



Kompass 2020

Deutschland in den internationalen Beziehungen
Ziele, Instrumente, Perspektiven



Global Health

Ein Politikfeld von
unterschätzter Bedeutung

Wolfgang Hein



Kompass 2020

Deutschland in den internationalen Beziehungen
Ziele, Instrumente, Perspektiven

Mit dem Projekt „Kompass 2020“ leistet die Friedrich-Ebert-Stiftung einen Beitrag zu einer Debatte über Deutschlands Ziele, Rolle und Strategien in den internationalen Beziehungen. „Kompass 2020“ begleitet mit Veranstaltungen und Publikationen das Jahr 2007, in dem die deutsche Außenpolitik durch die EU-Ratspräsidentschaft und den Vorsitz bei der G8 besonders im Rampenlicht steht. In rund 30 Einzelartikeln gibt das Projekt einen Überblick über die wichtigsten Themen und Regionen deutscher Außenbeziehungen. Diese Artikel haben dabei alle den gleichen Aufbau: Sie informieren zunächst über die wichtigsten Entwicklungen, die größten Herausforderungen und die zentralen Akteure in den jeweiligen Politikfeldern und Regionen. Der zweite Abschnitt analysiert die bisherige Rolle, die Strategien und die Wahrnehmung deutscher/europäischer Politik. Im Kapitel „Szenarien“ werden plausible, alternative Szenarien entwickelt, die veranschaulichen, welche Entwicklung das Politikfeld oder die Region in den kommenden 15 Jahren nehmen könnte. Im letzten Abschnitt schließlich werden mögliche Ansatzpunkte für die deutsche und europäische Politik formuliert.

Jochen Steinhilber
Katrien Klüver

Friedrich-Ebert-Stiftung
Referat Entwicklungspolitik
Hiroshimastraße 17
10785 Berlin

Tel. +49-30-26935-972
Fax +49-30-26935-959
kompass2020@fes.de
www.fes.de/kompass2020

Global Health

Ein Politikfeld von unterschätzter Bedeutung

Wolfgang Hein



Abstract	2
I. Von internationaler Gesundheitspolitik zu Global Health Governance	3
I.1 Neue Herausforderungen durch internationale Gesundheitsprobleme	3
I.2 Die International Health Regulations: Erfolgreiche Kooperation gegen die Bedrohung durch weltweite Epidemien	5
I.3 Zugang zu Medikamenten und die Bedeutung neuer Akteure für globale Gesundheitspolitik	5
I.4 HIV/AIDS als Katalysator für die Entwicklung von Global Health Governance	6
I.5 Gesundheitssysteme und sanitäre Bedingungen in armen Ländern: Basis globaler Gesundheitspolitik	8
II. Deutsche Politik und Global Health	9
III. Szenarien – Globale Kooperation oder zunehmende weltweite Gesundheitskrisen?	12
III.1 Umfassende globale Gesundheitspolitik: Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit in armen Ländern und Kontrolle grenzüberschreitender Probleme...12	
III.2 Begrenzte Kooperation: Eindämmung globaler Gesundheitsgefahren	13
III.3 Weltgesellschaft ohne globale Politik: Zunahme der Bedrohung durch Infektionskrankheiten und krankheitserzeugende Rahmenbedingungen.....	14
IV. Handlungsoptionen: Visionen und Ressourcen	15

Abstract

Globalisierung hat zu einem fundamentalen Wandel der Voraussetzungen für Global Health geführt. Die schnellere Verbreitung von Krankheiten stellt eine verstärkte Bedrohung auch für den Norden dar, die sozioökonomischen Folgen der schlechten Gesundheitssituation in großen Teilen des Südens behindern Entwicklung und tragen zu sozialer und politischer Instabilität bei. Gleichzeitig stärken vor allem zivilgesellschaftliche Akteure die normative Bedeutung von „Gesundheit“ als sozialem Menschenrecht.

Angesichts dieser wachsenden Bedeutung des Politikfeldes Global Health und der eher abnehmenden Fähigkeit zwischenstaatlicher Organisationen, diese Probleme effektiv zu bearbeiten, haben zunehmend zivilgesellschaftliche und privatwirtschaftliche Akteure den globalen politischen Raum ‚besetzt‘. Die so entstandene Akteursvielfalt führte zu einer komplexen Architektur von Global Health Governance (GHG), wodurch globale Gesundheitsprobleme verstärkt zum Thema inter- und transnationaler Politik wurden. Während die Novellierung der International Health Regulations (IHR) eine partielle Stärkung der WHO ermöglicht hat, mobilisieren die Konflikte um den Zugang zu Medikamenten und die Bekämpfung von HIV/AIDS die gesamte Vielfalt der Akteure von Global Health Governance (und zusätzliche Ressourcen). Aufgrund zunehmender Koordinationsprobleme ist die Verbesserung mangelhafter Gesundheitssysteme und sanitärer Bedingungen in armen Ländern allerdings nicht erleichtert worden.

Die deutsche Politik hat wenig Initiative im Bereich von Global Health gezeigt. Zwar fördert das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) interessante Projekte im Kampf gegen HIV/AIDS, doch in den Diskursen zu zentralen Problemen globaler Gesundheitspolitik spielte Deutschland praktisch keine Rolle. Bezogen auf das Pro-Kopf-Einkommen bleibt der deutsche Beitrag im Bereich HIV/AIDS weit hinter dem anderer OECD-Länder zurück. Die bisherigen Erklärungen zur deutschen Doppelpräsidentschaft (G8 und EU) lassen kaum erwarten, dass neue Impulse in diesem Politikbereich gesetzt werden.

