaindustrie.

Schließlich wurde aus Anlass der Bundestagswahl 2009 eine Stellungnahme vorgelegt, die mehr politische Verantwortung, eine Erhöhung der Wirksamkeit und eine bessere finanzielle Ausstattung des Politikfeldes forderte. Es ist nicht frei von einer gewissen Ironie, dass dieses am stärksten umstrittene Papier die raschesten sichtbaren Ergebnisse hatte: der geforderte Unterausschuss „Gesundheit in Entwicklungsländern“ wurde nach der Wahl im Bundestag eingerichtet und die ebenfalls skizzierten Grundfiguren einer privat-öffentlichen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich wurden im BMZ als eine Referenzgröße für die weitere Ausgestaltung dieses Förderinstruments genutzt.

Während der Unterausschuss im Bundestag nach einer Wahlperiode nicht erneuert wurde, hatten die Empfehlungen zu neuartigen Partnerschaften erst längerfristig Konsequenzen. GKKE wie auch vfa (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.) hatten bei der Pressevorstellung des Papiers ihr Interesse an gemeinsamen Vorhaben mit der Bundesregierung betont, die über die bilaterale Kooperation zwischen Regierung und Privatwirtschaft hinaus auch zivilgesellschaftliche Akteure beteiligten. Von der GKKE war dabei als prioritäres Interessenfeld die Ausbildung von Fachkräften im Pharmabereich herausgestellt worden. Es dauerte dann noch mehrere Jahre, bis es 2013 gelang, das Kooperationsprojekt zur Ausbildung von pharmazeutischen Fachkräften in Tansania auf den Weg zu bringen. Es ist über seine praktische Bedeutung hinaus auch politisch interessant, nimmt es doch strukturell einige Elemente einer Multi-Akteurs-Partnerschaft vorweg, der inzwischen erhebliche Bedeutung zur Erreichung der Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) beigemessen wird.

Sicherlich kann man über die Erfolge der Dialoge und der verschiedenen öffentlichen Interventionen streiten, wie man auch über die Qualität der jeweiligen Äußerungen streiten kann. Das hat die GKKE durchaus auch in anderen thematischen Zusammenhängen erfahren. Einige Stellungnahmen und Berichte der GKKE, etwa zu Fragen der entwicklungspolitischen Kohärenz oder des Rüstungsexports, sind von Adressaten im politischen Raum scharf kritisiert worden. Der GKKE war stets bewusst, dass, wer sich öffentlich äußert, auch bereit sein muss, Kritik hinzunehmen.

Doch war die verschiedentlich am GKKE-Pharmadialog geäußerte Kritik anders gelagert; insbesondere die Kritik der Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) richtete sich nicht nur gegen einzelne Stellungnahmen, sondern gegen den Dialog an sich. Die BUKO mit ihrer Bevorzugung der Konfrontation war insoweit ein treuer Begleiter des Dialogs. Diese ablehnende Position fand jedoch auch Befürworter in kirchlichen Kreisen, es gab auch hier, insbesondere in den Entwicklungswerken, Stimmen, die die Sichtweise der BUKO teilten und einen Dialog mit einem solch „belasteten“ Partner wie der Industrie, der Pharmaindustrie zumal, für verfehlt hielten. Diese latent vorhandene Einstellung wurde vor dem Hintergrund konkreter Anlässe virulent; so im Umfeld der Erklärung zu den tropischen Armutskrankheiten, in deren zeitlicher Nähe unter Beteiligung kirchlicher Werke die „Berliner Erklärung“ zum Patentrecht veröffentlicht wurde und eben auch im Umfeld der Erklärung aus Anlass der Bundestagswahl 2009, als sich (die kirchlichen) kirchliche Mitglieder im Aktionsbündnis gegen AIDS der Kritik der BUKO anschlossen und dies auch öffentlich machten.

Aus der Sicht der GKKE musste diese Kritik, so vehement sie auch vorgetragen wurde, ins Leere laufen, da sie das festgeschriebene Mandat der GKKE – Auseinandersetzung im Dialog, keine konfrontativen Kampagnen – unberücksichtigt ließ. Dennoch waren die Irritationen auf Seiten der Industrie angesichts dieser kirchlichen Vielstimmigkeit erheblich. Zwar wurde der GKKE-Dialog mit der Pharmaindustrie dadurch nicht gefährdet, gefördert aber eben auch nicht. Gerade im Hinblick auf die Skizzierung neuartiger Partnerschaften, wie sie in der Erklärung von 2009 enthalten war, gelang es der GKKE nicht, die kirchlichen Hilfswerke davon zu überzeugen, dass darin ein Potential zur Verbreiterung ihrer eigenen Arbeit im Gesundheitsbereich liegen könne. Erst später, als das von der GKKE angestoßene Vorhaben in Tansania erste Früchte trug, begann sich die Einschätzung in den Hilfswerken zu ändern. Welche neuen Gesprächsergebnisse dadurch möglich werden, bleibt abzuwarten.

Das Besondere an diesem Wirtschaftsdialog

Harald Zimmer, Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa)

Sowohl die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) als auch die Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) setzen das Ziel von Entwicklungspartnerschaften. Die UN dachten bei den SDGs explizit auch an eine Einbeziehung des privaten Sektors – denn die Agenda 2030 erfordert eine globale Partnerschaft all derjenigen, die einen Beitrag dazu leisten können.

Den Pharmadialog, der mehr und mehr zu einer Kooperation geworden ist, gibt es seit 25 Jahren. Als er begann, waren sogar die MDGs noch in weiter Ferne. Auch heute ist es keineswegs selbstverständlich, dass NGOs und Privatwirtschaft an gemeinsamen Entwicklungsprojekten arbeiten.

In Verbandsgremien der deutschen Industrie ist selten eine NGO zu Gast. Auch wenn es einmal dazu kommt und anschließend übereinstimmend festgestellt wird, dass sich der Austausch lohnt, folgt daraus meist keine systematische Zusammenarbeit. Beispiel Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI): Er bemüht sich aktiv um die Kooperation mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung – die Brücke zu den NGOs muss dabei aber noch geschlagen werden.

Man kann lange darüber philosophieren, was es anscheinend so schwer macht, Industrie, Zivilgesellschaft und Institutionen zusammenzubringen. Zur Beschreibung des Status Quo gibt es Begriffe wie „Denken in Silos“ und „Paralleluniversen“. Kommuniziert wird oft in Kampagnenform statt miteinander, und allzu oft werden Feindbilder gepflegt, statt nach Möglichkeiten der Kooperation zu suchen.

Der Pharmadialog von GKKE und vfa – und das ist das Besondere – hat sich hingegen in zweieinhalb Jahrzehnten von der Auseinandersetzung zum Miteinander entwickelt. Und wir reden nicht nur, wir tun auch gemeinsam etwas, auch mit Erfolg, denn wir haben zum Beispiel ein Projekt zur Verbesserung der Ausbildung pharmazeutischer Fachkräften in Tansania erfolgreich auf den Weg gebracht.

