

## **Statement zum 25. GKKE-Donnerstagsgespräch am 18. April 2013 in Berlin**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
verehrte Bundestagsabgeordnete,

das Missionsärztliche Institut Würzburg, das im vergangenen Jahr seinen 90. Geburtstag gefeiert hat und dessen Geschäftsführer ich für knapp 20 Jahre bis vergangenen Montag gewesen bin, hat sich vor einigen Jahren das Motto „Mehr Gesundheit in der Einen Welt“ gegeben. Da ist es selbstredend, dass für uns neben der Beratungstätigkeit für kirchlich getragenen Gesundheitsdienste in Ländern des globalen Südens und Aus- und Weiterbildungsleistungen für diese Partner die Lobby- und Advocacy-Arbeit für „mehr Gesundheit“ gegenüber Regierung und Parlament, aber auch gegenüber der Pharma-Industrie zu unsern vornehmsten Aufgaben zählt. Lobby-Arbeit ist ja bunt: Wir haben uns dafür entschieden, seit 10 Jahren aktiv im Aktionsbündnis gegen Aids mitzuarbeiten. Fast doppelt so lang sind wir schon mit unseren evangelischen Mitstreiterinnen und Mitstreitern i.R. des Pharma-Dialogs der GKKE im eher leisen, mitunter auch mühsamen Austausch mit dem Verband der forschenden Arzneimittelhersteller.

### **Der Pharma-Dialog: Kooperativ statt konfrontativ**

Nur einige Stationen dieses Dialogprozesses seien hier genannt: Mit dem ersten gemeinsamen Positionspapier „Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt“ 1992 hatten die beiden Akteure ihr grundsätzliches Interesse an der Verbesserung der Gesundheitsförderung in Ländern des Südens formuliert. Der Teufel liegt aber immer Detail und so begann in den 90er Jahren das Ringen um umfassende und eindeutige Aussagen auf den Beipackzetteln und Durchforstung der Sortimentsgestaltung entsprechend den WHO-Richtlinien zu den „Essential Drug Lists“.

### **Patienteninformationen und Sortimentsgestaltung**

Über verschiedene gemeinsam veranlasste Studien konnten durch mehrjähriges Nachhalten der Kirchenvertreter die Patienteninformationen auf den Beipackzetteln tatsächlich verbessert werden. - Die Kirchen brandmarkten stets neu die Sortimentsgestaltung, die häufig am Bedarf der Bevölkerung vorbei auf sog. Lifestyle-Produkte setzte und schwor die Pharma-Unternehmen auf die WHO-Listen ein. Seit dem Jahr 2000 ging es um die Preisgestaltung bei den antiretroviralen Medikamenten (ARVs) und natürlich immer wieder um Fragen der Lizenzen und Patente i.R. des TRIPS-Abkommens. -

### **Mit dem Mini-Lab© für mehr Medikamentenqualität**

Ende der 90er Jahre kam der Markt an gefälschten und Substandard-Medikamenten richtig in Schwung, was beide Seiten, wenn auch aus unterschiedlichen Motiven, beunruhigte. Gemeinsam wurde am MI das Mini-Lab (portables standardisiertes Kleinlabor) zur Prüfung der Medikamentenqualität entwickelt und als Weltneuheit auf der Expo 2000 in Hannover vorgestellt. Von dem ca. 4.500.- € teuren Mini-Lab, mit dem mehr als 60 essentielle Wirkstoffe getestet werden können, sind heute weltweit in über 100 Ländern im Einsatz. Werbung, Vertrieb und Anwenderschulung hat heute die Laborfirma Merck in Darmstadt übernommen.

### **Kampf um bezahlbare Aids-Medikamente und die Eindämmung tropischer Armutskrankheiten**

Dass Anfang des letzten Jahrzehnts endlich gestaffelte Preise für die lebensnotwendigen Aids-Medikamente zwischen Nord und Süd erreicht wurden, ist neben dem Erstarken der indischen und brasilianischen Generika-Hersteller v.a. auch den zivilgesellschaftlichen Aktionsbündnissen gegen Aids und den Aktivistengruppen zu verdanken. Aber auch die gemeinsamen Veröffentlichungen fundierter Stellungnahmen von GKKE und VfA „Grundlagen für konzertierte Maßnahmen gegen die HIV/Aids-Pandemie“ (2001), „Bekämpfung tropischer Armutserkrankungen“ (2006) und „Gesundheit in Entwicklungsländern: Handlungsempfehlungen aus Anlass der Bundestagswahl“ (2009) haben ein breites Echo gefunden und in der Politik und in den Pharmaunternehmen ihre Wirkung entfaltet.