Drei Szenarien sind denkbar: Ein breites globales Engagement mit ausreichenden Transferleistungen kann grundlegende Verbesserungen der Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern erreichen, was sich dann auch positiv auf die globale Kontrolle von Krankheiten sowie die soziale und politische Stabilität auswirkt (1). Eine sehr enge Orientierung der OECD-Länder an eigenen kurzfristigen Interessen (Abwehr der Ausbreitung von Krankheiten, effektive Isolierung gegenüber Gesundheitsproblemen in armen Ländern) ist unter Einsatz der International Health Regulations und anderer Mittel der Kontrolle von Epidemien nicht unwahrscheinlich (2), kann allerdings leicht in ein globales Krisenszenario (3) umschlagen. In diesem Fall werden globale Probleme tendenziell unkontrollierbar. Zunehmende politische Konflikte in Krisenregionen behindern den Ausbau von Gesundheitssystemen, und die Ausbreitung von Epidemien betrifft auch viele Menschen im Norden.

Eine deutsche „Gesundheitsaußenpolitik“ könnte die Entwicklung zum Szenario (1) fördern, wenn eine weltweite Sozial- und Gesundheitspolitik als Teil einer globalen Ordnungspolitik angesehen wird, die auch in diesem Bereich Rechte und Verpflichtungen, vor allem zu einem deutlich wachsenden Ressourcentransfer anerkennt. Bisher stehen Initiativen zu einer umfassenden Verbesserung der Gesundheitssituation in armen Ländern eher im Hintergrund gegenüber der Kontrolle von Infektionskrankheiten, vor allem von HIV/AIDS. Ein Vorstoß für eine konsequente europäische Politik und für Verpflichtungen der G8 zur Stärkung von Global Health Governance in diesem Sinne könnte einen wichtigen Impuls zum Ausbau von Global Health darstellen.

I. Von internationaler Gesundheitspolitik zu Global Health Governance

I.1 Neue Herausforderungen durch internationale Gesundheitsprobleme

Gegenüber der Situation in den 1970er Jahren, in der die World Health Organization (WHO) gemäß ihrem Gründungsauftrag die Weltgesundheitspolitik prägte, haben Prozesse der ökonomischen, politischen und kommunikativen Globalisierung zu einem fundamentalen Wandel der Voraussetzungen für Fortschritte in der globalen Gesundheitssituation wie in der globalen Gesundheitspolitik geführt.¹ Die Verdichtung sozialer Beziehungen in einer entstehenden Weltgesellschaft hat erhebliche Auswirkungen sowohl in Bezug auf die rasche weltweite Verbreitung von Krankheiten als auch hinsichtlich der Bedeutung, die den sozialen und ökonomischen Konsequenzen der schlechten Gesundheitssituation eines beträchtlichen Teiles der Weltbevölkerung beigemessen wird. Eine Reihe von Aspekten weist darauf hin, dass Gesundheit zu einem zentralen globalen Problem geworden ist:

- Es ist eine beschleunigte Verbreitung von Gesundheitsproblemen festzustellen: zum einen als Folge einer sich ausweitenden, beschleunigten weltweiten Mobilität (vor allem Infektionskrankheiten), zum anderen im Zusammenhang mit der Globalisierung von Konsumgewohnheiten als Konsequenz globaler Werbung und kultureller Assimilation (etwa Rauchen, sich wandelnde Ernährungsmuster). HIV/AIDS stellt eine globale Bedrohung dar, und neue, bisher unbekannte Krankheiten wie Ebola und SARS werden als Beispiele neuer globaler Gesundheitsgefahren verstanden.
- Die sich ausbreitende Resistenz von Krankheitserregern gegen Antibiotika birgt große Gefahren. Sie ist das Ergebnis sowohl der übermäßigen Nutzung dieser Medikamente von Mittel- und Oberschichten als auch unvollständiger Therapien ärmerer Menschen vor allem bei ungenügender medizinischer Überwachung, aber auch eine Folge der verbreiteten Nutzung von Antibiotika in der Tierzucht. Das Entstehen von Krankheitserregern, die gegen eine Mehrzahl von antibakteriellen Wirkstoffen resistent sind, ist bei der Behandlung von Tuberkulose und Malaria inzwischen zu einem ernststen Problem geworden.
- Die beschleunigte Verbreitung von Medikamenten und medizinischer Technologie in praktisch alle Ecken der Welt beinhaltet das Potenzial, Krankheitsbekämpfung weltweit zu verbessern, führt jedoch zu wachsenden ethischen Problemen, da die einkommensabhängige Ungleichheit der Gesundheitsversorgung immer offensichtlicher wird.
- Angesichts der Verschuldungskrise und der Priorität makroökonomischer Strukturanpassung in den 1980er Jahren (makroökonomische Solidität) wurden sozialpolitische Programme (wie Gesundheitspolitik) nicht länger als ein primärer Fokus der Entwicklungskooperation angesehen. Die Krise der Basisgesundheitsdienste wurde in den 1980er Jahren deutlich, als in den ärmsten Ländern selbst die grundlegendsten Leistungen (Impfungen, Schwangerschaftsbetreuung) immer stärker unter Finanzierungsproblemen litten.²

1] Einen guten Überblick dazu geben Kelley Lee (Hrsg.): Health Impacts of Globalization. Towards Global Governance. Basingstoke: Palgrave 2003; Kelley Lee/Jeff Collin (Hrsg.): Global Change and Health, Milton Keynes: Open University Press 2005.

2] Vgl. David Werner/Sanders, David 1997: Questioning the solution: The Politics of Primary Health Care & Child Survival. Palo Alto: Healthwrights 1997.