Selbstverständlich verlaufen die Treffen keineswegs nur in Harmonie. Gerade die Vertreter forschender Pharma-Unternehmen müssen häufig Kritik einstecken. Industrie wie NGOs sind es aber den Menschen vor Ort schuldig, das

Nötige und uns Mögliche zu tun, um ihnen zu helfen. Arme Länder ohne leistungsstarke Gesundheitssysteme und Solidarkassen benötigen schließlich auch Medikamente, und die Patienten dort hoffen ebenso wie ihre Leidensgenossen in den reicheren Ländern auf Innovation. Immer wieder wird diskutiert, ob „einfach die Medikamente verbilligen“ denn nun etwas Relevantes in den ärmeren Ländern bewirken könnte oder nicht – und ob diese vielerorts geäußerte Forderung denn nun ihre Berechtigung hat. Die Erfahrung bei den vernachlässigten Tropenkrankheiten, bei deren Bekämpfung forschende Pharma-Unternehmen in großem Umfang die benötigten Medikamente für die Behandlungsprogramme spenden, zeigt: Selbst wenn Medikamente nichts kosten, kommen sie allzu oft nicht zu den Patienten.

Die Partner im Pharmadialog verbinden gemeinsame Ziele: eine größere Bedeutung der Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit, leistungsfähigere Gesundheitssysteme, mehr und höherwertige medizinische Versorgung vor allem im ländlichen Raum, eine bessere Zusammenarbeit von Einrichtungen staatlicher und kirchlicher Träger, um nur einige zu nennen. Dafür gemeinsam einzutreten gegenüber Politik und anderen Gruppen, ist wirksamer, als wenn es jede Seite für sich täte. Kirchlich getragene Einrichtungen vor Ort können die Wirkung von Projekten, die von der Industrie unterstützt werden, nachhaltig steigern, und umgekehrt.

Warum sind kirchlich getragene Entwicklungsorganisationen die richtigen Gesprächspartner für die Pharmaindustrie? Die Kirchen sind in vielen Schwellen- und Entwicklungsländern noch immer die Träger von großen Teilen der medizinischen Infrastruktur. Die Kirchenseite hat deshalb gegenüber der Industrie einen Informationsvorsprung. Sie kennt die Verhältnisse vor Ort sehr genau, auch und gerade im ländlichen Raum. Die Kirchen haben Kontakt und ein Vertrauensverhältnis zu großen Teilen der Bevölkerung, insbesondere in Lateinamerika. Das Wissen um Krankheit und Prävention, die Bedeutung gesunder Ernährung, etwa bei Diabetes, kann über kirchlich getragene Strukturen leichter und schneller verbreitet werden als über neu aufzubauende Kommunikationswege.

Umgekehrt ist für die Unternehmensseite wichtig, dass Organisationen aus der Zivilgesellschaft die Strukturen und Abläufe bei forschenden Pharma-Unternehmen besser verstehen. Schließlich ist erste Voraussetzung für erfolgreiches Zusammenarbeiten eine solide Kenntnis voneinander und ausreichendes Vertrauen zueinander.

Die Tatsache, dass die Bundesregierung das Thema Globale Gesundheit in internationalen Gremien wie den G 7 und G 20 prominent platziert hat, ist für uns ein erfreulicher Ansporn auch für den Pharmadialog. Die von den Nachhaltigen Entwicklungszielen geforderte Entwicklungszusammenarbeit ist nirgends so wichtig wie im Gesundheitsbereich, wo sehr viele Partner zusammenarbeiten müssen, um den nachhaltigen Erfolg sicherzustellen. Der Pharmadialog ist ein gutes Beispiel für die dauerhafte Kooperation von Zivilgesellschaft und Privatsektor.

Daher ist es eigentlich schade, dass dies das Besondere am Pharmadialog ist und nicht längst ein Beispiel unter vielen.

Kooperation und ihre Früchte am Beispiel Mini-Lab

Professor Dr. em. Klaus Fleischer, Missionsärztliches Institut (MI)

Das Minilab des Global Pharma Health Fund (GPHF) gehört zu den Ergebnissen des 25jährigen Pharmadialogs, die eine erfolgreiche und langfristige Wirkung erreicht haben. Mit ihm können gefälschte oder minderwertige Medikamente in Zollprüfstellen oder Apotheken auch ohne High-Tech-Ausrüstung entdeckt werden. Es wurde in den späten 90er Jahren entwickelt und bei der EXPO 2000 in Hannover als Neuheit vorgestellt.

Regelmäßig erweitert kann es derzeit 120 Arzneispezialitäten, insbesondere Antibiotika, Antimalaria-Mittel, Antituberkulostatika, Virusstatika, insbesondere gegen HIV, Antihelminthika, Antimykotika und wichtige Nicht-Anti-Infektiva erkennen und semiquantitativ prüfen. Ein Minilab umfasst zwei Koffer à 25 kg Gewicht und kostet ca. € 3.200,- zuzüglich einem einwöchigen Training, das regional meist in Kleingruppen durchgeführt wird.

Wie notwendig dieses Instrument für viele Länder des Südens, die ihre Gesundheitssysteme weitgehend mit importierten Medikamenten versorgen müssen, ist, zeigen die Warnungen zahlreicher internationaler Organisationen vor dem riesig gewachsenen globalen Markt mit minderwertigen Medikamenten. Die Umsätze sind vergleichbar mit denen im internationalen Drogenhandel. Der Einsatz des Minilabs durch gut ausgebildete Fachkräfte in nationalen Behörden, Hospitälern und öffentlichen Apotheken hat sich als eine wirksame Maßnahme dagegen entwickelt. Es ist zum Beispiel Teil des „Access to safe Medicine“-Programms in Tansania, das vom VfA in Deutschland neben internationalen Organisationen gefördert wird. Die Anerkennung zeigt sich auch darin, dass es von der US-Pharmacopeial Convention zur fortlaufenden Überwachung der Arzneimittel-/Qualität in Afrika, Asien und Lateinamerika benützt wird. Bei fast allen „medicine regulatory authorities“ (MRA's) afrikanischer Länder (n=41) und bei der Mehrzahl asiatischer (n=30) und amerikanischer (n=16) MRA's ist es zur Basismethode geworden. Im Juni 2016 waren 750 Minilabs weltweit im Einsatz.

