



Ingo Pies und Stefan Hielscher

Das Problem weltmarktlicher
Arzneimittelversorgung:
Ein Vergleich alternativer
Argumentationsstrategien für eine globale Ethik

Diskussionspapier Nr. 2007-5

des Lehrstuhls für Wirtschaftsethik
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
hrsg. von Ingo Pies,
Halle 2007

Haftungsausschluss

Diese Diskussionspapiere schaffen eine Plattform, um Diskurse und Lernen zu fördern. Der Herausgeber teilt daher nicht notwendigerweise die in diesen Diskussionspapieren geäußerten Ideen und Ansichten. Die Autoren selbst sind und bleiben verantwortlich für ihre Aussagen.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Ingo Pies

Lehrstuhl für Wirtschaftsethik
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Wirtschaftswissenschaftlicher Bereich
Große Steinstraße 73
06108 Halle
Tel.: +49 (0) 345 55-23420
Email: ingo.pies@wiwi.uni-halle.de

Stefan Hielscher

Lehrstuhl für Wirtschaftsethik
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Wirtschaftswissenschaftlicher Bereich
Große Steinstraße 73
06108 Halle
Tel.: +49 (0) 345 55-23387
Email: stefan.hielscher@wiwi.uni-halle.de

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Ingo Pies

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Wirtschaftswissenschaftlicher Bereich
Lehrstuhl für Wirtschaftsethik
Große Steinstraße 73
06108 Halle
Tel.: +49 (0) 345 55-23420
Fax: +49 (0) 345 55 27385
Email: ingo.pies@wiwi.uni-halle.de

Kurzfassung

Dieser Beitrag führt einen Theorievergleich durch. Er kontrastiert den philosophischen Ansatz von Thomas Pogge mit dem Ansatz einer ökonomischen Theorie der Moral. Untersucht wird, wie die beiden Ansätze dem moralischen Anliegen vorarbeiten, die internationale Versorgung mit Arzneimitteln zu verbessern, d.h. wie sie als Theorie dem praktischen Missstand entgegenwirken (wollen), dass Millionen von Menschen an im Prinzip leicht behandelbaren Krankheiten leiden und sterben. Die beiden Ansätze werden verglichen im Hinblick auf ihre Diagnose des Problems und im Hinblick auf ihre jeweiligen Therapieansätze.

Eine wichtige Gemeinsamkeit besteht darin, dass beide Ansätze der institutionellen Anreizgestaltung einen systematischen Stellenwert zuweisen. Allerdings gibt es wichtige Unterschiede im Detail: Pogge identifiziert den Patentschutz als Kern des Problems, lehnt die fallweise Außerkraftsetzung des Patentschutzes durch Zwangslizenzierungen als Scheinlösung ab und schlägt stattdessen vor, Forschung und Produktion so zu trennen, dass Arzneimittel im marktlichen Wettbewerb zu Grenzkostenpreisen verkauft werden können, weil die Forschung vom Staat finanziert und als öffentliches Gut bereitgestellt wird. Pogge plädiert für eine von den Reichen zu zahlende Subventionierung, die dazu führen sollen, dass angesichts niedrigerer Arzneimittelpreise sich auch die Armen eine Versorgung mit Medikamenten leisten können. Demgegenüber besteht das Hauptproblem aus Sicht einer ökonomischen Theorie der Moral primär darin, dass in armen Ländern vielfach die institutionellen Voraussetzungen fehlen, damit sich die Bedürfnisse der Armen auch tatsächlich als Bedarf am Markt artikulieren können.

In theoretischer Hinsicht besteht der wichtigste Unterschied im Verständnis von Normativität. Bei Pogge hat Ethik die Aufgabe, Verpflichtungsgründe zu formulieren, die Reiche dazu veranlassen soll, sich einem Ressourcentransfer an Arme nicht zu verschließen. Hier wird Normativität als Obligation aufgefasst. Sie hat die Aufgabe, prudentielle Argumentationslücken und daraus folgende Implementierungslücken zu schließen. Aus Sicht einer ökonomischen Theorie der Moral hingegen besteht die Aufgabe der Ethik darin, gemeinsame Interessen identifizieren zu helfen. Hier wird Normativität als Heuristik aufgefasst. Sie dient dazu, institutionelle Arrangements für wechselseitige Besserstellungen zu (er)finden.

Das Problem weltmarktlicher Arzneimittelversorgung: Ein Vergleich alternativer Argumentationsstrategien für eine globale Ethik

Ingo Pies und Stefan Hielscher

Einleitung

Weltweit leiden und sterben Millionen Menschen an den vermeidbaren Folgen behandelbarer Krankheiten. Betroffen sind vor allem arme Menschen, insbesondere die Ärmsten der Armen in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara. Sie haben kaum Zugang zu Arzneimitteln: Speziell für ihre Krankheiten wird kaum geforscht. Es werden nicht genügend Medikamente entwickelt. Zudem gibt es gravierende Mängel hinsichtlich der Infrastruktur gesundheitlicher Versorgung.

Diesem Missstand Abhilfe zu schaffen ist ein moralisches Anliegen. Im öffentlichen Diskurs wird dieses Anliegen zumeist mit skandalisierenden Schuldzuweisungen verbunden. An den Pranger gestellt werden die globalen Märkte und ihre Akteure, die Pharmaunternehmen und die Manager dieser Unternehmen, sowie insbesondere die Gewinnorientierung, von der sie sich leiten lassen. So entsteht vielfach der irriige Eindruck, das Problem könnte durch eine *Außerkraftsetzung* der Mechanismen des Marktes gelöst werden, wo es doch stattdessen darauf ankommt, die Mechanismen des Marktes besser *in Kraft* zu setzen. Die internationale Arzneimittelversorgung wird sich nicht ohne – und schon gar nicht gegen – die Unternehmen der Pharmabranche verbessern lassen, sondern nur mit ihnen und durch sie. Hierfür sind geeignete Anreize erforderlich. Das Problem ist also im Kern ein Ordnungsproblem: Der Arzneimittelmarkt bedarf einer verbesserten Rahmenordnung. Deshalb ist es irreführend, wenn in der öffentlichen Moralkommunikation nicht die Ordnung, sondern der Marktprozess, seine Akteure sowie deren Intentionen im Fokus der Kritik stehen.¹

Angesichts dieser weit verbreiteten Orientierungsdefizite ist Ethik gefordert, d.h. eine Theorie der Moral, die dem Moralisieren entgegentritt und konstruktiv aufzeigt, wie sich moralische Anliegen unter den Bedingungen der (welt-)gesellschaftlichen Realität realisieren lassen – und wie eben nicht. Vor diesem Hintergrund ist es sehr zu begrüßen, dass mittlerweile von mehreren Seiten Theorieangebote vorliegen, wie das Problem aufzufassen ist und wie es gelöst werden könnte. Hierdurch wird ein Theorievergleich möglich, so dass man auf zwei Ebenen gleichzeitig lernen kann: auf der praktischen Ebene der *Problemlösung* und auf der theoretischen Ebene der *Problemstellung*.

Die folgenden Ausführungen wollen hierzu einen Beitrag leisten. Sie vergleichen den auf Fragen globaler Gerechtigkeit spezialisierten Ansatz von Thomas Pogge mit dem Ansatz einer rational-choice-basierten, auf institutionelle Rahmenbedingungen fokussierenden ökonomischen Theorie der Moral. Pointiert zugespitzt, geht es um den Vergleich einer Angewandten Ethik philosophischer Provenienz mit den Anwendungen einer ökonomischen Ethik.

¹ Für eine umfassende Analyse dieses Ordnungsproblems einschließlich einer Darstellung und Kritik des öffentlichen Diskurses mit zahlreichen Belegen vgl. Pies und Hielscher (2007).

Der Argumentationsgang wird in drei Schritten entwickelt. Abschnitt 1 rekonstruiert die Kerngedanken von Pogges Ansatz: seine Diagnose des Problems, seinen Therapieverschlagn und seine Begründung dieses Vorschlags. Abschnitt 2 stellt kontrastierend gegenüber, wie eine ökonomische Theorie der Moral Problemstellung und Problemlösung konzeptualisiert. Abschnitt 3 formuliert dann die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Ansätze. Hierbei steht im Vordergrund, jene Punkte hervorzuheben, die für Lernprozesse auf praktischer wie auf theoretischer Ebene von Bedeutung sein könnten.

Globale Ethik I: Der philosophische Ansatz von Thomas Pogge

Der Philosoph Thomas Pogge gehört zu den prominenten Vertretern eines normativen Ansatzes globaler Gerechtigkeit.² Im Zentrum seines Werks steht das Problem der extremen Armut, das von ihm – mit Hinweis auf die enorme Kluft zwischen Arm und Reich, vor allem bei einer internationalen Betrachtung – als moralischer Skandal aufgefasst wird. Seine Ethik will dazu beitragen, hier Abhilfe zu schaffen. Sie interpretiert extreme Armut als Resultat unterlassener Hilfeleistung und generiert Gerechtigkeitsargumente für einen globalen Ressourcentransfer von Reich zu Arm.³

In jüngster Zeit wendet sich Pogge verstärkt einem besonderen Armutsproblem zu: dem Problem armutsbedingter Krankheiten, insbesondere der mangelhaften Versorgung mit Medikamenten für die Bevölkerung armer Länder.⁴ Sie führt zu sehr hohen – und vor allem: zu *unnötig* hohen – Morbiditäts- und Mortalitätszahlen, denn gerade die Ärmsten der Armen leiden und sterben millionenfach an im Prinzip leicht behandelbaren Krankheiten. Für diesen moralischen Missstand entwickelt Pogge als philosophischer Ethiker eine Diagnose sowie einen darauf basierenden Therapieverschlagn. Im Zentrum seiner Überlegungen stehen die Anreizdefizite des internationalen Arzneimittelmarkts.

((1)) Pogges Diagnose besteht im Kern aus zwei Argumenten. Das erste Argument identifiziert ein wichtiges Merkmal der modernen Arzneimittelproduktion, von dem eine Tendenz zum Marktversagen ausgeht. Dieser Tendenz wird gegenwärtig durch ein ganz bestimmtes institutionelles Arrangement zu begegnen versucht. Das zweite Argument identifiziert ein Folgeproblem der gegenwärtig praktizierten Lösung. Dieses Folgeproblem interpretiert Pogge als ein Marktversagen zweiter Ordnung. Aus seiner Sicht es dafür verantwortlich, dass derzeit Millionen von Menschen gesundheitlich unterversorgt sind.