- Die Liberalisierung des internationalen Handels (einschließlich der internationalen Regulierung intellektueller Eigentumsrechte durch das TRIPS-Abkommen) reduzierten die Kontrolle nationaler Gesellschaften über die Produktion und den Zugang zu Medikamenten, medizinischen Geräten und – mit dem General Agreement on Trade in Services (GATS) – zu einem gewissen Grad auch über das Angebot medizinischer Dienstleistungen.³
- Seit Mitte der 1990er Jahre ist eine wachsende Besorgnis über den Teufelskreis steigender Armut und einer größeren Verwundbarkeit durch Gesundheitsprobleme in einer zunehmend globalen Gesellschaft zu beobachten. Menschen werden häufiger krank, weil sie arm sind; die Krankheit verstärkt aber noch ihre Armut – vor allem, wenn es kein ausreichendes öffentliches Gesundheitssystem gibt.
- Regierungen der OECD-Länder sind angesichts der internationalen Gesundheitssituation immer besorgter – sowohl wegen der grenzüberschreitenden Ausbreitung von Infektionskrankheiten als auch über mögliche politische und ökonomische Instabilitäten, die mit einer hohen Prävalenz von armutsbezogenen Krankheiten in einigen Weltregionen (wie HIV/AIDS) in Zusammenhang stehen. Dies ist ein Grund für die immer wichtigere Rolle, die Gesundheit seit den 1990er Jahren auch in den Treffen der G7/G8 und den dort verabschiedeten Erklärungen spielt.

Infolge dieser neuen Herausforderungen an globale Gesundheitspolitik hat sich die institutionelle Struktur dieses Politikfeldes rasch verändert. Es sind Strukturen entstanden, die geradezu als Paradebeispiel eines Feldes von Global Governance zu bezeichnen sind. Ich verwende im Folgenden den Begriff Global Governance nicht im normativen Sinne kooperativer Netzwerke zur Lösung globaler Probleme (wie z.B. die UN-Kommission zu Global Governance), sondern beziehe ihn einerseits auf die Bedeutung eines zunehmend komplexeren transnationalen Raumes für die Behandlung internationaler politischer Konflikte und andererseits auf eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen staatlichen und privaten Akteuren.⁴

Global Governance ist dadurch gekennzeichnet, dass in einer Reihe von Politikfeldern zwischenstaatliche Governance-Institutionen (wie insbesondere das UN-System) oftmals aufgrund ihrer politischen Entscheidungsmechanismen und bürokratischen Strukturen nur wenig effektiv sind oder anstehende Probleme nicht ‚bearbeiten‘. Zivilgesellschaftliche und privatwirtschaftliche Akteure können folglich den globalen politischen Raum ‚besetzen‘ und ihren Einfluss geltend machen, auch wenn sie grundsätzlich – gemäß den Vorstellungen der traditionellen Politik – dazu nicht legitimiert sind (wie CSOs⁵ oder Unternehmen) oder über wenig Machtressourcen verfügen (wie die meisten CSOs). Die Rolle dieser neuen Akteure und neuen politischen Konstellationen werden im Folgenden anhand von vier Problembereichen zusammenfassend charakterisiert.

3] Vgl. Koivusalo, Meri: Global Governance, Trade and Health Policy, in: Wolfgang Hein/Lars Kohlmorgen (Hrsg.): Globalization, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. Schriften des Deutschen Übersee-Instituts, 60, Hamburg 2003, S. 203–224; Maureen Mackintosh/Meri Koivusalo: Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses, Basingstoke: Palgrave 2005.

4] Vgl. u.a. Dirk Messner/Franz Nuscheler: Das Konzept Global Governance – Stand und Perspektiven, INEF-Report 67, Duisburg 2003; Mathias Koenig-Archibugi/Michael Zürn (Hrsg.): New Modes of Governance in the Global System, Basingstoke 2006.

5] CSOs steht für Civil Society Organizations – diese englische Abkürzung für zivilgesellschaftliche Organisationen wird im Unterschied zu „ZGO“ inzwischen relativ breit benutzt.

1.2 Die International Health Regulations: Erfolgreiche Kooperation gegen die Bedrohung durch weltweite Epidemien

Im Jahre 1951 wurden im Rahmen der WHO die International Sanitary Regulations (seit 1969: International Health Regulations (IHR)) verabschiedet. Diese Regeln verloren jedoch immer mehr an Bedeutung. Wichtige Ursachen lagen darin, dass die Kontrolle von Infektionskrankheiten in den Industrieländern verbessert werden konnte und die Krankheiten, auf die die IHR bezogen waren (wie Pest und Pocken), stark zurückgingen bzw. ganz ausgerottet wurden. Im Jahre 1995 wurden Verhandlungen zu einer erneuten Revision des Vertrags aufgenommen, die zunächst sehr schleppend verliefen.

Dass es dann zwischen 2003 und 2005 zu einem zügigen Abschluss dieser Verhandlungen kam, kann vor allem auf die Erfahrungen mit dem Ausbruch und der erfolgreichen Kontrolle (vor allem durch gutes Management der WHO) von SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) zurückgeführt werden. Das 2005 verabschiedete Abkommen wird im April 2007 in Kraft treten. Es kann deshalb als bahnbrechend bezeichnet werden, weil der WHO im Falle des Ausbruchs eines öffentlichen Gesundheitsnotstands von internationaler Bedeutung weitreichende Kompetenzen übertragen werden und Nichtregierungsorganisationen zentrale Funktionen erhalten.⁶ Von grundsätzlicher Bedeutung ist auch, dass die neuen IHR nicht mehr auf zuvor festgelegte Krankheiten beschränkt sind. Die Regeln umfassen auch internationale Gesundheitsgefahren, die von biologischen, chemischen und radiologischen Quellen ausgehen. Wie schon im Falle der Vorgängerabkommen geht es sowohl darum, die Folgen internationaler Gesundheitsgefahren zu begrenzen als auch unnötige Restriktion von Verkehr und Handel zu vermeiden.

Die WHO hat das Recht, von den Mitgliedsstaaten die Entwicklung geeigneter Kapazitäten zur Überwachung möglicher internationaler Gesundheitsrisiken zu fordern, kann aber auch nichtstaatliche Informationsquellen nutzen und gegebenenfalls Empfehlungen über Reise- und Handelsbeschränkungen ohne Zustimmung der betreffenden Regierung aussprechen. Im Falle von SARS wurde das in seinen Grundzügen bereits vereinbarte Konzept der neuen IHR sozusagen erfolgreich getestet, im Falle der Vogelgrippe (H5N1-Virus) kann zumindest von einer erfolgreichen Eindämmung gesprochen werden.