Im Pharmadialog vereinigen sich bei der Förderung der Entwicklung des Minilabs zwei ungleiche Ziele. Die Kirchen sehen sich als Anwalt des kleinen Endverbrauchers in einkommensschwachen Ländern, der für sein geringes Geld wirksame Medizin erhalten muss. Der VfA verfolgt das richtige und wichtige Ziel, skrupellose „Mitbewerber“ aufzudecken und möglichst zu stoppen. Beide

sehen in der Qualifizierung von Pharma-Fachkräften und in deren Ausstattung mit dem Minilab einen richtigen Weg, diesem Ziel näher zu kommen. Mit diesem Gerät wird die Lücke zwischen der reinen Papierprüfung von importierten oder lokal hergestellten Medikamenten und der anerkannten High-Tech-Laborprüfung verkleinert. Dies trägt deutlich zur Selbstachtung und besseren Marktposition von Ländern des Südens bei, erfüllt aber vor allem die Fachkräfte, die die Analysen durchführen, mit Motivation. Ihre Neigung zur Abwanderung in andere Positionen oder Länder dürfte damit geringer werden. Dies in einer kleinen Studie zu untersuchen, wäre für die Beurteilung des Minilabs und die Entscheidung zur weiteren Förderung hilfreich.

Als Alt-Mitglied des Pharmadialogs wünsche ich mir, dass GKKE und VfA die Gespräche aus unserer Verantwortung für die Menschen in der anderen Hälfte der Welt heraus mit neuen Kräften und Ideen fortführen. Die Verbreitung von Wissen über Medikamenten-Management in den vielen Studiengängen von Public Health und Nursing dort könnte der Schwerpunkt sein.

Das Angebot: 40 Basismedikamente zu Sonderkonditionen

Dr. Rainward Bastian, ehemals Deutsches Institut für ärztliche Mission (DIFÄM)

Der Auswertungsbericht von Herrn Bruchhausen stellt auf sehr gelungene Weise die wichtigen Gesichtspunkte des Pharmadialogs dar. Auf dem Hintergrund möchte ich im Folgenden ganz subjektiv ein Anliegen bzw. Angebot hervorheben, das mich bis zu meinem Ausscheiden aus dem Difaem 2007 nicht losließ.

Auf Seite 7 schreibt der Bericht über den BPI:

„Deren Weltverband, die International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), hatte sich schon auf seiner Vollversammlung Ende 1978 mit dem WHO-Programm beschäftigt, und einige große Unternehmen hatten sich bereit erklärt, einige kostengünstig produzierte und speziell ausgezeichnete Medikamente für den öffentlichen Sektor zu besonderen Bedingungen zu liefern, wenn diese in großen Mengen bestellt würden und die Bezahlung garantiert wäre (WHA A32/10: 3).“

Und so kam es bei dem ersten Gespräch des Pharmadialog 1979 zu dem Angebot von 40 Basismedikamenten zu Sonderkonditionen durch die deutschen Firmen.

Unser Dreier-Team aus dem Difaem war zu dem Treffen mit recht hohen Erwartungen angereist. Und sie wurden durch ganz persönliche Vorgänge am Rande der Begegnung verstärkt: Unser Leiter des Difaem entdeckte unter den Dialog-Partnern den Vertreter einer großen deutschen Firma, mit dem er bereits vor über zwei Jahrzehnten in Indien eng und vertrauensvoll zusammen gearbeitet hatte. Auch der Leiter des weltgrößten Pharmaunternehmens, damals Hoechst, war anwesend und war auf Pharmaseite die allseits anerkannte Führungsperson. Die Ärztin in unserem Team, die durch die Gründung eines wichtigen katholischen Krankenhauses in Ghana einen herausragenden Ruf genoss, erfuhr von dem Vertreter einer anderen Firma, welche große Hoffnungen auch in dessen persönlichem Umfeld an dieses erste Dialog-Gespräch geknüpft wurde: Endlich sollten die gravierenden Engpässe in der Medikamentenversorgung vor allem weiter Teile des afrikanischen Kontinentes behoben werden!

Und so beeindruckte auch mich dieses Angebot „40 Basis Medikamente zu Sonderkonditionen“ in ganz besonderer Weise: Ich hatte knapp sieben Jahre vorher in sehr schlimmer Weise erlebt, was der Mangel an lebenswichtigen Medikamenten bedeutet. Unser kirchliches Krankenhaus mit seinen 14 Außenstationen hatte als einzige funktionierende Gesundheitseinrichtung die Aufgabe, einen ganzen Distrikt mit 200 000 Menschen medizinisch zu versorgen. Natürlich gelang dies in den entlegenen Gebieten nur in ganz und gar unvollkommener Weise. Aber mit wenigen Medikamenten konnten gerade die unmittelbar zum Tode führenden Krankheiten in erstaunlicher Weise bekämpft werden – Malaria, Pneumonie, Magen-Darmerkrankungen. Sie waren für mehr als die Hälfte aller Todesfälle verantwortlich. Besonders dramatisch wurde es, wenn Antibiotika, Infusionen und das damals noch voll wirksame Medikament Chloroquin gegen Malaria in unserer Apotheke fehlte. Ich erinnere mich noch genau daran, wie meine ärztliche Kollegin händeringend zur nächsten staatlichen Station fuhr, um wenigstens etwas Chloroquin zu bekommen. Und immer wieder mussten wir die 1000 km zur staatlichen Zentralapotheke zurücklegen, der einzigen Versorgungsquelle, um unseren großen Medikamentenbedarf abzudecken. Und oft mussten wir mit halb-leeren Händen zurückfahren!

40 Basis Medikamente zu Sonderkonditionen, genau dies hätte alle unsere wichtigsten Medikamentensorgen damals beendet.

Im Rückblick auf den Pharmadialog muss ich leider festhalten: nie wurde dieses ursprüngliche Angebot der deutschen Pharmafirmen in die Wirklichkeit umgesetzt, nie gelang es den Firmen, sich wirklich auf den öffentlichen Markt einzustellen. Allein der Gegensatz der zwei „Märkte“ erwies sich als unüberwindbares Hindernis: hier der Privatmarkt mit den Medikamenten, die nur unter ihrem gesetzlich geschützten Markennamen in 10-, 20-, 100-Packung verkauft und von den großen deutschen Herstellern angeboten wurden. Und dort der öffentliche Markt mit den Medikamenten nur unter ihrer chemischen Bezeichnung in einfacher 1000-Tabletten-Verpackung.

Bei der Knappheit an ausgebildetem Personal wäre ich allein aus logistischen Gründen bei den bis zu 250 stationären Kranken und den vielen Außenstationen mit Zehn- und Zwanziger-Packungen deutscher Markennamen kaum in meinem abgelegenen Krankenhaus zurecht gekommen. Die Tausender-Packungen waren es, die die kirchlichen Krankenhäuser und natürlich auch alle anderen benötigten. Allenfalls in den Hauptstädten Afrikas gab es einen kleinen Privatmarkt für die Reichen.

Genau erinnere ich mich noch an ein Gespräch in der Zentrale des BPI Mitte der achtziger Jahre, bei dem eine Ärztin von Misereor und ich mit dem dortigen Geschäftsführer die festgefahrenen Gespräche wieder beleben wollten. Mit großer Vehemenz trug ich mein Plädoyer für den öffentlichen Markt vor und versuchte die deutschen Firmen zu bewegen, die Besonderheiten des öffentlichen Marktes zu respektieren und ein Angebot zu machen, dass der Praxis kirchlicher Krankenhäuser in den ländlichen Gebieten Afrikas gerecht werden konnte. Alles Bemühen war zwecklos. Zuletzt bezeichnete mich der Geschäftsführer als „Systemveränderer“, gewiss ohne wirkliche Berechtigung fühlte ich mich geradezu als „Kommunist“ gebrandmarkt.