Zum ersten Argument: Pogge weist darauf hin, dass die moderne Arzneimittelproduktion hohe Entwicklungsaufwendungen erfordert. Pharmafirmen nehmen riskante Innovationsanstrengungen auf sich, wenn sie versuchen, das für neue Medikamente nötige Wissen zu generieren. Die hierfür anfallenden Kosten – von der Forschung und Entwicklung bis hin zur Zulassung – müssen auf die eigentlichen Produktionskosten aufgeschlagen werden. Würde das von den Pharmafirmen generierte Wissen als ein öffentliches Gut behandelt, so Pogges Überlegung, dann könnten Unternehmen, die selbst nicht forschen, zu wettbewerblichen Grenzkostenpreisen

² Die nachfolgende Analyse seines Ansatzes rekurriert auf Pogge (2001a), Pogge (2001b), Pogge (2002a), Pogge (2002b), Pogge (2005a), Pogge (2005b), Pogge (2005c) sowie Pogge (2006).

³ Vgl. vor allem Pogge (2002a).

⁴ Vgl. Pogge (2005b).

anbieten. Dies würde es den forschenden Pharmaunternehmen unmöglich machen, Preisaufschläge durchzusetzen, um ihre Fixkosten zu decken. Das Resultat wäre absehbar: Die Produktion des öffentlichen Gutes würde durch Trittbrettfahrerverhalten gefährdet. Die Entwicklung neuer Arzneimittel käme zum Erliegen.

Bei Pogge liest man hierzu folgende Einschätzung: „Dies ist ein klassisches Beispiel für ein Marktversagen, das zu einem kollektiv irrationalen (Pareto-suboptimalen) Ergebnis führt, indem der freie Markt eine Unterversorgung an medizinischer Innovation hervorbringen würde.“⁵

Zum zweiten Argument: Die übliche Vorkehrung gegen dieses Marktversagen besteht darin, das generierte Wissen nicht als öffentliches Gut, sondern – zumindest für einen bestimmten Zeitraum – als privates Gut zu behandeln. Pharmaunternehmen wird die Möglichkeit eingeräumt, ihr Wissen patentieren zu lassen und auf diese Weise ein zeitlich befristetes Monopol zu erlangen. Dies bedeutet, dass sie während der Laufzeit des Patents potentielle Konkurrenten daran hindern können, ihr Produkt auf dem Markt preislich zu unterbieten. Patentinhaber erhalten somit das Recht, ihr patentiertes Produkt zu einem Monopolpreis zu verkaufen. Pogge erkennt und anerkennt den ökonomischen Sinn dieses Arrangements. Der besteht darin, durch Monopolpreise die Innovationskosten decken zu können. Aber Pogge kritisiert, dass dieses Arrangement zu einem zweiten Marktversagen führe: Gerade weil dem Monopolisten zeitlich befristet erlaubt werde, höhere Preise als Grenzkostenpreise zu fordern, blieben viele Patienten un(ter)versorgt. Die vermeintliche Lösung rufe also ein neues Problem hervor: Statt zu einer Unterversorgung mit Arznei-Innovationen komme es nun einer Unterversorgung mit Arzneimittel-Produkten. Das eine Marktversagen werde also nur gegen ein anderes Marktversagen ausgetauscht.

Bei Pogge liest man folgende Einschätzung der Patentschutzregelung: „[D]er profitmaximierende Verkaufspreis des entwickelten Medikaments [wird] weit oberhalb seiner marginalen Produktionskosten liegen. Diese große Differenz ist kollektiv irrational, indem sie eine Reihe wechselseitig vorteilhafter Transaktionen zwischen der Erfinder-Firma und solchen potentiellen Kunden behindert, die zwar nicht den Monopolpreis zahlen wollen bzw. können, aber durchaus erheblich mehr als die marginalen Produktionskosten entrichten würden.“⁶

Der argumentative Grundzug der von Thomas Pogge vorgelegten Problemdiagnose lässt sich mit Hilfe von Abb. 1 veranschaulichen. Im Markt diagramm eingezeichnet ist die Cournot-Lösung für ein natürliches Monopol. Zur Erläuterung: Die Grenzkosten der Arzneimittelproduktion sind vergleichsweise gering und seien zudem als konstant angenommen. Aufgrund der enormen Fixkosten für Forschung und Entwicklung liegt die Nachfrage im Bereich fallender Durchschnittskosten.

Pogges Diagnose besagt nun: Im Wettbewerb würde zu Grenzkostenpreisen die Arzneimenge x_{opt} angeboten. Aufgrund des Patentschutzes jedoch kann das forschende Pharmaunternehmen den Wettbewerb zeitlich befristet ausschließen und als Monopolist handeln. Realisiert wird also nicht Punkt W, sondern Punkt C. Zum Monopolpreis wird nur die Arzneimenge x_{mon} angeboten. Folglich lässt sich das Ausmaß der durch Patentschutz erkaufte Unterversorgung mit Δx angeben. Und hier lautet Pogges Argument, dass es insbesondere die im internationalen Kontext als arm einzustufenden

⁵ Pogge (2005b; S. 118).

⁶ Pogge (2005b; S. 119).

Kranken sind, die durch monopolistische Preissetzung von einer medizinischen Versorgung mit Medikamenten ausgeschlossen werden.

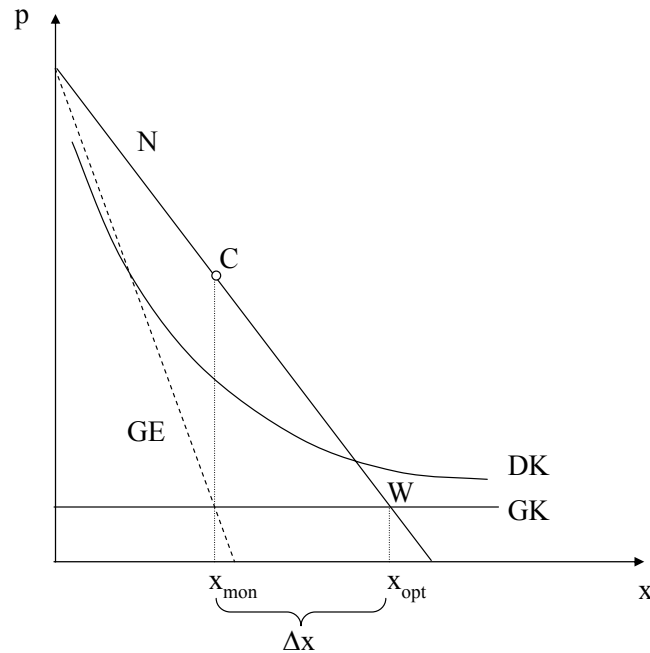


Abb. 1: Thomas Pogges Problemdiagnose

((2)) Pogges Überlegungen zur Herleitung eines Therapievorschlags lassen sich ebenfalls in zwei Schritten rekonstruieren.

Im ersten Schritt diskutiert Pogge die Optionen für eine Problemlösung, wenn man an der Regel festhält, das generierte Wissen durch Patente zu einem privaten Gut zu machen. Im Prinzip kämen für Pogge zwei Möglichkeiten in Betracht, die Arzneimittelversorgung um Δx zu erweitern. Die erste bestünde in einer freiwilligen Preisdifferenzierung durch den Monopolanbieter: Wenn es dem Patentinhaber gelänge, jeden Patienten gemäß seiner individuellen Zahlungsbereitschaft zu bepreisen, so würde er – seinem Eigeninteresse folgend – die Arzneimittelproduktion von x_{mon} nach x_{opt} ausdehnen. Die zweite Möglichkeit bestünde in einer erzwungenen Preisdifferenzierung, wie sie durch das Instrument der Zwangslizensierung ermöglicht wird: Im Rahmen des TRIPS-Abkommens über „Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights“ wird Regierungen die Option eingeräumt, angesichts einer öffentlichen Notsituation einen Patentinhaber zu zwingen, Lizenzen zur (verbilligten) Produktion des benötigten Medikaments zu vergeben. Gegen beide Möglichkeiten führt Pogge einen wichtigen Einwand ins Feld, nämlich die empirische Beobachtung, dass Pharmaunternehmen hinsichtlich freiwilliger Preisdifferenzierungsstrategien sehr zurückhaltend sind und sich gegen erzwungene Preisdifferenzierungsstrategien vehement zur Wehr setzen.⁷ Er führt dies darauf zurück, dass Unternehmen sich lieber mit einem einheitlichen Monopolpreis zufrieden geben, weil sie aufgrund technischer oder organisatorischer Schwierigkeiten – Stichwort: Korruption – befürchten müssen, dass ihre Preisdifferenzierung unterlaufen wird, indem das Hochpreissegment durch Re-Importe aus dem Niedrigpreissegment bedient wird. Aus diesem Befund zieht Pogge

⁷ Vgl. Pogge (2005b; S. 119 f.).

den Schluss, dass die gewünschte Produktionsausweitung zugunsten der Armen innerhalb eines Patentschutzregimes nicht gefunden werden kann.⁸

Deshalb diskutiert er in einem zweiten Schritt die Optionen für ein alternatives Arrangement. Der Kerngedanke seines Reformvorschlages besteht darin, die Wissensproduktion zu einem öffentlichen Gut zu machen und das damit einhergehende Bereitstellungsproblem durch eine öffentliche Finanzierung des öffentlichen Guts zu lösen. Dahinter steckt folgende Überlegung: Gegenwärtig wird das erste Marktversagen durch ein Monopolarrangement überwunden, das ein zweites Marktversagen nach sich zieht. Will man dieses zweite Marktversagen überwinden, so sollte man folglich dem ersten Marktversagen mit einem Arrangement begegnen, das ein zweites Marktversagen gar nicht erst entstehen lässt.

Pogge stellt sich das so vor: Produktentwicklung und Produktherstellung werden getrennt bezahlt. Für erfolgreiche Forschungsanstrengungen erhält ein Pharmaunternehmen eine Aufwandsentschädigung, die sich, so Pogge, daran orientieren sollte, wie sehr das neue Medikament die weltweite Krankheitsbelastung verringert.⁹ Für die Produktherstellung erhält das Pharmaunternehmen einen Absatzpreis, den es sich auf wettbewerblich strukturierten Märkten verdienen muss und der folglich, so Pogge, den Grenzkosten der Produktion entsprechen dürfte. Hierzu liest man bei Pogge: „Der Reformplan wäre attraktiv für Unternehmen der Pharmaindustrie, ... weil er den moralischen Status dieser Unternehmen als Wohltäter der Menschheit wiederherstellen würde.“¹⁰

((3)) Freilich ist sich Pogge bewusst, dass – jenseits der beiden nunmehr überwundenen Marktversagensprobleme – jetzt ein drittes Problem entsteht, das zusätzlich gelöst werden muss: Wenn die Patienten nur noch die Grenzkosten der Arzneimittelherstellung zu bezahlen haben, stellt sich die Frage, wer für den Forschungsaufwand aufkommen soll. Pogge weiß, dass er diese Frage beantworten muss. Und er weist aus, dass er an seine Antwort die doppelte Anforderung stellt, „einen fairen, durchführbaren und politisch realistischen Mechanismus für die Verteilung dieser Kostenbelastung sowie überzeugende Argumente für seine Rechtfertigung zu entwickeln“¹¹.