1.3 Zugang zu Medikamenten und die Bedeutung neuer Akteure für globale Gesundheitspolitik

Medikamente haben seit jeher eine zentrale Rolle bei der Behandlung von Krankheiten gespielt – und in den meisten Gesellschaften werden sie seit langem von privaten Akteuren entwickelt und hergestellt. Deshalb waren sie auch schon häufig Ursache von Konflikten zwischen öffentlichen Instanzen, die für Gesundheitspolitik verantwortlich sind, und privaten Unternehmen, die ganz andere Interessen verfolgen: Sie orientieren Forschung und Entwicklung natürlicherweise an den Chancen, Produkte auf den Markt zu bringen, die eine einträgliche Rendite versprechen. In Bezug auf Medikamente bringt dies zwei Typen von Problemen mit sich:

(1) Zum einen lassen sich mit Medikamenten und Impfstoffen für Krankheiten, die nur in armen Ländern vorkommen, keine Gewinne erzielen, so dass die Forschung auf diesem Gebiet lange Zeit vernachlässigt wurde. Das gilt selbst für sehr verbreitete Krankheiten wie Malaria und Tuberkulose, wo die eingesetzten Forschungsmittel bei weitem nicht der Bedeutung dieser Krankheiten entsprachen. Die Problematik dieser sog. Neglected Diseases wurde seit Ende der 1980er Jahre verstärkt thematisiert und führte zur Entwick-

6] Vgl. dazu vor allem David Fidler: From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, in: Chinese Journal of International Law, Bd. 4, 2005, S. 325–392.

lung einer Reihe von Global Public Private Partnerships (GPPPs) in den 1990er Jahren. Diese Kooperationen waren meist von der WHO initiiert und durch große Stiftungen (vor allem die Bill&Melinda Gates Foundation), aber auch durch Beiträge von Staaten teilfinanziert, technisch durchgeführt wurden sie von Pharma-Unternehmen. Im Falle der Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi) hat mit den Ärzten ohne Grenzen bzw. Médecins Sans Frontières (MSF) eine zivilgesellschaftliche Organisation die Initiative ergriffen, einen Kooperationsrahmen zu entwickeln, der internationale Organisationen, staatliche Institute im Bereich der Medikamentenforschung und -produktion sowie private Pharmahersteller zusammenführt, um an verschiedenen Projekten zur Entwicklung von Medikamenten zu diesen Krankheiten zu arbeiten.

(2) Zum anderen werden Medikamente, mit deren Entwicklung Pharmaunternehmen auf einen Bedarf in den Industrieländern reagierten, in der Zeit des Patentschutzes (im Allgemeinen 20 Jahre) so teuer verkauft, dass sich die Kosten für Forschung und Entwicklung problemlos amortisierten. In den Entwicklungsländern sind solche Medikamente jedoch nur für wenige erschwinglich. Solange es keinen international durchsetzbaren Patentschutz gab, war es in den technologisch fortgeschritteneren Ländern (z.B. Indien, Brasilien) noch möglich, generische Versionen dieser Medikamente zu produzieren. Dies änderte sich mit Inkrafttreten des TRIPS-Abkommens im Jahre 1995 – wenn auch aufgrund von Übergangsregelungen zunächst nicht flächendeckend.

Im Falle von HIV/AIDS und der – aufgrund der Nachfrage in den Industrieländern entwickelten – antiretroviralen Therapien (ARV) entstand nun die Situation, dass Medikamente vorhanden waren, die aus AIDS praktisch eine chronische Krankheit machten, die aber für die Mehrheit der weltweit Betroffenen nicht bezahlbar waren. Dass indische Pharmafirmen generische Versionen produzierten und zu weniger als einem Zehntel der Preise für die Originalversionen anboten, diese aber in vielen Entwicklungsländern, in denen bereits ein TRIPS-kompatibles Patentrecht in Kraft war, nicht verkauft werden durften, machte die Problematik des Zugangs zu Medikamenten offensichtlich.

1.4 HIV/AIDS als Katalysator für die Entwicklung von Global Health Governance

Problemlage wie Reaktionen verdeutlichten zum einen die enge Interdependenz bisher getrennt wahrgenommener internationaler Regime (Handel/Gesundheit, aber auch Menschenrechte/Gesundheit), zum anderen die wachsende Bedeutung neuer Akteure und institutioneller Formen. In diesem Zusammenhang sind vielfältige Formen der Kooperation zwischen zivilgesellschaftlichen, staatlichen (nationalen wie internationalen) und privatwirtschaftlichen Akteuren entstanden. Angesichts der hohen Zahl der Betroffenen in den Entwicklungsländern (2006: etwa 40 Mio. HIV-Infizierte, davon ca. 37 Mio. in Entwicklungsländern) und der Wahrnehmung von HIV/AIDS als weltweiter Bedrohung wurde diese Krankheit zu einem effektiven Katalysator für das Entstehen neuer Strukturen internationaler Gesundheitspolitik.

Auf die Auseinandersetzungen um den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten wurde bereits verwiesen. Während die seit 2000 stark zurückgegangenen Preise für antiretrovirale Therapien der ersten Generation eine Behandlung der HIV-Infizierten in den Entwicklungsländern überhaupt erst in den Bereich des finanziell Möglichen gebracht hat, fordern die Kosten für die Bekämpfung der Krankheit ganz unabhängig davon (Maßnahmen der Prävention, Diagnose und Begleitung der Therapie) beträchtliche Mittel, die das historische Niveau der finanziellen Transferleistungen im Gesundheitsbereich erheblich übersteigen.