Sicher muss ich in einer Analyse über das Scheitern des Angebotes vorsichtig sein. Wir kirchlichen Dialogpartner saßen sehr wohl auf einem hohen moralischem Ross und im Rückblick muss ich mich ernsthaft fragen, ob ich wirklich alles notwendige und dann eben auch hinreichende tat, um das – ja im Grunde großzügige – Pharmaangebot der Realität des kirchlichen Gesundheitsdienstes in Afrika anzupassen.

Um die Jahrtausendwende bekam die Auseinandersetzung noch einmal eine ganz besondere Wendung und Verschärfung. Zwar hatte sich inzwischen die Basisversorgung mit lebenswichtigen Medikamenten in ländlichen Krankenhäusern und Gesundheitsstationen in Afrika durch weitere staatliche und auch private zentrale Apotheken entspannt, aber bei der Immunschwächeerkrankung AIDS trat in sehr krasser Weise der Gegensatz arm/reich in den Vordergrund: Nur wenn du genug Geld hast, kannst du dir die 10.000 Dollar teure lebensrettende Dreifachbehandlung leisten.

Wieder trat der Rat eines ehemaligen Direktors des Chemieriesen BASF aus den achtziger Jahren in aller Klarheit mir ins Bewusstsein: Wenn eine Firma den regulären Produktionsprozess eines Medikamentes durchlaufen hatte, sollte sie „die Maschinen einfach eine gewisse Zeit noch produzieren lassen“. So der Rat von damals. Dann nämlich könnten Medikamente wirklich zu Sonderkonditionen hergestellt werden, ohne dass ihr Abgabepreis mit den so genannten Overhead Kosten wie Forschung, Werbung und Information, aufwändiger Anlauf des Produktionsprozesses belastet werden müssten. Und richtig eingesetzt, könnten solche Medikamente zu Sonderkonditionen sogar noch einen gewissen Deckungsbeitrag bei der Gesamtfinanzierung der Unkosten leisten.

Immer wieder versuchte die kirchliche Seite, sich für die Bereitstellung der überlebenswichtigen Dreifachtherapie bei AIDS durch die großen Pharmafirmen ein-

zusetzen. Das Bemühen blieb im Rahmen unseres deutschen Dialoges vergeblich. (Allerdings stellte die Firma Boehringer Ingelheim das Medikament Nevirapin kostenlos zur Verfügung, um die Virusübertragung von einer Schwangeren auf das noch ungeborene Kind zu verhindern.)

Sicher unterblieb die Preisreduktion der Dreifachtherapie wieder aus den unterschiedlichsten Gründen, vor allem waren die deutschen Zweigniederlassungen der ausländischen AIDS-Medikamenten-Hersteller nicht am Verhandlungstisch vertreten.

Dennoch, geradezu verletzt fühlte ich mich im Jahre 2001 bei einer kirchlichen Veranstaltung des Pharmadialogs durch die Antwort des damaligen Bundeswirtschaftsministers Werner Müller. Auf die Frage, ob die Industrie nicht doch solche Sonderkonditionen bei der AIDS – Therapie anbieten sollte, antwortete er lapidar in folgendem Sinne: Auch die Pharmaindustrie müsse ja doch in der einen oder anderen Weise Geld verdienen.

Fast zur gleichen Zeit gelang es indischen Firmen die Dreifachbehandlung AIDS auf circa 300 \$ zu senken, dank internationaler Bemühungen war später sogar ein Preisniveau unter 100 \$ möglich.

Sicher, der Pharmadialog der letzten Jahrzehnte in unserem Land brachte viele Gesichtspunkte zur Sprache und öffnete Augen auf beiden Seiten und öffnete vor allem Handlungsfelder für beide Seiten. Wenn er allerdings auf dieses eine wichtige Anliegen der Sonderkonditionen für Basismedikamente hin betrachtet wird, wie ich es hier tue, fällt die Bilanz nüchtern aus. Mein Wunsch ist, dass der Dialog in für die Menschheit über-lebenswichtigen Punkten in entscheidender Weise vorankommt.

GKKE-Pharmadialog aus Sicht eines kirchlichen Hilfswerkes

Astrid Berner-Rodoreda, Dr. Sonja Weinreich, Brot für die Welt

Der Pharmadialog zwischen kirchlichen Organisationen und dem Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA) mit seinen Mitgliedsunternehmen wurde von den Gesundheitsorganisationen der evangelischen und katholischen Kirche – dem Deutschen Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM) und dem Medizinischen Institut Würzburg (MI) – in den 80er Jahren initiiert, um eine Verbesserung der Medikamentenversorgung im globalen Süden zu erreichen. Zu einem kontinuierlichen Dialog kam es dann in den 90er Jahren durch die Koordination der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE), die Ressourcen für den Dialog zur Verfügung stellte und ihn damit auch verstetigte.

Die Bandbreite der Themen, mit denen sich der Pharmadialog befasste, reichte von Beipackzetteln über Schenkungsprogramme, Fachkräftemangel, vernachlässigte Krankheiten, HIV-Medikamente, Patente, Qualität von Medikamenten, ethische Standards bei der Durchführung klinischer Studien in Entwicklungsländern bis zur pharmazeutischen Ausbildung. Die zu diskutierenden Themen wurden meist von kirchlicher Seite eingebracht.

Die Vorgängerwerke des heutigen „Brot für die Welt – Evangelischer Entwicklungsdienst“, der Evangelische Entwicklungsdienst (Bonn) und Brot für die Welt (Stuttgart), hatten dabei unterschiedliche, aber komplementäre Positionen:

Der Evangelische Entwicklungsdienst sah in seinem Engagement die Chancen, die der Pharmadialog bot. Das Gespräch und gemeinsame Vorhaben mit der Pharmaindustrie wurden als wichtig erachtet, um auch auf diese Weise dazu beizutragen, Lösungen zu finden, wie bezahlbare Medikamente auch für arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen weltweit verfügbar werden.

Das Vorgängerwerk Brot für die Welt (Stuttgart) stand gemeinsamen Verlautbarungen von GKKE und vfa kritisch gegenüber, wie z.B. den gemeinsamen Wahlprüfsteinen und den gemeinsamen Handlungsempfehlungen aus Anlass der Bundestagswahl 2009. Mit den Wahlprüfsteinen war beabsichtigt, eine stärkere Stimme im Einsatz für bezahlbare Medikamente zu haben und so auf die Positionen der Regierung Einfluss zu nehmen. Kritisch wurde dagegen von Brot für die Welt angemerkt, dass hiermit der Eindruck erweckt wurde, dass Pharmaindustrie und Kirche dieselben Ziele verfolgten und deshalb gemeinsame Lobby- und Advocacyarbeit gegenüber der Bundesregierung leisteten. Brot für die Welt wollte im Rahmen seiner aktiven Mitwirkung im Pharmadialog einen kritischen Dialog mit der Pharmaindustrie in den Vordergrund stellen, um

den weltweiten bezahlbaren Zugang zu Medikamenten und Diagnostika sicherzustellen.