Hinsichtlich der ersten Anforderung trifft Pogge die klare Aussage, dass die Steuerzahler der reichen Länder für die Kosten aufkommen sollen. Diese Kosten veranschlagt er auf jährlich etwa 70 Mrd. US-Dollar. Für die Bevölkerung der reichen

⁸ Den verbreiteten Hoffnungen, die sich auf Zwangslizenzen richten, erteilt Pogge (2005b; S. 120) eine klare Absage. Er verweist darauf, dass diese Lösung nur eine Scheinlösung ist, weil sie das Folgeproblem verursacht, mit der Aufhebung des zweiten Marktversagen das erste Marktversagen zu restituieren: Wenn Unternehmen ex post befürchten müssen, so Pogge, bei ihrer Monopolpreisbildung durch politische Interventionen beeinträchtigt zu werden, dann hätte dies negative Auswirkungen auf ihre Bereitschaft, die erforderlichen Innovationsanstrengungen ex ante auf sich zu nehmen.

⁹ Pogge schwebt offenbar vor, die Unternehmen sollten gemäß ihrer Grenzproduktivität bezahlt werden. Inwieweit eine solche Regelung überhaupt praktikabel wäre, soll hier nicht weiter erörtert werden. Dies gilt auch für seine Hoffnung, die Regelung würde dazu führen, dass die Unternehmen einen Anreiz hätten, Preise unterhalb ihrer Grenzkosten zu setzen. Vgl. hierzu Pogge (2005b; S. 121).

¹⁰ Pogge (2005b; S. 123, H.i.O.). Vgl. auch Pogge (2005b; S. 121). Dort wird geltend gemacht, der Reformplan „würde ... die moralischen und die prudentiellen Interessen der Erfinder-Firmen konvergieren lassen“.

¹¹ Pogge (2005b; S. 123 f.).

Länder beliefe sich die jährliche Kostenbelastung damit auf etwa 70 US-Dollar pro Kopf bzw. auf 0,25% ihres Bruttosozialprodukts.¹²

Hinsichtlich der zweiten Anforderung erhebt Pogge folgenden Anspruch: „Diese Ausgaben lassen sich durch prudentielle Erwägungen rechtfertigen.“¹³ Er führt mehrere Argumente ins Feld, um diesen Anspruch einzulösen.¹⁴ Drei dieser Argumente seien hier besonders hervorgehoben:

- Erstens komme es nicht nur inter-national, sondern auch intra-national zu einer Verlagerung der Kosten von den Kranken auf die Steuerzahler. Dies entspreche dem Versicherungsprinzip.
- Zweitens dokumentiere die Kostenübernahme durch reiche Länder eine Anteilnahme am Schicksal armer Länder und ihrer Bevölkerung. Dies trage dazu bei, Misstrauen gegen die reichen Länder abzubauen. Zudem sei die Akzeptanz der Betroffenen für diese wirksame Hilfe größer als für humanitäre Interventionen oder für Regierungskredite.
- Drittens schließlich profitiere man auch in den reichen Ländern von einer effektiveren Bekämpfung vor allem ansteckender Krankheiten in armen Ländern.

Zusätzlich zu diesen Einzelpunkten, die auf eine weitgehende Übereinstimmung moralischer und prudentieller Überlegungen abstellen, entwickelt Pogge eine philosophische Begründung, die er aus seiner normativen Gerechtigkeitstheorie ableitet. Der argumentative Grundzug lässt sich in vier Schritten rekonstruieren:

Zum ersten Schritt: Pogges Argumentation setzt ein mit einem Hinweis auf die am 10. Dezember 1948 von den Vereinten Nationen verabschiedete Erklärung der Allgemeinen Menschenrechte. § 28 dieser Erklärung lautet: „Jeder hat Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung, in der die in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten voll verwirklicht werden können.“¹⁵ Gestützt auf diesen Artikel, argumentiert Pogge, dass ein Menschenrecht nicht nur durch Handlungen – wie beispielsweise Folter – verletzt werden kann, sondern auch durch institutionelle Arrangements. Aus seiner Sicht ist dies dann der Fall, wenn ein Regelsystem vorprogrammiert, dass Menschen die Verwirklichung ihrer Menschenrechte vorenthalten wird.

Zum zweiten Schritt: Pogge schlägt vor, die Frage der Menschenrechte als Kriterium für die Gerechtigkeit einer institutionellen Ordnung aufzufassen. Eine solche Ordnung sei dann als ungerecht einzustufen, wenn sie Menschen die Verwirklichung ihrer Menschenrechte systematisch vorenthält. Er schreibt: „[H]uman rights are the core values of our moral and political discourse, central to how justice is conceived in the modern world. Social rules that avoidably deprive large numbers of persons of secure access to the objects of their human rights are, for this reason alone, unjust (assuming ... that these deprivations are avoidable, wholly or in part, through suitably modified rules).“¹⁶

¹² Vgl. Pogge (2005b; S. 124).

¹³ Pogge (2005b; S. 124).

¹⁴ Vgl. Pogge (2005b; S. 124-126).

¹⁵ UN (1948). Quelle: <http://www.unhcr.ch/udhr/lang/ger.htm>

¹⁶ Pogge (2005a; S. 202 f.).

Zum dritten Schritt: Gemessen am Kriterium der Menschenrechte, ist die gegenwärtige Weltwirtschaftsordnung für Pogge als ungerecht zu qualifizieren. Sie erfülle nicht einmal das Kriterium minimaler Gerechtigkeit. Aus seiner Sicht ist hierfür ausschlaggebend, dass die Regeln des Status quo millionenfach Armut, Krankheit und Tod für die Menschen in Entwicklungsländern vorprogrammieren. So liest man über die Regeln der gegenwärtigen Weltwirtschaftsordnung bei ihm folgende Einschätzung: „[M]inimal justice is not compatible with these rules being designed so that they result in a much higher incidence of extreme poverty and in a much higher mortality and morbidity from curable diseases than would be reasonably avoidable.“¹⁷

Zum vierten Schritt: Hier argumentiert Pogge, dass die von ihm vorgeschlagene Reform geeignet sei, zumindest die Verletzung minimaler Gerechtigkeit zu heilen: Auf der einen Seite seien die Kosten für die Reichen relativ gering und damit zumutbar. Auf der anderen Seite sei die Verbesserung der medizinischen Versorgung für die Verwirklichung der Menschenrechte armer Menschen substantiell. Er zieht hieraus den Schluss, ein Sollensargument formulieren zu können: Auf die von ihm selbst gestellte Frage, warum die Bevölkerung der reichen Länder die von ihm vorgeschlagene Reform befürworten sollte – eine Reform, die er selbst so charakterisiert: „a reform of the global health system that benefits others (poor people in the developing world) at our expense“¹⁸ – formuliert er folgende Antwort: „We ought to support such a reform, even if it involves significant opportunity costs for us, because it is necessary for rendering minimally just (in the explicated sense of «realizing human rights insofar as this is reasonably possible») the rules of the world economy considered as one scheme.“¹⁹

Pogge hält die Bevölkerung der reichen Länder also für moralisch verpflichtet, seinem Reformprogramm zuzustimmen, und zwar gerade auch dort, wo es nicht durch prudentielle Argumente abgedeckt ist.

Globale Ethik II: Der Ansatz einer ökonomischen Theorie der Moral

Breibt man Wirtschaftsethik nicht als Angewandte Philosophie, sondern als ökonomische Theorie der Moral, dann fragt man nach den Möglichkeiten, moralische Anliegen durch eine kluge Indienstnahme eigeninteressierten Verhaltens zur Geltung zu bringen.²⁰ Ein solches Forschungsprogramm setzt auf Erklärung zwecks Gestaltung. Es rekonstruiert Interessenkonflikte (im Spiel) und sucht nach Regelarrangements, durch die gemeinsame Interessen (am Spiel) besser zur Geltung gebracht werden können, als dies im Status quo der Fall ist. Der Anspruch besteht darin, auf diese Weise konsensualen Konfliktlösungen gedanklich vorzuarbeiten.

Betrachtet man aus einer solchen Perspektive das Problem der internationalen Arzneimittelversorgung – das Problem, dass gegenwärtig Millionen von Menschen medizinisch un(ter)versorgt bleiben –, so erscheint dieses Problem doch insgesamt in einem etwas anderen Licht, als es bei einer philosophischen Beleuchtung der Fall ist. Dies gilt sogar auch dann, wenn – wie beim Ansatz von Thomas Pogge – die philosophische Betrachtung sich außergewöhnlich stark auf wirtschaftliche Überlegungen einlässt.

¹⁷ Pogge (2005a; S. 205).

¹⁸ Pogge (2005a; S. 205).

¹⁹ Pogge (2005a; S. 205).

²⁰ Vgl. Pies (2005) sowie Pies und Sardison (2006).

Damit ein Vergleich der Ansätze möglich wird, sei nun zumindest in einigen Grundzügen skizziert, wie eine ökonomische Theorie der Moral die Problemstellung und darauf aufbauend die Optionen zur Problemlösung entwickelt.²¹ Die Ausführungen gliedern sich in Diagnose und Therapie.

((1)) Ein funktionierender Arzneimittelmarkt ist äußerst voraussetzungsvoll, insbesondere hinsichtlich seiner institutionellen Einrahmung. Dies wird leicht deutlich mit Hilfe von Abbildung 2.