Aus letztgenannter, auch heute noch vorzeigbarer Stellungnahme möchte ich die Handlungsempfehlungen entlang der drei Blöcke Politische Verantwortung, mehr Wirksamkeit und Finanzen erneut diskutieren und Frau Wendling, Herr Kekeritz, aber auch Frau Fischer dazu befragen:

### **Politische Verantwortung:**

Was ist aus der ressortübergreifenden, hochrangig angesiedelten Koordinierungsstelle geworden, die die Aktivitäten im Bereich Gesundheit koordiniert und den Kirchen der Industrie als Ansprechpartner dient? Eine andere Empfehlung war die Einrichtung eines Bundestagsunterausschusses für internationale Gesundheit, die umgesetzt wurde und dessen Vorsitzender Herr Kekeritz uns sicher gerne über die dort verhandelten Arbeitsschwerpunkte und dessen Arbeitsweise berichtet. –

In Deutschland mangelte es schon in der Vergangenheit an einer kohärenten Ausrichtung aller Politikfelder auf die Bedürfnisse von Entwicklung und Armutsbekämpfung. Hat sich die im GKKE-Kohärenzbericht vom Oktober 2010 befürchtete Tendenz bestätigt, dass das BMZ eher deutsche wirtschaftliche Interessen und Sichtbarkeiten in der EZ durchsetzt? - Die Leitdokumente der Bundesregierung, mit denen wir uns in den letzten Jahren auseinandergesetzt haben, nennen die Menschenrechte als entscheidenden Orientierungsrahmen. Im übersektoralen Konzept zur Armutsreduzierung der derzeitigen Bundesregierung vom Oktober 2012 heißt es, dass die Überwindung der Ursachen von Armut sowohl „unserer“ Werteorientierung als auch „unserem“ Interesse entspreche. Sollte es aber zu Zielkonflikten kommen, so will man Werte über Interessen stellen. Vollmundig und wörtlich heißt es dort: „Wir werden Menschenrechte nie zur Verhandlungsmasse machen.“ Wir sollten das im Blick behalten!

### **Wirksamkeit**

Was hat die Bundesregierung im Verein mit den Regierungen anderer Geberländer getan, um dem „Brain Drain“ von Gesundheitsfachkräften in vielen Entwicklungsländern Einhalt zu gebieten, eine ethische Rekrutierungspraxis voranzubringen? Ist es darüber hinaus gelungen, bei den Partnerländern in der Entwicklungszusammenarbeit darauf hinzuwirken, dass diese der Verbesserung des Gesundheitswesens eine hohe Priorität einräumen und entsprechende Mittel aus den BNIs (s. die 15%ige Selbstverpflichtung der Abuja-Deklaration) allokiert werden? – Hat sich die Bundesregierung aktiv an der Umsetzung der von der WHO angenommenen „Globalen Strategie zu Public Health, Innovationen und geistigem Eigentum“ beteiligt und die WHO in der Präqualifikation von Arzneimitteln und der Qualifizierung lokaler Zulassungsbehörden unterstützt?

Häufig trägt die generische Produktion von Arzneimitteln zur Kostensenkung und zu verbessertem Zugang bei. Fragen an die Pharma-Industrie, ob sie die Erteilung freiwilliger Lizenzen – wie in den Handlungsempfehlungen versprochen - wirklich erleichtert und forciert hat? – Was ist schließlich aus dem Patentpool geworden, von der Pharma-Industrie als innovativer Ansatz ja ins Gespräch gebracht: Welche Unternehmen haben sich da bereits engagiert oder wollen es tun (UNITAID)? – Kurz zurück zum Pharma-Dialog mit einem Mut machenden gemeinsamen Projekt von Kirchen, Pharma und staatlicher EZ: Es war seit Jahren ein Petitum der Kirchen an die Pharma-Industrie über ihre Praxis der Arzneimittelspenden hinaus, sich endlich auch in der Verbesserung der pharmazeutischen Ausbildung zu engagieren. Nun scheint sich, initiiert durch die sag. Access-Gruppe des Pharma-Dialogs, eine neue Kooperation abzuzeichnen. Auf der Basis einer im letzten Sommer erstellten Studie über die begrenzte Ausbildungsleistung tansanischer, pharmazeutischer Trainingseinrichtungen soll ein PPP-Projekt zur Verbesserung der Ausbildungsqualität noch in diesem Jahr gestartet werden.