Einigkeit bestand bei den evangelischen Mitgliedern des Pharmadialogs darin, dass ihre Stimme – auch durch die Beteiligung von Brot für die Welt – einen Gewinn für die Auseinandersetzung mit der Pharmaindustrie bringen würde. Brot für die Welt hat daher – auch nach der Fusion der beiden Hilfswerke Brot für die Welt und Diakonie Deutschland in 2012 – den Bedarf gesehen, Entwicklungen im pharmazeutischen Bereich kritisch zu begleiten, Missstände anzuprangern und dabei auch die Anliegen von Partnerorganisationen aus dem globalen Süden zur Sprache zu bringen. Dazu zählt der erschwerte Zugang zu neueren wirksamen Medikamenten weltweit aufgrund überteuerter Medikamentenpreise, wie es zurzeit auch am Beispiel des hochpreisigen Sofosbuvir (Hepatitis C Medikament) im globalen Norden zu sehen ist. Diese Preise entstehen durch das Monopolrecht eines Herstellers, den Preis unilateral festzulegen. Um einen preisgünstigen Zugang zu neueren Medikamenten zu ermöglichen, ist eine Auseinandersetzung mit derzeitigen Forschungsanreizen und dem Für und Wider zu patentbasierter Medikamentenforschung dringend notwendig. Aus diesem Grund hat Brot für die Welt dieses Thema auch immer wieder auf die Tagesordnung gesetzt und sich auch dafür eingesetzt, dass ein Vertreter des Patentpools zu einer Sitzung eingeladen wurde, um über dieses wichtige Instrument aus erster Hand zu informieren. Auch die Forschungsdefizite in Bereichen, die keinen großen Gewinn für die Pharmaindustrie abwerfen – wie Kindermedikamente für Krankheiten, die im globalen Norden nicht häufig vorkommen oder armutsassoziierte vernachlässigte Krankheiten – waren und sind Brot für die Welt ein Anliegen.

Die Pharmaindustrie brachte jedoch immer wieder das Thema der gefälschten Medikamente auf die Tagesordnung. Alle beteiligten Mitglieder des Pharmadialogs sind sich einig, dass in keinem Land der Erde Medikamente, die nicht dieselben Inhalte wie das Originalprodukt aufweisen, toleriert oder akzeptiert werden dürfen. Das DIFÄM stellte in diesem Zusammenhang mehrmals das Minilab vor, mit dem zumindest einige Fälschungen entdeckt werden konnten. Als kirchliches Hilfswerk wiesen wir jedoch immer wieder darauf hin, dass der Begriff der Fälschungen, wie von Pharmaseite verwendet, oft so weit gefasst wird, dass auch Generika (Nachahmerprodukte) darunter fallen. Wir sahen diese Tendenz als höchst gefährlich an, da sie Nachahmerprodukte diskreditieren – zum Nutzen der Originalhersteller und zum Schaden der Versorgung der armen Länder mit kostengünstigen Medikamenten. Generika spielen eine essenzielle Rolle im Zugang zu Medikamenten – im HIV-Bereich hätte die lebenser-

haltende antiretrovirale Behandlung in Afrika ohne Generika nicht beginnen können und wäre auch heutzutage nicht möglich, denn die Kosten wären ansonsten für die betroffenen Länder viel zu hoch. Generika haben Millionen Menschenleben gerettet. Es sind wirkstoffgleiche Kopien eines bereits auf dem Markt befindlichen Erstanbieterprodukts. Sie werden wie Originalprodukte auf Qualität geprüft und müssen die Bioäquivalenz zum Originalprodukt nachweisen.

Die schädlichen Auswirkungen der Gleichsetzung von Generika mit Fälschungen wurde deutlich, als in den Jahren 2008-2010 Generika von indischen Firmen im europäischen Transit beschlagnahmt wurden, obwohl sie weder im Export- noch im Importland unter Patentschutz standen. Die Generika wurden von Zollbeamten als ‚Fälschungen‘ verstanden. Hier ließ auch das schließlich 2012 vom Europäischen Parlament zu Fall gebrachte Handelsabkommen ACTA (Anti-Counterfeiting Trade Agreement) grüßen. ACTA wollte gegen Produktpiraterie vorgehen und sah Befugnisse für Zollbehörden vor, bei Gütern im Transit gegen Markenrechtsverletzungen und Fälschungen vorzugehen. Generika sind weder Fälschungen noch verletzen sie Markenrechte; ihr Name orientiert sich jedoch oft am Namen des Originalprodukts. Deshalb wurden viele Generika unrechtmäßigerweise beschlagnahmt. Derartige Missstände mit der Pharmaindustrie zu diskutieren sieht Brot für die Welt als eine wichtige Aufgabe des Pharmadialogs an. Das evangelische Hilfswerk hat immer betont, dass Generika als gleichwertige und nicht als minderwertige Medikamente zu sehen sind. Wir haben deshalb mehrmals vorgeschlagen, Generikahersteller am Pharmadialog zu beteiligen, und hoffen, dass dies zukünftig umgesetzt werden kann.

Warum ist der Dialog für ein kirchliches Hilfswerk weiterhin wichtig? Die beschriebenen Probleme – mangelnder Zugang zu benötigten preisgünstigen Medikamenten – bestehen weiterhin und bedürfen einer Lösung. Dazu kommen neuere Entwicklungen wie die weltweit zunehmenden antimikrobiellen Resistenzen. Auch in Deutschland machen wir zunehmend die Erfahrung, dass Antibiotika nicht mehr wirken. Gleichzeitig sehen wir, dass die Kosten für einige Medikamente ins Unermessliche steigen. Es geht uns darum, weiter nach Möglichkeiten zu suchen, wie wir die Probleme der Forschung und der Entwicklung wie auch des kostengünstigen Zugangs zu benötigten und wirksamen neuen Medikamenten und Diagnostika weltweit lösen können. Dabei geht es zum einen um den rationalen Einsatz von Medikamenten, aber auch um die Forschung an neuen wirksamen antiviralen, antibiotischen, antifungalen und antiparasitären Medikamenten. Hier gilt es, Forschungsanreize zu schaffen, die die

Pharmaindustrie dazu animieren, in diese Bereiche zu investieren, aber gleichzeitig dafür zu sorgen, dass die entwickelten Medikamente auch bezahlbar sind und keinen Monopolrechten unterliegen. Der Pharmadialog hat sich Jahrzehntlang fast ausschließlich mit Medikamenten beschäftigt. Inzwischen ist klar, dass der Zugang zu Diagnostika eine ebenfalls wichtige Rolle spielen wird, um Resistenzen überhaupt zu erkennen. Wir möchten deshalb in Zukunft den Dialog auch auf Diagnostika ausweiten und Diagnostikhersteller mit einbeziehen.