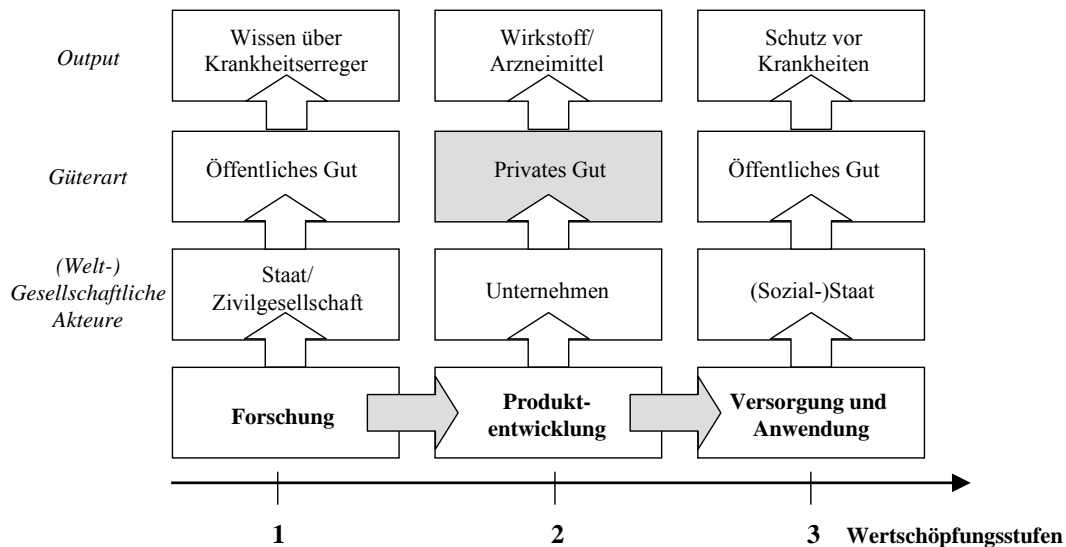


Abb. 2: Der Gesundheitssektor als sozialer Wertschöpfungsprozess

Die medizinische Versorgung mit Arzneimitteln lässt sich als ein dreistufiger Wertschöpfungsprozess auffassen. Zusätzlich zu der von Pogge betrachteten mittleren Stufe, der eigentlichen Produktentwicklung und Produktherstellung, gibt es noch eine vorgelagerte und eine nachgelagerte Stufe. Auf der vorgelagerten Stufe findet Grundlagenforschung statt, die den Pharmaunternehmen wissenschaftliche Informationen als öffentliches Gut zur Verfügung stellt. Auf der nachgelagerten Stufe findet die medizinische Versorgung mit Arzneimitteln statt. Sie hängt ab von einer technischen und organisatorischen Infrastruktur.

Zur technischen Infrastruktur gehören nicht nur medizinische Einrichtungen im engeren Sinne, also etwa Krankenhäuser, in denen Arzneimittel verabreicht werden. Vielmehr gehören zur technischen Infrastruktur auch Versorgungseinrichtungen, die beispielsweise für sauberes Trinkwasser sorgen, ohne das viele Medikamente gar nicht die gewünschte Wirkung entfalten können. Hygienische Lebensumstände durch Müllentsorgung und Abwasserkanalisation sind ein wichtiger Gesundheitsfaktor.

Zur organisatorischen Infrastruktur gehört in erster Linie eine leistungsfähige Sozialversicherung. Sie schützt die Menschen gegen die finanziellen Risiken, die mit Krankheit verbunden sind. Hierfür kommen unterschiedliche Arrangements in Betracht. Auf der einen Seite ist es möglich, in einem staatlichen Gesundheitssystem steuerfinanzierte Medikamente kostenlos abzugeben. Auf der anderen Seite ist es möglich, in einem privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem die Kosten für

²¹ Für eine ausführliche Analyse vgl. Pies und Hielscher (2007).

Medikamente durch eine Beitragsfinanzierung zu decken. Entscheidend ist lediglich, dass im Krankheitsfall die erforderlichen Medikamente bereitgestellt werden, so dass die Versorgung der Patienten nicht deshalb unterbleibt, weil es Liquiditätsengpässe gibt und sie ihre Risiken individuell schultern müssen.

Systematisch betrachtet, besteht die Besonderheit des Arzneimittelmarktes also nicht nur darin, dass versucht wird, einen Innovationswettbewerb durch zeitlich befristete Monopole in Gang zu setzen. Eine weitere wichtige Besonderheit des Arzneimittelmarktes besteht vielmehr darin, dass er als Markt für private Güter durch zwei öffentliche Güter eingerahmt wird: durch das öffentliche Gut der Grundlagenforschung einerseits und durch das öffentliche Gut medizinischer Infrastruktur andererseits.

Im Hinblick auf die Funktionsdefizite des internationalen Arzneimittelmarkts gibt es folglich nicht nur *ein* Problem, sondern gleich *drei* Probleme. Neben dem Problem hoher Monopolpreise bzw. mangelnder Preisdifferenzierung besteht ein *zweites* Problem darin, dass die in den reichen Nationen betriebene Grundlagenforschung sich zumeist an nationalen Prioritäten ausrichtet, so dass die spezifischen Bedürfnisse der Entwicklungsländer nicht immer berücksichtigt werden. Ihre regionaltypischen Krankheiten werden zu wenig erforscht. Auf diese Weise kommt es zum Phänomen der „neglected diseases“. – Ein *drittes* Problem besteht darin, dass viele Menschen in Entwicklungsländern, insbesondere die extrem Armen, keinen Zugang zu einer leistungsfähigen Sozialversicherung haben. Dadurch ist es ihnen vielfach unmöglich, im Krankheitsfall ihr Bedürfnis als Bedarf zu artikulieren. Sie sind oft nicht in der Lage, ihre prinzipielle Zahlungsbereitschaft als Nachfrage auf dem Markt für Arzneimittel wirksam werden zu lassen.

Von besonderer Bedeutung ist nun, dass alle drei Probleme systematisch zusammenhängen – nicht nur, weil sie letztlich auf die gleiche Ursache zurückgeführt werden können; sondern auch deshalb, weil sie aufeinander wirken. Dies gilt es nun zu zeigen.

Dass Pharmaunternehmen Preisdifferenzierung scheuen, weil sie Re-Importe fürchten, ist auf ein internes Governance-Problem der Entwicklungsländer zurückzuführen, insbesondere auf mangelnde Korruptionsresistenz. Den Regierungen armer Länder fällt es schwer, das Versprechen glaubhaft zu machen, um der eigenen Bevölkerung willen die Lieferung verbilligter Medikamente ausschließlich den Bedürftigen zukommen zu lassen. Ebenfalls ein Governance-Problem ist der offenkundige Tatbestand, das es viele Entwicklungsländer gibt, deren Regierung ‚zum Schutz der eigenen Bevölkerung‘ lieber Waffen kauft anstelle von Arzneimitteln. Hier fehlt es an demokratischen Feed-back-Mechanismen, die die Eliten in diesen Ländern veranlassen würden, sich ernsthaft um die Interessen ihrer eigenen Bevölkerung zu kümmern. Auch der Mangel an Sozialversicherung ist im Kern ein internes Governance-Problem der Entwicklungsländer. Die ungenügende Aktivierung von Kaufkraft ist also letztlich auf ein institutionelles Defizit zurückzuführen.

Dieses institutionelle Defizit der dritten Wertschöpfungsstufe wirkt auf die ersten beiden Stufen zurück: Die Bevölkerung armer Länder kann ihre Nachfrage nicht wirksam organisieren (Stufe 3). Deshalb fällt es ihr schwer, die Arzneimittel zu kaufen (Stufe 2) bzw. die Grundlagenforschung zu finanzieren (Stufe 1), wie es eigentlich erforderlich wäre, um die eigenen Interessen zu wahren. Ohne eine kaufkräftige Arzneimittelnachfrage jedoch können die Unternehmen kein geschäftliches Interesse

daran entwickeln, Entwicklungsländer mit Produkten zu beliefern oder gar eigens für Entwicklungsländer Produkte zu entwickeln.

Aus der hier entwickelten Perspektive ist das eigentliche Problem nicht auf Stufe 2, sondern auf Stufe 3 anzusiedeln. Es besteht nicht primär darin, dass für eine gegebene Nachfrage der Preis zu hoch ist, sondern es besteht darin, dass sich die wahre Nachfrage am Markt bislang gar nicht artikulieren kann. Abbildung 3 hilft, diese veränderte Problemstellung zu verdeutlichen.

Für Pogge besteht das Problem darin, die Arzneimittelproduktion von x_{mon} nach x_{opt} auszudehnen, um die von ihm identifizierte Versorgungslücke Δx aufzufüllen. Hierfür strebt er die Push-Strategie an, das Angebot durch Subventionierung zu verbilligen. Demgegenüber besteht nach der hier vertretenen Auffassung das eigentliche Problem darin, dass sich die Arzneimittelnachfrage kranker Menschen aus Entwicklungsländern aufgrund institutioneller Defizite gar nicht erst artikuliert. Würde sie sich – etwa aufgrund einer Sozialversicherung – artikulieren können, so stiege die internationale Gesamtnachfrage von N auf N' . Bei einheitlicher Monopolpreisbildung würde die Arzneimittelmenge auf $x_{\text{mon}'}$ steigen; der neue Cournot-Punkt läge bei C' . Bekäme man mit der Sozialversicherung gleichzeitig auch die anderen Governance-Probleme in den Griff, so ließe sich im Prinzip eine Preisdifferenzierung organisieren, die die Menge bis $x_{\text{opt}'}$ ausweitet.

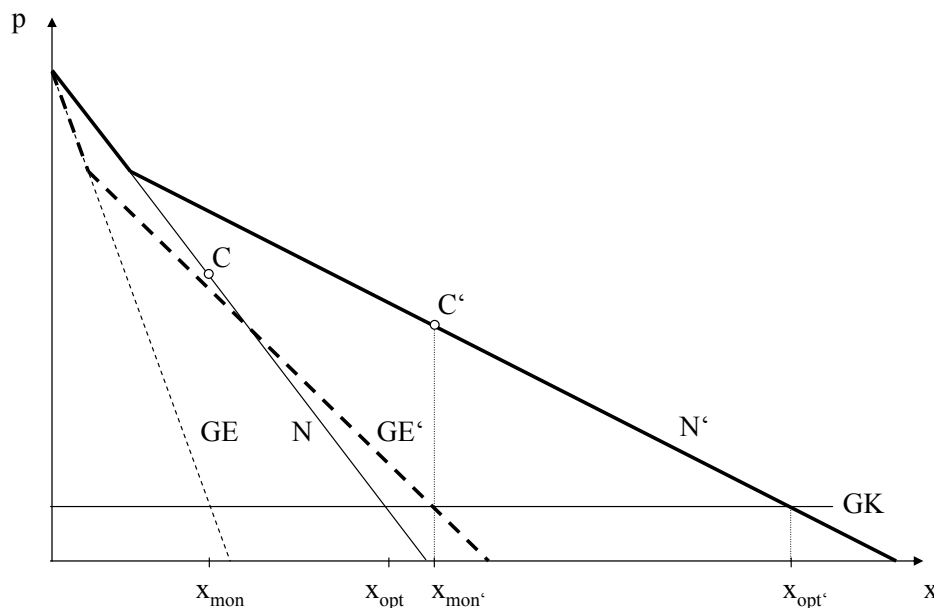


Abb. 3: Die Problemdiagnose ökonomischer Ethik

Diese Problemdiagnose legt es nahe, nach einer Pull-Strategie zu suchen, die das Problem als Governance-Problem adressiert und versucht, es durch Aktivierung gemeinsamer Interessen einer Lösung näherzubringen.