### **Finanzen**

Natürlich geht's zuletzt auch ums Geld. Finally, money counts! Es ist von entscheidender Bedeutung, dass sich Deutschland mit der größte Volkswirtschaft in Europa angemessen und fair an der Finanzierung der globalen Bemühungen für eine humane Entwicklung und die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen beteiligt. Die öffentliche Entwicklungshilfe insgesamt hätte gemäß der in der EU beschlossenen Zwischenziele bis 2010 min-

destens auf 0,51% des BNE aufgestockt werden müssen, um spätestens bis 2015 den Richtwert von 0,7% zu erreichen, der bereits 1970 von den Vereinten Nationen vereinbart wurde. Für den Gesundheitsbereich, d.h. wesentliche Leistungen der Gesundheitsdienste sowie Prävention und Abmilderung der sozialen Folgen der wichtigsten Epidemien durch gezielte Maßnahmen in anderen Sektoren, müssten nach UN-Empfehlungen mindestens 0,1% des BNE bereitgestellt werden. Wenn man die aktuelle entwicklungspolitische Realität und die besondere historische Verantwortung Europas in Rechnung stellt, kommt man zu einer etwas höheren Quote von 0,12%. - Seit mehreren Jahren hat das Missionsärztliche Institut in Kooperation mit verschiedenen deutschen und europäischen NGO-Netzwerken unabhängige Analysen durchgeführt, um die Finanzierungsbeiträge Deutschlands und der übrigen europäischen Geberländer präzise zu bestimmen und objektiv zu bewerten. Zunächst muss gesagt werden, dass die von der OECD als Entwicklungshilfe (engl. Kürzel ODA) anerkannten Beträge Ausgaben und Buchungen enthalten, die keine realen Transferleistungen darstellen und nicht unmittelbar zur Mobilisierung der erforderlichen Ressourcen beitragen. Das betrifft vor allem Schuldenerlasse, kalkulatorische Studienplatzkosten für Studierende aus Entwicklungsländern, Aufwendungen für Flüchtlinge sowie Verwaltungsausgaben. Außerdem gehört Deutschland zu den Geberländern, die einen erheblichen Teil der Gelder als Darlehen überweisen, die kaum den ärmsten Ländern zugutekommen. Gerade nach 2009 wurden die rückzahlbaren Mittel (Kredite und Kapitalbeteiligungen) drastisch erhöht (von weniger als 1,2 auf über 1,9 Mrd. Euro). Wenn man die eigentlichen Finanzierungsbemühungen in Form von Zuschüssen betrachtet, ergibt sich ein ungeschminktes und realistischeres Bild.

So betrachtet erhält man eine Quote von mageren 0,30% des BNE. In absoluten Zahlen weist Deutschland unter allen europäischen Geberstaaten mit 10,4 Mrd. Euro die größte Kluft auf zwischen den realen Leistungen und dem UN-Richtwert von 0,7% des BNE. Gemessen an der Wirtschaftskraft nimmt Deutschland bei den ODA-Zuschüssen lediglich den 11. Rang unter den 17 DAC-Mitgliedern Europas ein. Abgesehen von Frankreich und Österreich liegen nur noch solche Länder hinter Deutschland, die am schwersten von der Finanzkrise betroffen sind. Während bis 2009 spürbare, wenngleich unzureichende, Erhöhungen von Jahr zu Jahr verzeichnet wurden, stagnierte die ODA-Quote berechnet auf Zuschussbasis während der gegenwärtigen Legislaturperiode.

Noch unbefriedigender sind die ODA-Leistungen für Gesundheitsförderung und HIV-Bewältigung. Die errechnete ODA-Quote für Gesundheit insgesamt betrug 2010 lediglich 0,030%, wenn nur die als Zuschüsse gewährten Auszahlungen zugrunde gelegt werden. Damit rangieren die deutschen Finanzierungsbemühungen für die globale Gesundheit bei deutlich weniger als der Hälfte des europäischen Durchschnitts und bei rund einem Viertel der von den besten Gebern (Norwegen und Schweden) erreichten Niveaus. Die von Deutschland bereitgestellten Finanzmittel, um der HIV-Epidemie zu begegnen, stagnierten seit 2008 bei lediglich 0,010% des BNE – ebenfalls deutlich weniger als die Hälfte des europäischen Durchschnitts von zuletzt 0,022% des BNE. In den lebenswichtigen Bereichen der Gesundheitsfürsorge und HIV-Antwort sind die ODA-Leistungen Deutschlands also besonders niedrig, nicht nur im Hinblick auf die international vereinbarten Zielgrößen, sondern auch im Vergleich mit der Mehrheit der europäischen Geberstaaten. In den letzten Jahren war der Gesundheitsanteil an den Gesamtleistungen sogar rückläufig und fiel 2010 unter ein Zehntel der realen Transferleistungen.