Der Pharmadialog stellt eine wichtige Plattform dar für die Auseinandersetzung mit der Pharmaindustrie. Kirchen und kirchliche Werke werden in diesem Dialog weiterhin eine anwaltschaftliche Rolle einnehmen. Dies beinhaltet auch, unbequeme Fragen zu stellen und Antworten darauf einzufordern. Dass Fortschritte möglich sind, zeigt das Beispiel des Patentpools. Eine Reihe von Pharmaunternehmen haben in den letzten Jahren HIV- und Hepatitis C-Medikamente an den Patentpool lizenziert. Dadurch konnten vor Ort benötigte Kombinationspräparate kostengünstig hergestellt werden. Neben der Änderung bei den Forschungs- und Entwicklungsanreizen für die Entwicklung und Herstellung von neuen und dringend benötigten Medikamenten brauchen wir auch ein Umdenken der Pharmaindustrie.

Unser Interesse als kirchliches Hilfswerk besteht darin, einen differenzierten und kritischen Dialog mit der Pharmaindustrie weiterzuführen, damit alle Menschen weltweit ihr Recht auf Gesundheit geltend machen können.

Pharmazeutisch-technische Ausbildung im tansanischen Gesundheitssektor in den Fokus rücken – Beitrag des GKKE Exposure- und Dialogprogrammes

Jörg Hilgers³, Exposure- und Dialogprogramme e.V.

Im Rahmen des Exposure- und Dialogprogrammes vom 30. Januar bis 06. Februar 2016 haben 19 Vertreter/-innen der Pharmaindustrie, der Entwicklungszusammenarbeit, aus Gesundheitsfachorganisationen, Wissenschaft und Kirche wichtige Einblicke in die berufliche Bildung von Pharmazietechnikern bzw. Apothekenhelfern in Tansania gewonnen. Teilgenommen haben auch ostafrikanische Vertreter/-innen: Aus Tansania, eine für Qualitätsmanagement verantwortliche Pharmazeutin des Gesundheitsministeriums sowie der Direktor von *Christian Social Services Commission*, Fachorganisation für Bildung und Gesundheit der evangelisch-lutherischen und katholischen Kirche. Neben einer deutschen Vertreterin von *Merck* bereicherte ein kenianischer Experte von *Böhringer Ingelheim* mit seinem spezifischen Erfahrungshintergrund die Wahrnehmung und den Austausch der Besuchergruppe, sowohl vor Ort als auch im Nachgang.

Die katholische Universität *CUHAS-Bugando* in Mwanza und die *Kilimanjaro School of Pharmacy* (KSP) der lutherischen *Saint Luke Foundation* in Moshi haben diesen Faktencheck gemeinsam mit ihren Studierenden als Gastgeber möglich gemacht. Aufgrund der zentralen Rolle, die insbesondere KSP bei der Entwicklung des landesweiten, modularen Ausbildungscurriculums spielt, konnte auch die Unterstützung der *Registrar Pharmacy Council*, also der Leiterin der zuständigen Aufsichtsbehörde gewonnen werden. Ihrer EDP Schirmherrschaft, die anzubahnen und vorzubereiten ein komplexes Unterfangen war, ist es zu verdanken, dass der abschließende Fachdialog auch gemeinsam mit hochrangigen Führungspersonen des *Ministry of Health, Social Welfare, Gender, Elderly and Children* geführt werden konnte. Bei dieser Abschlussveranstaltung konnten die Exposure-Erfahrungen pointiert zur Sprache gebracht werden. Dass dabei ein für Ostafrika zuständiger Manager von *Bayer Health* als auch ein mit dem Thema befasster Vertreter des Sekretariats der *East African Community* engagiert mitdiskutierten, hat dem **Multistakeholder Dialog** zusätzliches Gewicht verliehen.

³ Diesen oder einen ähnlich gelagerten Beitrag zu verfassen, wäre ein großes Anliegen, aber auch eine genuine Aufgabe von Karl-Heinz Hein-Rothenbücher gewesen, der am 19. Juli 2016 so unerwartet verstarb. Ihm verdankt der Autor vieles – nicht zuletzt die Möglichkeit, dieses EDP gut vorbereitet und ko-moderiert zu haben.

Zunächst aber war es die multidisziplinär und interkulturell aufgestellte Teilnehmergruppe, die in einem viertägigen Exposure jungen Männern und Frauen im Rahmen ihrer Ausbildung begegnete. Die gastgebenden Studierenden teilten ihren Ausbildungs – und Lebensalltag mit den Besuchern in den genannten Einrichtungen. Wie die Studierenden selbst konnten die Besucher die Lehrkräfte des neuen Ausbildungsganges im theoretischen Unterricht und in der Praxis im Labor erleben – und in vielen informellen Gesprächen und Begegnungen.

Schlüsselerfahrungen

Erstaunlich – die präzise formulierte Motivation der Studierenden und ihr nicht selten erst mitten in der Nacht zur Ruhe kommender Arbeitseifer in der Prüfungsvorbereitung. *Bewegend* – die Einblicke, die sie gewährten in eine große Bandbreite an familiären Hintergründen und persönlichen Kompetenzen, die bei vielen von engagierten Elternhäusern und starken Familienbanden zeugen. *Irritierend* war aber vor allem die Erkenntnis, dass für eine große Mehrheit der besuchten Studierenden eines ganz klar zu sein scheint:

Diese modulare pharmazeutische Ausbildung („*dispenser*“; „*pharmaceutical assistant*“/ „*pharmaceutical technician*“) ist für viele vor allem eine Brücke zum angestrebten Akademiker-Beruf des Apothekers: Der Traum von einem guten Einkommen und die Hoffnung auf ein höheres soziales Ansehen in einem allseits anerkannten Gesundheitsberuf veranlassen College-Studenten, sich nach der Ausbildung um ein Bachelor- (und Master-) Studium an der Universität zu bemühen.

Deutlich wurde auch, dass der Prozess gerade erst begonnen hat, die starke Akademisierung und Theorielastigkeit zugunsten einer wirklich *praxisorientierten* („*competency-based*“) Ausbildung zu überwinden. Zumal wichtige Handbücher für die Lehrkräfte erst jetzt, also am Ende des Jahres 2016 zur Verfügung stehen und die Lehrerfortbildung in Methodik und Didaktik (auch zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung) noch nicht abgeschlossen ist.