((2)) Im Hinblick auf ansteckende Krankheiten ist es relativ leicht, interessenbasierte Klugheitsargumente zu entwickeln: Seuchen brechen dort aus, wo die öffentliche Gesundheitsvorsorge am geringsten ist. Gerade in Zeiten eines zunehmenden Personen- und Warenverkehrs kann es daher für reiche Industrieländer vorteilhaft sein, Entwicklungsländer im Kampf gegen Pandemien zu unterstützen, von denen man selbst betroffen wäre. Beispielsweise ist die internationale

Vogelgrippeprävention oder die Prävention der AIDS-Pandemie gerade so gut wie die geringsten Vorsorgebemühungen in den Ländern Schwarzafrikas oder in Ostasien. Da kann es sich lohnen, Geld für Impfungen und andere Präventionsmaßnahmen im Ausland zur Verfügung zu stellen, weil die Schutzwirkung pro Euro – wohlgemerkt: die Schutzwirkung für die eigene Bevölkerung! – im Ausland größer ist. Da erfolgreiche Seuchenpräventionsmaßnahmen nicht nur die Verteilung von Medikamenten, sondern auch die generelle Verbesserung der medizinischen Infrastruktur und der Wasserversorgung im Blick haben müssen, können dadurch gleichzeitig die Voraussetzungen für eine Erfolg versprechende Bekämpfung auch regionaler Infektionskrankheiten geschaffen werden.

Eine Option zur Lösung des Versorgungsproblems sieht also so aus: Industrieländer kompensieren Entwicklungsländer für Präventionsmaßnahmen zum Schutz vor überregionalen Infektionskrankheiten, die diese aus eigener Kraft nicht finanzieren können oder wollen. Im Wege eines solchen Tauschakts, der Leistung und Gegenleistung aneinander koppelt, lässt sich das internationale Versorgungsproblem zumindest teilweise einer Lösung näherbringen.

Allerdings ist die Tragweite dieses Arguments begrenzt. Es reicht nicht aus, das gesamte Problem zu lösen und dem Missstand Abhilfe zu schaffen, dass viele kranke Menschen in armen Ländern derzeit medizinisch un(ter)versorgt sind. Hierfür lässt sich ein systematischer Grund angeben.

Betrachtet man die Wertschöpfungskette im Hinblick auf die institutionelle Flankierung des Arzneimittelmarkts, dann wird deutlich, dass Versorgung und Forschung systematisch zusammenhängen: Ohne Versorgung gibt es keinen Absatzmarkt. Und ohne Forschung gibt es keine Arzneimittel. Deshalb müssen das Versorgungs- und das Forschungsproblem im Prinzip simultan gelöst werden, wenn man erreichen will, dass der internationale Arzneimittelmarkt zum Wohl auch der Kranken in armen Ländern in Funktion gesetzt wird. Alle drei Stufen der Wertschöpfungskette sind zu aktivieren, so dass nicht nur für einen internationalen Schutz gegen ansteckende Krankheiten gesorgt wird, sondern auch dafür, dass für bislang vernachlässigte Krankheiten Grundlagenforschung betrieben wird und die Arzneimittelproduktion tatsächlich den Armen zugute kommt.

Es dürfte freilich schwierig werden, die hierfür nötigen Tauschakte zwischen Industrie- und Entwicklungsländern allein auf dem gesundheitspolitischen Feld zu organisieren. Für ein gesundheitspolitisches Junktim, welches das Versorgungs- und das Forschungsproblem gleichzeitig adressiert, fehlt es einfach an den Gegenleistungen der Entwicklungsländer, die die entsprechenden Ressourcen nicht aufbringen können oder nicht aufbringen wollen. Ohne solche Gegenleistungen aber kommt ein Tauschakt nicht zustande.

Die erforderlichen Tauschakte könnten jedoch ermöglicht werden, wenn man sektorübergreifende Verhandlungspakete schnürt. Entwicklungsländer können die Zahlungsbereitschaft der Industrieländer zum Beispiel dadurch aktivieren, dass sie im Gegenzug für deren Erforschung derzeit noch vernachlässigter Krankheiten intern marktwirtschaftliche Reformen durchführen, Eigentumsrechte sichern und rechtsstaatliche Strukturen aufbauen. Auf diese Weise würden sie Wachstumsimpulse in ihren Ländern auslösen, von denen alle profitieren. Insbesondere würde dies dazu beitragen, die Entwicklungsländer langfristig zu wirtschaftlich interessanten Handels- und Kooperationspartnern der Industrieländer werden zu lassen.

Man sieht: Das Gesundheitsproblem eines derzeit nur mangelhaft funktionierenden internationalen Arzneimittelmarkts lässt sich nicht allein mit im engeren Sinne gesundheitspolitischen Maßnahmen lösen. Vielmehr müssen Verhandlungspakete geschnürt werden, die über den Gesundheitssektor hinausgehen und in den Entwicklungsländern für interne Reformen sorgen.

Mit dieser Einsicht lässt sich abschließend ein Aspekt betonen, der in der öffentlichen Diskussion immer noch weitgehend unterbelichtet ist, obwohl ihm für eine erfolgreiche Entwicklungszusammenarbeit eine sehr wichtige Rolle zukommt: Es wäre naiv, die Missstände bei der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern ausschließlich auf Geldmangel zurückzuführen.²² In Wirklichkeit manifestiert sich hier ein Demokratiedefizit, d.h. ein internes Governance-Problem.²³ Dieses besteht darin, dass es den Eliten in Entwicklungsländern vielfach an Anreizen mangelt, die politischen Weichenstellungen so vorzunehmen, dass auch die eigene Bevölkerung auf breiter Front profitiert. Die Prioritäten werden oft anders gesetzt.

Allerdings kann man auf diese Prioritäten entwicklungspolitisch einwirken, indem man generell die Sensibilität für humanitäre Anliegen erhöht. Aus einer solchen Perspektive ist es wichtig,

- dass das Gesundheitsproblem im Rahmen der generellen Entwicklungszusammenarbeit einen systematischen Stellenwert erhält,
- dass die Entwicklungszusammenarbeit in eine Strategie der Demokratisierung und des nachhaltigen wirtschaftlichen Wachstums eingebettet ist
- und dass eine solche Strategie Fragen der institutionellen Infrastruktur (Good Governance) in Entwicklungsländern eine höhere Priorität einräumt, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

3. Theorievergleich: Zur Argumentationsstrategie einer globalen Ethik

((1)) Ein Vergleich der beiden Ansätze fördert zunächst ein geradezu erstaunliches Ausmaß an Gemeinsamkeiten hervor. Von den zahlreichen Übereinstimmungen seien hier fünf besonders hervorgehoben.

- Beide Ansätze erkennen explizit an, dass Unternehmen als moralische Akteure handeln können.
- Beide Ansätze erkennen explizit an, dass es aus moralischer Sicht auf die institutionellen Rahmenbedingungen ankommt, die die Anreize für unternehmerisches Handeln setzen.
- Beide Ansätze räumen Klugheitsargumenten einen großen Stellenwert ein.
- Beide Ansätze formulieren Kriterien für gute Ratschläge und stellen damit sehr hohe Anforderungen an normative Empfehlungen.

²² In der Literatur und in der Politik wird immer wieder auch von prominenter Seite die Position vertreten, dass die Gesundheitsprobleme in Entwicklungsländern durch Geldspenden gelöst werden können. Das Problem wird also als Transferproblem konzeptualisiert. Vgl. Jeffrey Sachs (2005) sowie das UN Millenium Project (2005). Eine kritische Stellungnahme hierzu findet sich bei Easterly (2006). Vgl. grundsätzlich auch schon Easterly (2001).

²³ Vgl. Olson (2000) sowie de Soto (2000).

- Beide Ansätze reflektieren ihre Stellung in der Gesellschaft und wollen ihre positiven und normativen Analysen in die gesellschaftlichen Diskurse einspeisen.

Es gibt aber auch Unterschiede. Diese betreffen Sozialstruktur und Semantik. In semantischer Hinsicht divergieren die beiden Ansätze in ihrer jeweiligen Auffassung von Normativität. In sozialstruktureller Hinsicht divergieren die beiden Ansätze in ihrer Einschätzung weltgesellschaftlicher Entwicklungsprozesse und insbesondere in ihrer Wahrnehmung des Armutsproblems. Dies gilt es nun zu zeigen.

((2)) Zunächst zur Semantik: Beide Ansätze betreiben Theorie für die Praxis. Beide Ansätze wollen gesellschaftliche Reformen anleiten. Deshalb achten beide Ansätze auf die Anreizkompatibilität ihrer Vorschläge und setzen möglichst weitgehend auf Klugheitsargumente. So lässt sich keiner der beiden Ansätze das naheliegende Klugheitsargument entgehen, dass die Bewohner reicher Länder ein Interesse daran haben können, sich für die Bekämpfung ansteckender Krankheiten in armen Ländern zu engagieren. Sobald jedoch das Potential gesundheitspolitischer Klugheitsargumente ausgeschöpft ist, reagieren die beiden Ansätze sehr unterschiedlich.

Pogges philosophischer Ansatz wechselt vom Wollensparadigma ins Sollenparadigma. Er generiert normative Gerechtigkeitsargumente, durch die er die Bürger reicher Staaten verpflichtet sieht, ihr Eigeninteresse in den Hintergrund zu stellen, um dem moralischen Anliegen zu genügen, den Bürgern armer Staaten eine bessere Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen. Abbildung 4a veranschaulicht die entsprechende Argumentationsrichtung.

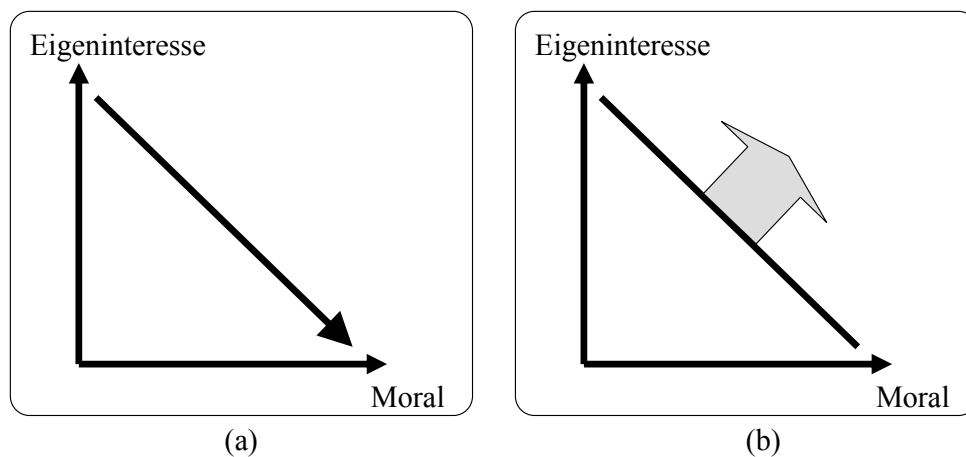


Abbildung 4: Argumentative Stoßrichtungen globaler Ethik:
Trade-off-Denken versus orthogonale Positionierung

Demgegenüber hält der Ansatz einer ökonomischen Theorie der Moral am Wollensparadigma fest: Wenn ihm auf dem engen Feld der Gesundheitspolitik die guten Argumente ausgehen, dann versucht er, die Perspektive so zu erweitern, dass auch andere Politikfelder in den Blick geraten. Die zugrunde liegende Idee besteht darin, unbeirrt nach möglichen Tauschakten Ausschau zu halten, durch die sich ein Potential wechselseitiger Besserstellung realisieren ließe. Dem ökonomischen Ansatz geht es darum, durch institutionelle Reformen solche Interaktionen zustandekommen zu lassen, die eine Win-win-Logik freisetzen.