Ungeachtet des dringlichen Bedarfs und der wachsenden Umsetzungskapazität in den Empfängerländern wurde der Beitrag zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria seit 2008 auf dem gleichen Stand von 200 Millionen Euro pro Jahr gehalten. Es konnte zwar - auch dank der intensiven Anwaltschaft der Zivilgesellschaft - eine langfristige Zusage in Form von Verpflichtungsermächtigungen im Haushalt des BMZ bis einschließlich 2016 erreicht werden. Das ist wichtig für die Planungssicherheit dieses wohl wichtigsten Finanzierungsinstruments für die Zurückdrängung der verheerendsten Epidemien. Die gleichbleibende Beitragshöhe reicht aber keinesfalls aus, um die internationalen Vereinbarungen z.B. im Hinblick auf den allgemeinen Zugang zu HIV-Diensten angemessen zu unterstützen. Eine Aufstockung auf die vom Aktionsbündnis gegen AIDS als Mindestbetrag geforderten 400 Millionen Euro pro Jahr wäre auch ein folgerichtiger Schritt, um den bisher völlig ungenügenden Gesamtbeitrag für die globale Gesundheitsfinanzierung auf ein adäquates Niveau zu heben.

Schließlich hinken die verantwortlichen Stellen bei einem weiteren wichtigen Thema der EZ anderen Organisationen und Ländern hinterher: der Transparenz der ODA-Leistungen. Deutschland liefert in vielen Fällen nur lückenhafte Angaben an die OECD-Datenbank, die als wichtigste Informationsquelle zu individuellen EZ-Aktivitäten dient (creditor reporting system). Immerhin wurde gerade erst (Ende März) ein erster Datensatz zu den laufenden EZ-Maßnahmen nach den Standards der International Aid Transparency Initiative (IATI) veröffentlicht. Die für die finanzielle Kooperation zuständige KfW hat auch angekündigt, Mitte des Jahres eine Projektdatenbank zugänglich zu machen, die detaillierte Informationen zu allen aus öffentlichen Mitteln finanzierten Vorhaben enthält. Diese mit reichlich Verzögerung eingeleiteten Neuerungen werden noch näher zu beobachten und zu analysieren sein. Allerdings muss auch gesagt werden, dass einige multilaterale Organisationen wie der Globale Fonds und die Weltbank schon jetzt ein viel weitergehendes Niveau der Transparenz erreicht haben. Diese veröffentlichen alle projektbezogenen Dokumente der Planung, Durchführung und Fortschrittskontrolle. Das erlaubt eine tatsächliche öffentliche Einsicht und Bewertung der inhaltlichen Konzipierung von Projekten und Programmen. Nur so kann umfassende Rechenschaftslegung, Koordination der Akteure, gegenseitige Lernen und letztlich demokratische Beteiligung und effektive Korruptionsbekämpfung erreicht werden.

### **Fazit**

Noch ein selbstkritisches Wort zum Ende meines Beitrags: Ich denke GKKE und VfA waren mit ihrem gemeinsamen Anliegen der Verbesserung der Gesundheitsförderung in den Länder des Südens in den letzten Jahren zu wenig offensiv und sichtbar. Was haben wir wirklich an Verbesserung der Gesundheitssituation unserer Südpartner erreicht? Wo haben wir dem Recht auf Gesundheit als Frage der Gerechtigkeit und Solidarität auf die Beine geholfen? - Es ist gut, dass wir nach zähem Anlauf beginnen, mit unsern tansanischen Partnern in der Aus- und Weiterbildungssituation pharmazeutischen Fachpersonals operativ zu werden. Die gemeinsamen Handlungsempfehlungen müssen weiterentwickelt und bei der Politik regelmäßig eingefordert werden, mindestens einmal pro Jahr.

Erlach, 17. April 2013

Karl-Heinz Hein-Rothenbücher