Vor dem Hintergrund der eigentlichen Ziele des formal Ende 2016 zum Abschluss kommenden *develoPPP* Kooperationsprojektes und motiviert durch die persönlich bewegenden und zum Teil widersprüchlichen Erfahrungen haben die EDP Teilnehmenden auch die Führungspersonen der Ausbildungseinrichtungen kennen gelernt und befragt. Diese berichteten sehr offen von den zahlreichen Herausforderungen des massiv unterfinanzierten Gesundheitssektors. Ausfall der Ko-Finanzierung von Gehältern, ausbleibende Zuschüsse für Gebäudere-

novierungen, Fehlinvestitionen und „verschwundene“ Medikamentenlieferungen: Die Notwendigkeit eines gut funktionierenden Gesundheitssystems wurde von wichtigen Entscheidern des tansanischen Staates zumindest während der Amtsperiode des voran gegangenen Präsidenten *Kikwete* – man darf es so sagen – in zu vielen Fällen eklatant missachtet. Trotz dieser Probleme wurden die Besucher zu Zeugen der Ernsthaftigkeit und des hohen persönlichen Engagements der kirchlichen Partner, alles zu tun, was möglich ist, um diese wichtige Ausbildung (und vieles Andere) bestmöglich zu realisieren.

Dennoch: Was bleibt von dem grundsätzlichen Anliegen, gerade diese dringend benötigten Pharmazieassistenten und -techniker, v.a. aber die „Dispenser“, die verstärkt im ländlichen Raum zum Einsatz kommen sollen, in einer weitaus höheren Anzahl für das tansanische Gemeinwesen zur Verfügung zu stellen? Diese Frage offen formulieren, mit Belegen untermauern und mit konkreten Empfehlungen zur Strategieentwicklung zumindest im Ansatz auch bearbeiten zu können, ist ein wesentliches Ergebnis des Programmes und ein Verdienst des Engagements der EDP Teilnehmenden.

In ihrer Diskussion mit VertreterInnen der zuständigen Regulierungsbehörde für Apotheken und Apothekenberufe und mit den Führungskräften des Gesundheitsministeriums nahmen die EDP Teilnehmenden daher nicht nur die Perspektive der Studierenden ein oder erzählten mit starkem Ausdruck von den Hoffnungen und Zukunftsängsten der jungen Leute. In ihren Beiträgen, die von Perspektivenvielfalt gekennzeichnet waren, konnte vor allem auch die Bedeutung dieser von Staat, Wirtschaft und Kirche getragenen Entwicklungspartnerschaft in der Pharmazie-Ausbildung an entscheidender Stelle einprägsam formuliert werden. Diese **Multistakeholder Kooperation** – im formalen Rahmen eines *develoPPP* Projektes von GIZ und Pharmaunternehmen vereinbart, mitgetragen und inspiriert von kirchlichen Akteuren – wurde in ihrer Bedeutung allen Beteiligten in einer vertieften Weise zugänglich. Auch dem *Chief Medical Officer* des Gesundheitsministeriums, dem als Bindeglied zwischen operativ-fachlicher und politischer Ebene eine zentrale Funktion im Sektor zukommt. Dies hat im Gegenzug auch der zuständigen Apotheken-Aufsichtsbehörde (Pharmacy Council), die eng mit den kirchlichen (EDP-)Partnern kooperiert, den Rücken gestärkt.

Es war beeindruckend zu erleben, wie – in der kurzen gemeinsamen Zeit im EDP – kulturell wie professionell sehr unterschiedlich verortete Menschen gemeinsam Perspektiven entwickeln und ernsthaft Verständigung voran treiben können. Der interdisziplinär und international besetzten Teilnehmergruppe gelang es, im Dialog

mit Vertretern staatlicher Behörden und den Entwicklungspartnern wichtige Signale zu setzen für eine Fortführung und Intensivierung der pharmazeutischen Ausbildung. Wichtig war aber auch, dass die EDP Teilnehmenden kein Blatt vor den Mund nahmen, wenn es darum ging, die grundsätzlichen Funktionen des Staates zur Gewährleistung des Zugangs zu adäquater medizinischer Versorgung und auch die Durchsetzung der vom Staat erlassenen Politikrichtlinien anzumahnen und somit erfahrungsgesättigt *Advocacy* zu betreiben.

Wirkungen

Mit dem EDP und seinem Dialogworkshop in Dar es Salaam wurde die Rolle des Pharmacy Council, aber auch die Rolle von KSP als wichtigem Innovations-treiber im Sektor gestärkt. Das belegen formelle wie informelle Rückmeldungen, die dem Autor vorliegen. Das Exposure- und Dialogprogramm hat der nach wie vor unzureichenden Wahrnehmung der geforderten pharmazeutischen Berufsrollen ein starkes Signal entgegengesetzt. Wichtige Akteure (v.a. in Deutschland) denken ernsthaft und gestärkt durch die im EDP gewonnenen Erfahrungen darüber nach, wie sie die *tansanischen Stakeholder* auch über das Jahr 2016 hinaus begleiten und unterstützen können.

Wie in den behandelten Schlüsselkompetenzen eine an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasste, qualitativ verbesserte sowie quantitativ umfangreichere Ausbildung von Pharmazietechnikern bzw. Apothekenhelfern orientiert, ausgestattet und konzipiert werden muss, die dem Versorgungsbedarf der Patienten v.a. im ländlichen Raum gerecht wird – dies wurde durch das EDP nochmals sehr viel klarer! Hier haben alle am gesamten EDP Prozess beteiligten Personen und Organisationen – ohne dass dies von vorneherein beabsichtigt war – fachlich wie politisch relevante Referenzpunkte erarbeitet, die die Stakeholder nutzen können!

Nicht zuletzt: Ohne dieses Exposure- und Dialogprogramm wäre es – so darf man zu Recht behaupten – am 11. Oktober 2016 in Berlin nicht zu dem Multi-Stakeholder-Workshop von GKKE und vfa mit den Partnern aus Tansania gekommen, in deren Verlauf eine formelle Konsultation zur Fortsetzung der Kooperation in diesem Bereich vereinbart wurde.

Teil C

Nach der Auswertung: und wie geht's weiter?

Gertrud Casel, GKKE-Geschäftsführung (kath.)

Die GKKE wird den Pharmadialog als Dialogplattform fortführen, das hat der Leitungsausschuss im September 2016 entschieden auf der Grundlage der Auswertung, dem Auswertungsbericht und -workshop im Juni 2016.

Der Pharmadialog war nie einfach, dafür sind Kirchen und Pharmaunternehmen zu unterschiedliche Akteure. Aber er wird von allen Beteiligten geschätzt als Lern- und Erfahrungsplattform, die Vertrauensbildung und Zugang zu Netzwerken ermöglicht. Unbestritten ist bei allen unterschiedlichen Interessen das gemeinsame Ziel, Qualität von Medikamenten zu sichern und Zugang zu erleichtern. „Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren, unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle“, wie es im Ziel 3.8 der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung ausgedrückt ist. Die GKKE will die über Jahrzehnte gewonnenen Erfahrungen und Kompetenzen – fachlich wie methodisch – nutzen und damit weiter arbeiten. Angesichts der Bedeutung des Themas Global Health für die Partner, vor allem in Afrika und angesichts der zunehmenden Relevanz des Themas in der deutschen Politik – der G-20-Gipfel in 2017 wird erstmals auch eine Gesundheitsminister-Konferenz ausrichten – wollen sich die Kirchen in diesem Feld engagiert in den politischen Dialog einbringen. Und die GKKE kann die politische Advocacy zum Thema Global Health/Recht auf Gesundheit neben der fachlichen Arbeit des Missionsärztlichen Instituts in Würzburg (MI) und des Deutschen Instituts für ärztliche Mission (Difäm) sowie der Werke mit dem Pharmadialog stärken.