Während sich Pogges Ansatz im Trade-off zwischen Eigeninteresse und Moral letztlich auf die Seite der Moral schlägt und – im Rahmen des Zumutbaren – von den Reichen Opfer einfordert, um die Armen besserzustellen, versucht der ökonomische Ansatz, den Trade-off zu überwinden und eine orthogonale Positionierung vorzunehmen, die Eigeninteresse und Moral füreinander in Dienst nimmt.

Der ökonomische Ansatz sucht nach Argumenten für Tauschakte, der philosophische Ansatz sucht im Zweifelsfall nach Argumenten für Geschenke. Hier tritt ein wichtiger Unterschied im Verständnis von Normativität zutage: Bei Pogge hat Ethik die Aufgabe, Verpflichtungsgründe zu formulieren, die Reiche dazu veranlassen sollen, sich einem Ressourcentransfer an Arme nicht zu verschließen. Hier wird Normativität als Obligation aufgefasst, als Sollen. Sie hat die Aufgabe, prudentielle Argumentationslücken und daraus folgende Implementierungslücken zu schließen. Aus Sicht einer ökonomischen Theorie der Moral hingegen besteht die Aufgabe der Ethik darin, gemeinsame Interessen identifizieren zu helfen. Hier wird Normativität als Heuristik wechselseitiger Besserstellung aufgefasst. Sie dient dazu, institutionelle Arrangements für wechselseitige Besserstellungen zu (er)finden. So verstanden, zielt Normativität nicht auf Sollen, sondern auf (gemeinsames) Wollen. Damit versucht das ökonomische Theorieprogramm, moralische Klugheitsargumente als Implementationsanreiz wirksam werden zu lassen.

Dieser Unterschied kommt mit besonderer Deutlichkeit zum Ausdruck in Pogges Bemühen, die Zustimmung zu seinen Reformvorschlägen zur moralischen Pflicht zu erklären: Pogge unterscheidet – in Anlehnung an die Tradition – zwischen positiven und negativen Pflichten. Erstere beziehen sich auf eine Handlung, letztere auf eine Unterlassung. Erstere formulieren einen schwachen, letztere einen starken Anspruch. Pogge versucht nun, ein Argument zu formulieren, das für seine Sache nicht nur eine positive, sondern eine negative Pflicht ins Feld führt: An die Stelle eines positiven Pflichtbegriffs, der nur eine schwach verbindliche *Pflicht zur Hilfe* für die Armen beinhaltet, tritt so bei Pogge ein stark verbindlicher negativer Pflichtbegriff. Er enthält die Forderung, Schädigungen zu unterlassen. Damit diese Forderung Anwendung finden kann, konstruiert Pogge folgende Kausalkette: Die Reichen dieser Welt sind reich aufgrund einer Weltwirtschaftsordnung, die die Armen in Armut hält. Die Armen werden durch eine Weltwirtschaftsordnung geschädigt, für die die Reichen Verantwortung tragen. Insofern sind die Reichen einer aktiven Mittäterschaft am Leid der Armen schuldig. Die Reichen sind daher moralisch verpflichtet, Veränderungen an der Weltwirtschaftsordnung vorzunehmen und solche Reformen in Gang zu setzen, die zu einer Besserstellung der Armen führen. Deren Besserstellung wird hier von den Reichen als Konzession eingefordert. Anders als das ökonomische Argument rekurriert Pogges gerechtigkeitsphilosophisches Argument also nicht auf gemeinsame Interessen an Kooperationsgewinnen, die es in der Zukunft zu realisieren gilt, sondern es rekurriert auf vergangene Schuld – die Stichworte hier sind Imperialismus und Kolonialismus –, die es wieder gutzumachen gelte.²⁴

((3)) Nun zur Sozialstruktur: Pogges Analyse läuft auf die Diagnose hinaus, dass die Armen zu arm sind, um sich im Krankheitsfall die benötigten Medikamente selbst

²⁴ Eine solche Vergangenheitsorientierung ist generell ein Nachteil für die Ethik, und zwar insbesondere für eine globale Ethik, die eine gemeinsame Wertebasis nicht einfach voraussetzen kann. Die für ein friedliches und produktives Zusammenleben erforderlichen Gemeinsamkeiten sind daher nicht als historisch verfügbare *Vorgabe*, sondern als eine *Aufgabe* zu konzeptualisieren. Vgl. hierzu ausführlich Pies (2004).

kaufen zu können. Sein Therapievorschlagn stellt darauf ab, die Preise für Medikamente zu subventionieren und diese Subvention von den Reichen zahlen zu lassen.

Demgegenüber fokussiert die Perspektive der ökonomischen Theorie der Moral auf Situationen kollektiver Selbstschädigung. Dieser spezifische Blickwinkel führt dazu, dass auf jeder der drei Wertschöpfungsstufen des internationalen Arzneimittelmarktes ein soziales Dilemma identifiziert wird: Auf der dritten Stufe besteht ein soziales Dilemma unter den Armen. Sie können sich nicht zu kollektivem Handeln organisieren. Die Folge ist eine Unterversorgung mit öffentlichen Gütern, namentlich mit technischer und organisatorischer Infrastruktur. Besonders schwer fällt ins Gewicht, dass es ihnen an einer leistungsfähigen Krankenversicherung mangelt. Das Risiko einer Krankheit muss daher von kleinen Gruppen getragen werden, anstatt es auf möglichst viele Schultern zu verteilen. Zudem kommt es im Krankheitsfall oft zu Liquiditätsengpässen, die verhindern, dass sich das Bedürfnis nach Medikamenten als Bedarf, als Marktnachfrage, artikulieren kann. Von hier ausgehend, besteht auf der zweiten Wertschöpfungsstufe ein soziales Dilemma zwischen Anbietern und Nachfragern. Da viele Arme aufgrund institutioneller Defizite sich nicht koordinieren können und sich folglich nicht als Nachfrager zu organisieren vermögen, kommen viele Tauschakte nicht zustande, obwohl sie prinzipiell beide Marktseiten besserstellen würden. Das soziale Dilemma auf der dritten Wertschöpfungsstufe macht sich aber nicht nur auf der zweiten, sondern auch auf der ersten Wertschöpfungsstufe bemerkbar. Es sorgt dafür, dass die Kranken in armen Ländern nicht nur mit Medikamenten, sondern auch mit der Grundlagenforschung für bislang vernachlässigte Krankheiten un(ter)versorgt sind.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage gestellt, inwiefern die Bevölkerung reicher Länder daran interessiert sein könnte, der Bevölkerung armer Länder bei der Überwindung ihrer internen Governance-Probleme zu helfen. Und hier lautet die Antwort: Wenn es gelingt, soziale Dilemmata zwischen reichen und armen Ländern zu identifizieren, an deren Überwindung beide Seiten ein (Regel-)Interesse haben, dann könnte es auch möglich sein, für gesundheitspolitische Leistungen der reichen Länder entsprechende Gegenleistungen der armen Länder zu finden – letzteres gegebenenfalls auch auf anderen Politikfeldern. Leistungen und Gegenleistungen müssten jedoch so gebündelt werden, dass daraus ein wechselseitig vorteilhafter Tauschakt entsteht.

Insgesamt kommt der ökonomische Ansatz zu dem Ergebnis, dass die eigentliche Quelle des Problems nicht in den Industrieländern, sondern – als Governance-Defizit – in den Entwicklungsländern zu suchen ist und dass zur Lösung dieses Problems nicht Geschenke nötig sind, sondern Tauschakte. Für diese Sicht der Dinge – und *gegen* die universalhistorische Justierung, die Pogge seinem Ansatz unterlegt – lassen sich drei empirische Befunde ins Feld führen.

Zum ersten Befund (Abb. 5): Die moderne Wachstumsökonomie verzeichnet seit ca. 1820 spektakuläre Erfolge. Wirtschaftliches Produktivitätswachstum hat die westlichen Gesellschaften – zunächst Kerneuropa und Nordamerika, später auch Japan – dramatisch verändert. Während die statistisch verfügbaren Daten ausweisen, dass in den Jahrhunderten zuvor die durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen keine nennenswerten Veränderungen erfahren haben, setzt mit Beginn der Industriellen Revolution ein Wachstumsprozess ein, der das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen in den westlichen Industrieländern in weniger als 200 Jahren um den Faktor 25 erhöht hat. Die westlichen Gesellschaften haben eine historisch nie gekannte Steigerung ihres Wohlstandes erfahren. Bemerkenswert ist zudem, dass seit 1900 die gesamte restliche Welt – alle Entwicklungsländer ausdrücklich eingeschlossen – von dieser positiven

Entwicklung im Durchschnitt ebenfalls profitiert und in den Wachstumsprozess mit integriert wird.²⁵