Seit Mitte der 1990er Jahren hat diese Situation zu innovativen Ansätzen der oben genannten Art geführt. Zunächst einmal wurde der Versuch unternommen, Synergien zu erreichen: Die Gründung von UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) 1995/96 zielte vor allem auf eine Verbesserung der Koordination zwischen den am Kampf gegen HIV/AIDS beteiligten Organisationen (einschließlich CSOs). Dies scheiterte jedoch weitgehend an der relativ geringen Flexibilität der beteiligten internationalen Organisationen; wesentliche Entwicklungen (G8-Initiative und Gründung des Global Fund; Mobilisierung der CSOs zur Verbesserung des Zugangs zu Medikamenten) fanden außerhalb von UNAIDS statt.

Die Gründung des Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) stellt die im Hinblick auf internationale Gesundheitsfinanzierung am weitesten gehende Initiative dar. Sie geht auf den Vorschlag der G8 zurück, erhebliche Mittel für die Bekämpfung von HIV/AIDS zur Verfügung zu stellen und wurde von UN Generalsekretär Kofi Annan unterstützt. Da sich einige G8-Mitglieder weigerten, die Mittel über eine UN-Organisation zu vergeben (die nicht ausreichend „result-oriented“ seien), wurde ein unabhängiger Fonds gegründet, der sich an das PPP-Modell anlehnt (Staaten, Vertreter der Privatwirtschaft und zivilgesellschaftliche Organisationen als Entscheidungsträger; IGOs nur als nicht stimmberechtigte Mitglieder des Exekutivrates). Es wurden auch PPPs (vor allem die sog. Accelerated Access Initiative) als Vehikel gegründet, um Pharmaunternehmen zu ermöglichen, im Sinne von Corporate Social Responsibility (CSR) Entwicklungsländern Medikamente zu günstigen Bedingungen zur Verfügung zu stellen, ohne das Patentrecht zu beeinträchtigen. Vielfältige Initiativen von CSOs unterstützten die Forderungen von Entwicklungsländern nach einer sicheren Nutzung von Flexibilitäten des TRIPS-Abkommens, die einen Import von Generika (über sog. Parallelimporte) sowie die Erteilung von Zwangslizenzen zur Produktion von Generika ermöglichten (Doha-Erklärung von 2001 und Folgeverhandlungen). Darüber hinaus ist das US-amerikanische Programm PEPFAR⁷ zu nennen, das als ein bilaterales Programm erhebliche Mittel zur HIV/AIDS-Bekämpfung zur Verfügung stellt. Die WHO schaltete sich schließlich mit der „3 by 5-Initiative“ (Ziel der Behandlung von drei Millionen Menschen im Jahre 2005) auch wieder aktiver in diesen Prozess ein. Als klar wurde, dass trotz einer erheblichen Ausweitung der Behandlung dieses Ziel nicht erreicht werden konnte, wurde daraus das Vorhaben einer „universellen Behandlung im Jahre 2010“.

Allerdings hat gerade die Problematik der Behandlung von HIV/AIDS die Bedeutung funktionierender Gesundheitssysteme wieder stärker in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gebracht (auch wenn WHO und Weltbank seit längerem wieder darauf hinweisen). Trotz der erheblichen Steigerung der internationalen Hilfe zur Bekämpfung von HIV/AIDS seit Beginn dieses Jahrzehnts hat sich die mangelhafte Infrastruktur des Gesundheitswesens in vielen Empfängerländern zunehmend als ein Problem erwiesen (Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen, Diagnosekapazität, Mangel an Personal im Gesundheitswesen usw.). Die Hilfe durch viele verschiedene Institutionen hat Koordinationsprobleme erzeugt und den Aufbau integrierter nationaler Gesundheitssysteme nicht gerade erleichtert.

Die grundsätzliche Problematik, die sich aus der Frage des Zugangs zu Medikamenten ganz allgemein, im Fall von HIV/AIDS im Besonderen ergibt, betrifft den Zusammenhang zwischen den weltweiten Bedürfnissen nach Medikamenten und der Art und Weise, in der intellektuelle Eigentumsrechte pharmazeutische Forschung stimulieren. In seinem General Comment No. 14 hat der UN-Ausschuss zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten (CECSR) betont, dass das Menschenrecht auf „den höchsten

7] PEPFAR bedeutet: The President's Emergency Plan for AIDS Relief. Dieses bilaterale Programm der USA eines massiven Mitteleinsatzes zur Bekämpfung von HIV/AIDS überraschte, da es mögliche Mittel für den GFATM abzieht, dessen Einrichtung ja auch von den USA unterstützt wurde.

erreichbaren Standard von physischer und mentaler Gesundheit“ Staaten verpflichtet, unentbehrliche Medikamente (wie in der WHO-Liste zu Essential Drugs vereinbart) zur Verfügung zu stellen. Wird diese Verpflichtung Ernst genommen, müsste entweder das TRIPS-Abkommen grundsätzlich modifiziert werden oder aber die internationale Gemeinschaft muss andere Wege finden, um die Kriterien für Forschung und Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten an den globalen Bedürfnissen zu orientieren. Die Entscheidung der World Health Assembly 2006, Verhandlungen über ein Global Framework for Essential Health Research aufzunehmen, ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