In der Auswertung wurde insbesondere die Unterstützung der Ausbildung Pharmazeutischer Fachkräfte in Tansania als gelungene Multi-Akteurs-Partnerschaft im Sinne der Nachhaltigen Entwicklungsziele begrüßt. Neben bisherigen und weiter aktuellen Themen wurden auf Zukunft hin etwa die Non-Communicable-Diseases (NCD, nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-, Krebs- und Stoffwechsel-Erkrankungen) ebenso wie das Thema „gesundheitsförderliche Lebensstile“ als wichtige Herausforderung angesehen. Gesundheitssystemstärkung und Qualitätssicherung durch intelligente Verteilung und vor allem Ausbildung (capacity building) sollten auf der Agenda des Pharmadialogs

bleiben. Generika- und Diagnostikahersteller sollten zukünftig mit einbezogen und einschlägige Wissenschaftler beteiligt werden.

Beim World Health Summit am 11.10.2016 in Berlin führten der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa) und die GKKE einen Workshop durch zum Thema „Strengthening Health Systems for Education and Training – Capacity Building through Multi-Stakeholder-Workshops“. Beteiligt waren Partner aus Tansania, Wilson Mlaki, der Direktor der St. Luke-Foundation und Elisabeth Shekalaghe, Registrar der tansanischen Pharmacy Councils, die im Land erfolgreich Curricula zu pharmazeutisch-technischen Ausbildungsgängen harmonisiert und modularisiert haben und dabei den Wechsel von wissens- zu kompetenz-basiertem Lernen vollziehen. Beteiligt war auch Karim Bendhaou, Präsident von Merck Serono, Nord-West-Afrika, der die Schwierigkeiten bei der Bekämpfung von gefälschten Arzneimitteln angesichts hochorganisierter internationaler krimineller Akteure beschrieb. Die GKKE war unter etwa 250 Mitwirkenden beim World Health Summit die einzige „Faith-Based-Organization“, ein erstaunliches Phänomen angesichts der hohen Bedeutung und Anzahl kirchlicher Gesundheits- und Ausbildungseinrichtungen in Afrika.

Beim anschließenden Multi-Stakeholder-Workshop, zu dem ebenfalls vfa und GKKE eingeladen hatten, zeigte sich die positive Dynamik der Dialogplattform Pharmadialog von ihrer besten Seite. Nicht nur die direkt beteiligten Pharmaunternehmen, sondern auch GIZ und kirchliche Partner zeigten sich beeindruckt von den bisherigen Fortschritten im Pilotprojekt. Vertreter der Pharmaindustrie aus der East-African-Community von Bayer HealthCare und Boehringer-Ingelheim aus Kenia, aber auch Vertreter der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit aus BMZ, GIZ und KfW wollen Ergebnisse aufgreifen und die Kooperation möglichst ausweiten zu einer qualifizierten pharmazeutischen Ausbildung in Tansania und der Region. Dass bei deutsch-tansanischen Regierungsverhandlungen im Sektor Capacity-Building in Global Health die pharmazeutische Ausbildung stärker in den Fokus rückt, dafür wollen sich Akteure in Berlin und in Dar es Salaam einsetzen, auch dies ein Beispiel für das Potenzial von Entwicklungspartnerschaften. Nicht zuletzt durch das Exposure- und Dialogprogramm in Tansania Anfang 2016 hat sich in diesem Sektor eine Allianz der Solidarität entwickelt.

Gerade im Feld des Capacity-Building sind Akteurs-Konstellationen, die die staatliche Seite mit einbeziehen, unerlässlich. Hier haben die Kirchen sicher besondere Chancen. Die Lernerfahrung des GKKE-Pharmadialogs, eine Entwicklungspartnerschaft zu begleiten, können und werden hoffentlich Viele am Runden Tisch in ihrer Advocacy-Arbeit nutzen. Kooperationen können aus dem

Pharmadialog entstehen, aber die Umsetzung sollte nicht bei der GKKE liegen, dies war eine Schlussfolgerung aus der Auswertung.

In Zukunft bleiben Gesundheitssystemstärkung und Ausbildung auf der Tagesordnung des Pharmadialogs. Unter dem Stichwort „Access to Medicines“ werden weiter Erschwernisse beim Zugang zu Arzneimitteln aufgegriffen, darunter fallen sowohl der Zugang zu neueren Arzneimitteln, wie z. B. biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, aber auch patentrechtliche Hemmnisse und Preishürden. Und weiter werden die Donation Programme der Industrie Thema bleiben, die zwar von kirchlichen Akteuren oft kritisch betrachtet werden, die aber bei kluger Implementierung in Verbindung mit basisnahen Gesundheitsprogrammen unzweifelhaft auch wichtige Erfolge erzielt haben. Die nicht übertragbaren Krankheiten Non-Communicable Diseases (NCDs) wie Diabetes oder Mental Health, die inzwischen in vielen Ländern des Südens neben den klassischen tropischen Armutskrankheiten ein zentrales Problem der Gesundheitsversorgung darstellen, werden in der Fortsetzung des Pharmadialogs einen thematischen Schwerpunkt bilden.

Für den politischen Dialog und die Advocacy-Arbeit der GKKE eröffnet die Plattform Pharmadialog die Chance, in einem zukunftssträchtigen Feld der Agenda 2030 im Interesse der Südpartner mit Erfahrungskompetenz für das Recht auf Gesundheit für alle zu streiten.

Mitglieder der Gemeinsamen Arbeitsgruppe Kirche/Pharmaindustrie 2017

Pharmaindustrie:

Dr. Johannes Knollmeyer, Sanofi Aventis Deutschland GmbH

Ulrich Madeja, Bayer

Stephanie Ralle-Zentgraf, MSD Sharp & Dohme

Dr. Gregor Strauch, Boehringer Ingelheim

Frank Gotthardt, Merck

Harald Zimmer, vfa

Kirchen:

Astrid Berner-Rodoreda, Brot für die Welt

Christoph Bonsmann, action medeor

Gertrud Casel, GKKE

Michael Kuhnert, Missionsärztliches Institut Würzburg

Albert Petersen, DIFÄM (Sprecher der Kirchengruppe)

Dr. Gisela Schneider, DIFÄM

Dr. Hermann Schweiger, Missionsärztliches Institut Würzburg

Christine Häfele, action medeor (begleitend für das Tansania-Projekt)