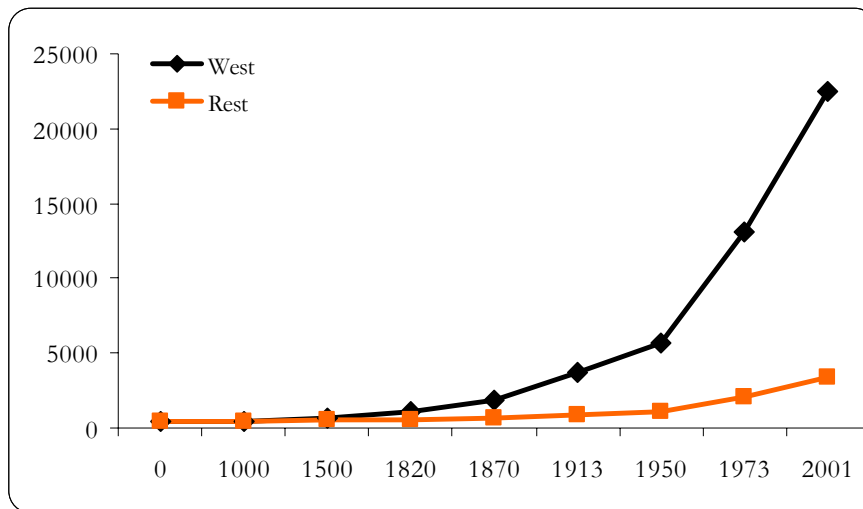


Abb. 5: Pro-Kopf-Einkommen 0-2001²⁶

Zum zweiten Befund (Abb. 6): Die durchschnittliche Lebenserwartung ist ein wichtiger Gesundheitsindikator.²⁷ Zwischen 1850 und 1950 hat sich dieser Indikator in den Industrieländern fast verdoppelt. Die Lebenserwartung stieg von 36 auf 66 Jahre. Zum Vergleich: Um das Jahr 1000 lag die durchschnittliche Lebenserwartung in den westlichen Ländern bei ca. 24 Jahren. Sie hat in den darauf folgenden 820 Jahren lediglich eine Erhöhung um 12 Jahre erfahren.²⁸ Im Rest der Welt ist seit 1900 eine noch erstaunlichere Erfolgsgeschichte zu beobachten: Im Jahr 1900 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung nicht mehr als 26 Jahre. 1950 war der Wert bereits auf 44 Jahre gestiegen, im Jahr 2002 sogar auf 64 Jahre. Das bedeutet: Trotz wesentlich geringerer Pro-Kopf-Einkommen ist es dem Rest der Welt offenbar gelungen, von den technologischen Fortschritten des Westens zu profitieren. Der allgemeine Trend zur

²⁵ Es ist also keineswegs so, dass die globale Ungleichheit zunimmt, weil die Armen immer ärmer und die Reichen immer reicher werden. Vor 1820 waren alle Weltregionen gleichermaßen arm. Danach setzte eine Wachstumsdynamik ein, von der seit spätestens 1900 keine Region der Erde mehr ausgeschlossen ist. Die globalen Einkommensunterschiede, die seit dieser Zeit beobachtet werden können, sind auf unterschiedlich schnelle Wachstumsprozesse zurückzuführen. – Die einzige Region, die seit 1970 keine Wachstumsdynamik mehr entfaltet, ist Afrika südlich der Sahara. Diese wirtschaftliche Stagnation hat dramatische Folgen. In den letzten 20 Jahren nimmt in Sub-Sahara-Afrika sowohl die Anzahl als auch der Anteil derer, die in extremer Armut leben, stetig zu. Eine solche Entwicklung ist in keiner anderen Region der Erde zu beobachten. Vgl. Chen und Ravallion (2004). Aus Sicht der ökonomischen Ethik ist deshalb zu fragen, welche *lokalen* Besonderheiten dazu führen, dass einige wenige Länder der Erde von den zunehmend globalisierten Wachstumsprozessen (noch) nicht profitieren können.

²⁶ Quelle: Maddison (2005; Tabelle 2, S. 7). In der Kategorie „West“ sind zusammengefasst: Europa, USA, Australien und Japan. Die Angaben wurden berechnet auf der Basis des 1990er US-Dollar.

²⁷ Wichtige weitere Indikatoren für die öffentliche Gesundheit sind die Kindersterblichkeit und die Krankheitshäufigkeit (Morbidität). Beide Indikatoren weisen den gleichen Trend auf wie die Veränderung der Lebenserwartung bei Geburt.

²⁸ Vgl. Maddison (2005, Tabelle 1; S. 6).

Konvergenz zwischen Industrie- und Entwicklungsländern fällt also hinsichtlich der Gesundheit wesentlich dynamischer aus als hinsichtlich der Einkommen.²⁹

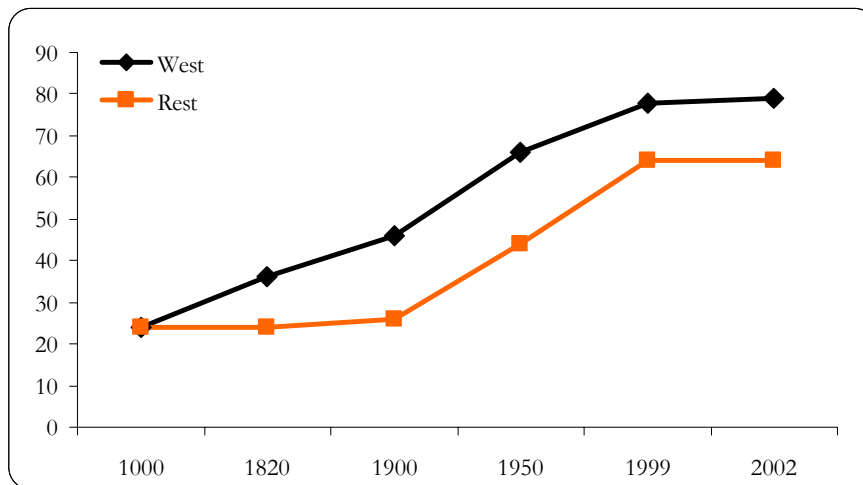


Abb. 6: Lebenserwartung 1000-2002³⁰

Zum dritten Befund (Abb. 7): Länder mit höheren Pro-Kopf-Einkommen weisen generell auch eine höhere allgemeine Lebenserwartung auf. Diese Korrelation wird in der Literatur als Preston-Kurve bezeichnet.

Neben diesem allgemeinen Trend zeigt die Preston-Kurve allerdings auch, dass der Gesundheitsstatus der Bevölkerung nicht allein von der Höhe des wirtschaftlichen Wohlstands abhängt. So können Länder trotz vergleichbaren Pro-Kopf-Einkommens hinsichtlich der durchschnittlichen Lebenserwartung eine deutliche Differenz von bis zu 30 Jahren aufweisen. Dies zeigt der fast vertikale Teilabschnitt der Preston-Kurve. Ihr fast horizontaler Teilabschnitt weist darauf hin, dass Länder mit einem sehr niedrigen Pro-Kopf-Einkommen eine allgemeine Lebenserwartung erreichen können, die vergleichbar ist mit der Lebenserwartung in Industrieländern, welche ein bis zu 100fach höheres Pro-Kopf-Einkommen aufweisen. Dies lässt darauf schließen, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht zuletzt davon abhängt, wie die politischen Weichen gestellt werden, vor allem im Hinblick auf die Versorgung mit öffentlichen Gütern. Hier gibt es große Spielräume, die in den einzelnen Ländern offensichtlich sehr unterschiedlich genutzt werden.³¹

²⁹ Vgl. hierzu ausführlich Becker, Philipson und Soares (2005). Freilich gilt auch hier, dass Afrika eine Ausnahme – global gesehen: die letzte Ausnahme – markiert: Die wirtschaftliche Stagnation geht einher mit Beeinträchtigungen der durchschnittlichen Lebenserwartung: Diese erhöhte sich in Afrika im Zeitraum von 1950 bis 1999 von ca. 40 Jahren auf nur 52 Jahre. Zum Vergleich: In Asien erhöhte sie sich im gleichen Zeitraum von ca. 40 auf 66 Jahre. Vgl. Maddison (2005, Tabelle 1, S. 6) und Maddison (2001, S. 31).

³⁰ Quellen: Maddison (2005, Tabelle 1; S. 6.) und Maddison (2001, S. 31). In der Kategorie „West“ sind zusammengefasst: Europa, USA, Australien und Japan. Die Daten zur durchschnittlichen Lebenserwartung beziehen sich auf den Zeitpunkt der Geburt für Männer und Frauen.

³¹ Zudem gilt, dass alle Entwicklungsländer in sehr ähnlicher Weise von den TRIPS-Regelungen betroffen sind. Aus diesen Gründen erscheint es fragwürdig, den Gesundheitsnotstand in einigen Entwicklungsländern allein auf die Patentregelungen der WTO zurückführen zu wollen.

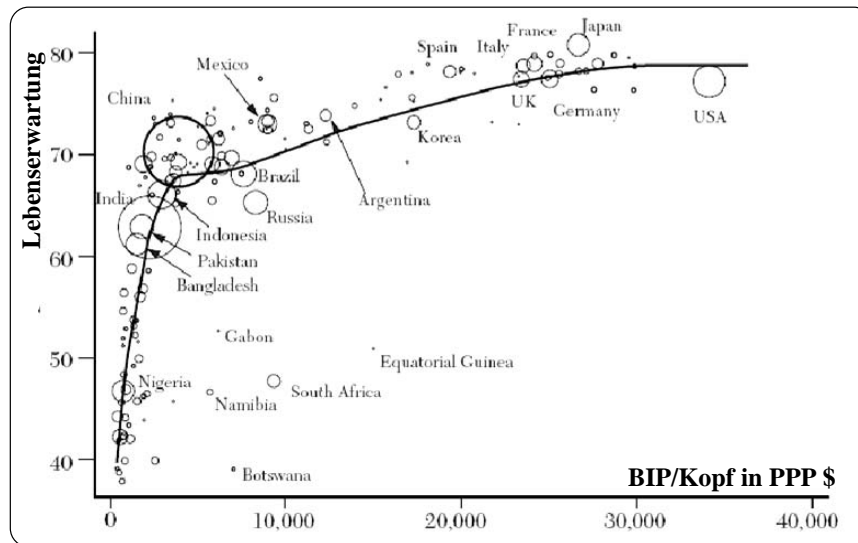


Abb. 7: Preston-Kurve: Lebenserwartung und Pro-Kopf-Einkommen im Jahr 2000³²

Aus Sicht einer ökonomischen Theorie der Moral lautet daher die entscheidende Frage nicht: Wer soll zahlen? – Dies wäre eine *ökonomistische* Verkürzung des Armutsproblems, das rein oberflächlich auf Geldmangel zurückgeführt und dessen Lösung folglich als Geldtransfer vorgestellt würde. Die entscheidende Frage lautet vielmehr: Was kann die Bevölkerung der reichen Länder – in ihrem eigenen Interesse – tun, damit die innenpolitischen Spielräume in armen Ländern so genutzt werden, dass dies der Bevölkerung in diesen Ländern – insbesondere den Ärmsten der Armen – zugute kommt? Der ökonomische Ansatz interpretiert die mangelhafte medizinische Versorgung als Armutsproblem und führt dieses Armutsproblem auf ein institutionelles Defizit zurück, das die Armen daran hindert, an Märkten aktiv zu partizipieren. Derzeit gehen Tauschgewinne verloren, von denen nicht nur die Armen, sondern auch die Reichen profitieren würden, so dass ein gemeinsames Regelinteresse daran besteht, solche institutionellen Veränderungen herbeizuführen, mit denen man sich wechselseitig besserstellt.