1.5 Gesundheitssysteme und sanitäre Bedingungen in armen Ländern: Basis globaler Gesundheitspolitik

Die Notwendigkeit, Gesundheit vor allem in Entwicklungsländern umfassend zu fördern, ist seit Ende der 1990er Jahre im Zusammenhang mit dem Fokus der Armutsreduktion wieder verstärkt in den Vordergrund der internationalen Kooperation getreten. Die starke Betonung von Gesundheit im Rahmen der Millennium Development Goals bringt dies u.a. zum Ausdruck; die von der WHO initiierte Commission on Macroeconomics and Health hat die Bedeutung von Gesundheit als Voraussetzung wirtschaftlicher Entwicklung überzeugend belegt. Strategien, die mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten die wichtigste Krankheitsursache in armen Ländern kontrollieren wollen, greifen zu kurz – u.a. auch deshalb, weil die „typischen“ Krankheiten der Industrieländer wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den meisten Entwicklungsländern eine zunehmende Rolle spielen. Die großen Einkommensunterschiede zwischen reichen und armen Weltregionen verlangen einen erheblich größeren Ressourcentransfer in der globalen Gesundheitspolitik – nicht nur, um Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS zu bekämpfen, sondern auch, um die Gesundheitssituation in armen Ländern flächendeckend zu verbessern. In diesem Zusammenhang sind in den vergangenen Jahren eine Reihe von Initiativen entstanden, die die Probleme der globalen Gesundheitsfinanzierung vor dem Hintergrund der komplexen Strukturen von Global Health Governance analysieren und einen wachsenden Druck auf den Norden ausüben, seine Rolle in der globalen Gesundheitspolitik neu zu überdenken (Alliance for Health Policy and Systems Research; Health Financing Task Force; Global Health Financing Initiative).

Diese kurze Charakterisierung der Entwicklungen im Bereich globaler Gesundheitspolitik verweist darauf, dass Außenpolitik vor allem in den sozialpolitischen Feldern von Global Governance sehr komplex geworden ist. Der Umgang mit politischen Konstellationen, in die viele, sehr unterschiedliche Akteure mit großen Interessendivergenzen verwickelt sind, macht es den Regierungen nicht leicht, ein kohärentes Konzept zu entwickeln. Auch für die Entwicklungsländer bringen derartige Multiakteurskonstellationen die bekannten Koordinationsprobleme mit sich, die unter anderem in den Auseinandersetzungen über die Effektivität von Entwicklungskooperation thematisiert worden sind.

Andererseits gibt diese Entwicklung Nichtregierungsakteuren die Möglichkeit, über die Mobilisierung eines globalen zivilgesellschaftlichen Diskurses, aber auch über die Partizipation in politischen Prozessen einen effektiven Einfluss auf Global Governance zu nehmen, der in einem System zwischenstaatlicher Beziehungen (beruhend auf der Interessenaggregation auf jeweils nationalstaatlicher Ebene) nicht gegeben ist. Die Mobilisierung von Ressourcen (finanzieller Art, aber auch von Wissen), die traditionellen internationalen Organisationen nicht zur Verfügung gestellt würden, wird nun möglich, darüber hinaus eine erheblich höhere Flexibilität politischer Prozesse, u.a. die Überwin-

derung politischer Blockaden in diesen Organisationen. Die Entwicklung einer komplexen Architektur von Global Health Governance hat zweifellos globale Gesundheitsprobleme verstärkt in den Mittelpunkt inter- und transnationaler politischer Prozesse gestellt – auch wenn diese Erkenntnis in der deutschen Politik zu Global Health noch nicht so richtig angekommen zu sein scheint.

Um dieser Situation gerecht zu werden, muss internationale Gesundheitspolitik neue Formen entwickeln, die u.a. unter dem Stichwort Health Diplomacy thematisiert worden sind⁸; es geht darum, durch Networking, Austausch von Erfahrungen und Kapazitätsentwicklung die Brücken zwischen Diplomatie und Gesundheitsexperten einerseits, zwischen der Verhandlungsmacht von Industrie- und Entwicklungsländern andererseits zu überbrücken und neue Konzepte für Global Health als ein integriertes Politikfeld zu entwickeln.

II. Deutsche Politik und Global Health

Wer macht internationale Gesundheitspolitik in Deutschland? Das Problem der ministeriellen Zuständigkeiten und der interministeriellen Koordination für Verhandlungen um Bereiche von Global Governance ist in den letzten Jahren vermehrt thematisiert worden.⁹ Federführendes Ministerium für globale Gesundheitspolitik ist im Prinzip das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgrund seiner Zuständigkeit für die Kooperation mit der WHO. Allerdings liegt die primäre Zuständigkeit für weitere wichtige internationale Organisationen im Gesundheitsbereich bei anderen Ministerien (Weltbank, GFATM: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ); UNICEF: Auswärtiges Amt). Darüber hinaus kommen aufgrund der Entwicklung von Global Health Governance wichtige Akteure internationaler Gesundheitspolitik aus unterschiedlichsten Global Governance-Bereichen, für die wiederum andere Ministerien zuständig sind.

Diese Situation gehört zu den Grundproblemen gegenwärtiger Außenpolitik: Als Folge der Globalisierung gesellschaftlicher Zusammenhänge sind sog. außenpolitische Probleme mit einer Vielzahl von Politikbereichen verknüpft. Eine Besonderheit der „Gesundheits-Außenpolitik“ besteht allerdings darin, dass diese in praktisch allen damit befassten Ministerien eher ein Randproblem darstellt. Das Bundesministerium für Gesundheit beschäftigt sich mit internationaler Gesundheitspolitik nur dann, wenn deutsche Interessen offensichtlich betroffen sind (z.B. Kontrolle von Epidemien, Vogelgrippe) und soweit es diplomatisch unumgänglich erscheint (wie z.B. bei der gemeinsam mit dem BMZ verfassten HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, vorgelegt als Reaktion auf eine entsprechende Verpflichtung im Rahmen der UN-Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS im Jahre 2001).

Die Homepage des BMG räumt den zentralen Problemen internationaler Gesundheitspolitik nur eine geringe Priorität ein. Es wird zwar betont, dass Deutschland 5% (41 Mio. US-Dollar) des Gesamthaushaltes 2004/2005 der WHO finanziert hat. Dies trifft allerdings nur zu, wenn man die freiwilligen Beiträge zur WHO außer Acht lässt. Effektiv finanzierte sich die WHO aber zum größten Teil aus freiwilligen Beiträgen, die mehr als das Doppelte der Pflichtbeiträge ausmachten (1,94 Mrd. US-Dollar bei einem regulären Budget von 880 Mio. US-Dollar in den genannten Jahren). Der Anteil der Bundesregierung an diesen freiwilligen Beiträgen blieb jedoch minimal (nur wenige 100.000 Euro). Da die freiwilligen Beiträge es

⁸ Vgl. Ilona Kickbusch/Gaudenz Silberschmidt/Paulo Buss, Global Health Diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health, in WHO Bulletin 2007 (im Erscheinen).