³² Die erste Veröffentlichung dieses Zusammenhangs zwischen der Höhe der Pro-Kopf-Einkommen und der Lebenserwartung geht auf Samuel H. Preston zurück, vgl. Preston (1975). Die hier vorliegende aktualisierte Version findet sich bei Deaton (2003): Die konzentrischen Kreise repräsentieren unterschiedliche Staaten, wobei die Fläche der Kreise proportional zur Größe der Landesbevölkerung ist. Die durchschnittliche Lebenserwartung bezieht sich auf Frauen und Männer zum Zeitpunkt der Geburt.

Literatur

- Becker, Gary S., Tomas J. Philipson und Rodrigo R. Soares (2003): *The Quantity and the Quality of Life and die Evolution of World Inequality*, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper Series, Working Paper 9765, Cambridge, MA.
- Chen, Shaohua und Martin Ravallion (2004). *How Have the World's Poorest Fared Since the Early 1980s?*, in Internet: www.worldbank.org/research/povmonitor/MartinPapers/How_have_the_poorest_fared_since_the_early1980s.pdf, Stand: Dezember 2006.
- Deaton, Angus (2003): *Health, Inequality, and Economic Development*, in: *Journal of Economic Literature*, Vol. 41, 113-158.
- Easterly, William (2006): *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*, New York.
- Easterly, William (2001): *The Elusive Quest for Growth: Economists Adventures and Misadventure in the Tropics*. Cambridge, MA.
- Maddison, Angus (2001): *The World Economy: A Millennial Perspective*, Paris. OECD
- Maddison, Angus (2005): *Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity*, Washington D.C.
- Pies, Ingo (2004): *Weltethos versus Weltgesellschaftsvertrag – Methodische Weichenstellungen für eine Ethik der Globalisierung*, in: Volker Arnold (Hrsg.): *Wirtschaftsethische Perspektiven VII. Methodische Grundsatzfragen, Unternehmensethik, Verteilungsfragen, Gentechnik und Fragen der medizinischen Ethik*, Berlin, S. 61-78.
- Pies, Ingo (2005): *Wirtschaftsethik als Beitrag zur Ordnungspolitik – Ein interdisziplinäres Forschungsprogramm demokratischer Politikberatung*, in: Martin Leschke und Ingo Pies (Hrsg.): *Wissenschaftliche Politikberatung*, Stuttgart, S. 411-431.
- Pies, Ingo und Markus Sardison (2006): *Wirtschaftsethik*, in Nikolaus Knoepffler, Peter Kunzmann, Ingo Pies und Anne Siegetsleitner (Hrsg.): *Einführung in die Angewandte Ethik*, Freiburg und München, S. 267-298.
- Pies, Ingo und Stefan Hielscher (2007): *Das Problem der internationalen Arzneimittelversorgung: Eine wirtschaftsethische Perspektive*. Diskussionspapier Nr. 2007-1 des Lehrstuhls für Wirtschaftsethik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, hrsg. von Ingo Pies, Halle 2007.
- Olson, Mancur (2000): *Power and Prosperity: Outgrowing Communist and Capitalist Dictatorships*. New York.
- Pogge, Thomas W. (2001a): *Introduction: Global Justice*, in: Thomas W. Pogge (Hrsg.): *Global Justice*, Oxford, S. 1-5.
- Pogge, Thomas W. (2001b): *Priorities of Global Justice*, in: Thomas W. Pogge (Hrsg.): *Global Justice*, Metaphilosophy Series in Philosophy, Oxford, S. 6-23.
- Pogge, Thomas W. (2002a): *World Poverty and Human Rights: Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*, Cambridge.
- Pogge, Thomas W. (2002b): *Responsibilities for Poverty-Related Ill Health*, in: *Ethics & International Affairs*, Vol. 16, Nr. 2 (2002). Carnegie Council on Ethics and International Affairs.

- Pogge, Thomas W. (2005a): Human Rights and Global Health: A Research Program, in: Christian Barry und Thomas W. Pogge (Hrsg.): *Global Institutions and Responsibilities. Achieving Global Justice*, Metaphilosophy Series in Philosophy, Oxford, S. 190-217.
- Pogge, Thomas W. (2005b): Medizinischer Fortschritt auch für die Armen. Ein neues Anreizsystem für pharmazeutische Innovation, übersetzt von Dietmar Hübner, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Band 10, Berlin und New York, S. 115-127.
- Pogge, Thomas W. (2005c): Symposium. World Poverty and Human Rights, in: *Ethics & International Affairs*, Vol. 19, Nr. 1 (2005). Carnegie Council on Ethics and International Affairs.
- Pogge, Thomas W. (2006): Relational Conceptions of Justice: Responsibilities of Health Outcomes, in: Anand Sudhir, Fabienne Peter und Amartya Sen (Hrsg.): *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford. (Discussion Paper Version 2003).
- Preston, Samuel H. (1975): *The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic*
- Sachs, Jeffrey D. (2005): *The End of Poverty: Economic Possibilities of our Time*, New York.
- Soto, Hernando de (2002): *The Mystery of Capital: Why Capitalism triumphs in the West and fails everywhere else*. New York.
- UN Millennium Project (2005): *Investing in Development: A Practical Plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York.

*Diskussionspapiere*³³

- Nr. 2007-3 **Stefan Hielscher, Ingo Pies**
Das Problem weltmarktlicher Arzneimittelversorgung: Zur Argumentationsstrategie einer globalen Ethik
- Nr. 2007-2 **Ingo Pies**
Theoretische Grundlagen demokratischer Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik – Der Beitrag von Thomas Schelling
- Nr. 2007-1 **Ingo Pies, Stefan Hielscher**
Das Problem der internationalen Arzneimittelversorgung: Eine wirtschaftsethische Perspektive
- Nr. 2006-13 **Ingo Pies**
Ist Konsens im Konflikt möglich? – Zur gesellschaftstheoretischen und gesellschaftspolitischen Bedeutung von Metaspielen
- Nr. 2006-12 **Ingo Pies**
Nachhaltigkeit: eine semantische Innovation von welthistorischer Bedeutung
- Nr. 2006-11 **Markus Beckmann, Ingo Pies**
Ordo-Responsibility – Conceptual Reflections towards a Semantic Innovation
- Nr. 2006-10 **Markus Beckmann, Ingo Pies**
Ordnungsverantwortung – Konzeptionelle Überlegungen zugunsten einer semantischen Innovation
- Nr. 2006-9 **Markus Beckmann, Ingo Pies**
Freiheit durch Bindung – Zur ökonomischen Logik von Verhaltenskodizes
- Nr. 06-8 **Ingo Pies**
Methodologischer Hobbesianismus und das Theorieprogramm einer interessenbasierten Moralbegründung
- Nr. 06-7 **Ingo Pies, Peter Sass**
Korruptionsprävention als Ordnungsproblem – Wirtschaftsethische Perspektiven für Corporate Citizenship als Integritätsmanagement
- Nr. 06-6 **Nikolaus Knoepffler**
Projekt „Wirtschaftsethik“. Zur Aufhebung des Ansatzes von Karl Homann
- Nr. 06-5 **Ingo Pies, Alexandra von Winning**
Die UN-Dekade „Bildung für eine nachhaltige Entwicklung“ und der Beitrag des Global Compact: Eine wirtschaftsethische Perspektive
- Nr. 06-4 **Ingo Pies**
Markt versus Staat? – Über Denk- und Handlungsblockaden in Zeiten der Globalisierung
- Nr. 06-3 **Markus Beckmann, Diana Kraft, Ingo Pies**
Freiheit durch Bindung - Zur Logik von Verhaltenskodizes
- Nr. 06-2 **Sören Buttkereit, Ingo Pies**
The Economics of Social Dilemmas
- Nr. 06-1 **Ingo Pies**
Theoretische Grundlagen demokratischer Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik – Der Beitrag von Albert Hirschman
- Nr. 05-12 **Ingo Pies, Alexandra von Winning**
Sustainability by Education: Lessons to be learned
- Nr. 05-11 **Ingo Pies, Alexandra von Winning**
Nachhaltigkeit durch Bildung: Lessons to be learned

³³ Als Download unter <http://ethik.wiwi.uni-halle.de/forschung>. Hier finden sich auch die Diskussionspapiere der Jahrgänge 2003 und 2004.

- Nr. 05-10 **Ingo Pies**
Ökonomische Ethik: Zur Überwindung politischer Denk- und Handlungsblockaden
- Nr. 05-9 **Ingo Pies**
Chancen und Risiken der Globalisierung: 10 Thesen
- Nr. 05-8 **Gerhard Engel**
Karl Marx und die Ethik des Kapitalismus
- Nr. 05-7 **Ingo Pies**
Was gefährdet die Demokratie? – Eine kritische Stellungnahme zur Kapitalismusdebatte in Deutschland
- Nr. 05-6 **Martin Petrick, Ingo Pies**
In Search for Rules that Secure Gains from Cooperation: The Heuristic Value of Social Dilemmas for Normative Institutional Economics
- Nr. 05-5 **Stefan Hielscher, Ingo Pies**
Internationale Öffentliche Güter – Ein neues Paradigma der Entwicklungspolitik
- Nr. 05-4 **Ingo Pies, Peter Sass**
Selbstverpflichtung als Instrument der Korruptionsprävention bei Infrastrukturprojekten
- Nr. 05-3 **Ingo Pies**
Theoretische Grundlagen demokratischer Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik – Der Beitrag von Karl Marx
- Nr. 05-2 **Ingo Pies, Markus Sardison**
Wirtschaftsethik
- Nr. 05-1 **Johanna Brinkmann, Ingo Pies**
Corporate Citizenship: Raison d'être korporativer Akteure aus Sicht der ökonomischen Ethik

*Wirtschaftsethik-Studien*³⁴

- Nr. 2005-3 **Ingo Pies, Peter Sass, Roland Frank**
Anforderungen an eine Politik der Nachhaltigkeit – eine wirtschaftsethische Studie zur europäischen Abfallpolitik
- Nr. 2005-2 **Ingo Pies, Peter Sass, Henry Meyer zu Schwabedissen**
Prävention von Wirtschaftskriminalität: Zur Theorie und Praxis der Korruptionsbekämpfung
- Nr. 2005-1 **Valerie Schuster**
Corporate Citizenship und die UN Millennium Development Goals:
Ein unternehmerischer Lernprozess am Beispiel Brasiliens
- Nr. 2004-1 **Johanna Brinkmann**
Corporate Citizenship und Public-Private Partnerships: Zum Potential der Kooperation zwischen Privatwirtschaft, Entwicklungszusammenarbeit und Zivilgesellschaft

³⁴ Als Download unter <http://ethik.wiwi.uni-halle.de/forschung>.