⁹ Vgl. u.a. Walter Eberlei/Christoph Weller, Deutsche Ministerien als Akteure von Global Governance. Eine Bestandsaufnahme der auswärtigen Beziehungen der Bundesministerien, Duisburg (INEF Report, Heft 51) 2001.

ermöglichen, bestimmte Initiativen zu fördern, kann diese Situation als Beleg für ein vergleichsweise geringes deutsches Engagement zu Themen von Global Health Governance gesehen werden. Diese Interpretation wird zusätzlich bestätigt durch die geringe deutsche Beteiligung in den von der WHO angeregten internationalen Kommissionen, die in den vergangenen Jahren die Diskurse zu den zentralen Problemen der zukünftigen Entwicklung von Global Health kanalisiert und weiterentwickelt haben (wie Commission on Macroeconomics and Health; Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health; Commission on the Social Determinants of Health).

Dieses geringe Engagement ist besonders bedauerlich angesichts der traditionell bedeutenden Rolle Deutschlands in der internationalen medizinischen Forschung im Bereich von Infektionskrankheiten (einschließlich Tropenkrankheiten). Sicherlich ist die Finanzierung von WHO Cooperating Centers ein wichtiger Beitrag, aber auch von diesen ausgehend sind kaum Initiativen im Bereich internationaler Gesundheitspolitik zu beobachten. Dies gilt mit wenigen Ausnahmen auch für den Bereich der Bekämpfung von HIV/AIDS: Die Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit ist in diesem Zusammenhang im Wesentlichen auf Deutschland bezogen; auf die oben genannten zentralen Probleme im Zusammenhang mit der internationalen Bekämpfung von HIV/AIDS wird kaum Bezug genommen (eine Ausnahme sind die Aktivitäten in Osteuropa im Rahmen der „3 by 5-Initiative“).

Für die Kooperation mit Entwicklungsländern ist allerdings das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) verantwortlich – und somit auch für die Bekämpfung von HIV/AIDS in diesen Ländern. Das betrifft den Global Fund (GFATM) und damit überhaupt den größten Teil des finanziellen Beitrags Deutschlands zur internationalen Gesundheitspolitik. Das BMZ fördert über die Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) eine ganze Reihe von Projekten im Zusammenhang mit der Bekämpfung von HIV/AIDS; über BMZ/GTZ ist Deutschland auch im Management des Global Fund vertreten. Vor allem die BACKUP¹⁰-Initiative, die in erster Linie Partner dabei unterstützt, die Kooperation mit dem Global Fund zu managen, kann als wegweisend angesehen werden, zumal hier bilaterale und multilaterale Kooperation miteinander verknüpft und ein Beitrag zur Überwindung der Koordinationsprobleme zwischen nationalen Gesundheitspolitiken und Institutionen der Global Health Governance geleistet wird. Angesichts der dargestellten Problematik des Zugangs zu Medikamenten erscheint mir darüber hinaus ein Projekt zur Förderung von Forschungskapazitäten und vor allem von pharmazeutischen Produktionsstätten in Low Income Countries richtungsweisend.

In der Bekämpfung von HIV/AIDS werden längst nicht alle Verpflichtungen, die im Prinzip akzeptiert werden, von der deutschen Politik auch wirklich eingelöst. So betont ein detailliertes Papier des Aktionsbündnisses gegen AIDS¹¹, dass es in Bezug auf G8- und EU-Ratspräsidentschaft nicht absehbar sei, „ob die Bundesregierung dafür Sorge tragen wird, dass die Herausforderung durch HIV/AIDS als eine vorrangige Angelegenheit auf die Tagesordnung“ (S.6) von G8 und EU gesetzt wird (vgl. unten); nach wie vor bleibe Deutschland weit hinter einem angemessenen finanziellen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie zurück.¹² Insgesamt erscheint auch der Stellenwert, den Deutschland dem Gesundheitssektor im Rahmen der Entwicklungspolitik gibt, eher als zu gering. In den vergangenen Jahren wurden lediglich ein Positionspapier zur sexuellen und reproduktiven

10] Building Alliances – Creating Knowledge – Updating Partners.

11] Joachim Rüppel/Sonja Weinreich, Stop AIDS. Keep the Promise. Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort (Aktionsbündnis gegen AIDS), Berlin, Mai 2006.

12] Vgl. ebd., S. 7. Bezogen auf das Bruttonationaleinkommen liegt Deutschland in seinen übernommenen Verpflichtungen zur HIV/AIDS-Finanzierung mit 59,6 US\$ pro 1 Mio. BNI im Verhältnis zu Großbritannien (\$303,0), den Niederlanden (\$442,8) und Schweden (\$376,2) weit zurück (vgl. Jennifer Kates/Eric Lief, International Assistance for HIV/AIDS in The Developing World, The Kaiser Family Foundation, July 2006).

Gesundheit vorgelegt, ebenso Stellungnahmen zum Beitrag Deutschlands zur Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs), jedoch kein Konzept zu einer verbesserten Finanzierung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern (was eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung der gesundheitsbezogenen MDGs darstellt). Hierzu wären sicherlich auch ressortübergreifende Initiativen nötig gewesen. Die Kompetenzverteilung zwischen BMZ und BMG wird hier tatsächlich zum Problem. Das BMZ ist eigentlich nicht verantwortlich für Initiativen, die globale Gesundheitspolitik allgemein betreffen.

Wenn jedoch in den letzten Jahren auf internationaler Ebene immer deutlicher geworden ist, dass *das* zentrale Problem globaler Gesundheitspolitik in den extremen Ungleichheiten zwischen armen und reichen Ländern liegt, dann bereitet diese Kompetenzverteilung erhebliche Schwierigkeiten. Im Rahmen der WHO und einer ganzen Reihe von Initiativen werden diese Probleme, vor allem auch in Bezug auf die Notwendigkeit einer soliden Finanzierung der Entwicklung von Gesundheitssystemen, in den letzten Jahren verstärkt grundsätzlich diskutiert (vgl. die oben genannten Initiativen). Das BMG beschäftigt sich damit kaum, das BMZ ist aber letztlich nur bedingt zuständig.¹³ Deutschland glänzt in diesen Initiativen bisher durch weitgehende Abwesenheit.

Das Jahr 2007 mit der EU-Ratspräsidentschaft und dem Vorsitz der G8 bietet jedoch Möglichkeiten, neue Akzente im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik zu setzen. Insgesamt schwanken die bisherigen Statements zwischen zwei Zielen: einer Rückbesinnung auf die „klassischen“ G8-Schwerpunkte Weltwirtschaft und internationale Handels- und Finanzbeziehungen einerseits und der „Stärkung der G8-Anstrengungen, die benachteiligten Teile der Weltbevölkerung zu unterstützen“ andererseits. In diesem Zusammenhang ist auch die Rede von der „Stärkung der afrikanischen Gesundheitssysteme, insbesondere beim Kampf gegen HIV/AIDS“.¹⁴

In der Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Angela Merkel zur Doppelpräsidentschaft am 14.12.2006 sucht man allerdings das Wort „Gesundheit“ ebenso wie das Wort „Entwicklungsländer“ vergeblich. Von der „Situation in den afrikanischen Ländern“ ist zunächst im Zusammenhang mit Migration nach Europa die Rede. Die europäische Außen- und Sicherheitspolitik wird vor allem im Hinblick auf die „Bedrohungen durch Massenvernichtungswaffen und internationalen Terrorismus“ sowie militärische Auslandseinsätze und Friedensmissionen angesprochen – als ob es nie eine Diskussion um einen erweiterten Sicherheitsbegriff gegeben hätte. Allerdings, so heißt es in einem kurzen Satz, „wollen wir während unserer G8-Präsidentschaft auch Afrika eine Perspektive geben“. Dies alles lässt kaum erwarten, dass Gesundheit eine ähnlich zentrale Rolle spielen wird wie 2006 im Rahmen der russischen Präsidentschaft, als zum ersten Mal ein Treffen der Gesundheitsminister der G8-Staaten durchgeführt und insgesamt 52 Verpflichtungen zum Kampf gegen Infektionskrankheiten formuliert wurden.

Der geringe Stellenwert von Global Health kommt auch in dem am 11.12.2006 vom Europäischen Rat beschlossenen „Achtzehnmonatsprogramm des deutschen, des portugiesischen und slowenischen Vorsitzes“ zum Ausdruck. Nur drei von 170 Punkten befassen sich mit Gesundheitspolitik innerhalb der EU, einer davon bezieht sich auf die Zusammenarbeit mit der WHO (Kooperation im Tabakrahenabkommen sowie bei der Umsetzung der IHR). Im Teil zu den Außenbeziehungen werden „Multilaterale Zusammenarbeit“ und „Menschenrechte“ nur kurz erwähnt (ohne Bezug auf Gesundheit), während sich ein

13] Im Bundestagsausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit wurde zwar eine Anhörung zu „Sozialen Sicherungssystemen in Entwicklungs- und Schwellenländern u.a. mit Mary Robinson als Vertreterin der Health Financing Task Force durchgeführt, aber es erscheint noch völlig offen, inwieweit daraus eine weitergehende Initiative resultieren wird.

14] Vgl. Regierung Online, http://www.g-8.de/nn_93938/Content/DE/Artikel/2006/10/2006-10-18-schwerpunkte-deutsche-g8-pr_C3_A4sidentschaft.html.

etwas längerer Abschnitt mit „Entwicklungspolitik“ beschäftigt. Hier werden „armutsbedingte und sexuell übertragbare Krankheiten“ ohne weitere Zusätze lediglich als ein Themenbereich erwähnt.

III. Szenarien – Globale Kooperation oder zunehmende weltweite Gesundheitskrisen?

Szenarien sollen Möglichkeiten der Entwicklung eines komplexen Systems aufzeigen, um Anknüpfungspunkte für politische Handlungsstrategien sichtbar zu machen. Da die gesamte Komplexität weder abbildbar noch (in diesem Zusammenhang) letztlich interessant ist, und da relevante politische Entscheidungen und der dadurch angeregte bzw. beschlossene institutionelle Wandel selten längerfristig prognostizierbar ist, kann es nur um idealtypische Entwicklungen gehen, die der Autor aufgrund angenommener Dynamiken von Akteurskonstellationen für möglich hält.

III.1 Umfassende globale Gesundheitspolitik: Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit in armen Ländern und Kontrolle grenzüberschreitender Probleme

In verschiedenen Zusammenhängen wurde in den vergangenen zehn Jahren die grundsätzliche Bedeutung internationaler Gesundheitspolitik und insbesondere der Verbesserung der Gesundheitssituation in den armen Ländern betont (G7/G8; Millennium Development Goals; Commission on Macroeconomics and Health). Szenario (1) geht von folgenden Prämissen aus: Die Bekämpfung von HIV/AIDS und die Ziele der Verbesserung von Gesundheitssystemen – im weiteren Sinne Armutsbekämpfung – sowie die Etablierung verlässlicher Systeme globaler Transferleistungen – als eine Art globaler Finanzausgleich – haben bis zum Jahre 2020 erhebliche Fortschritte gemacht und werden von einer einflussreichen globalen Zivilgesellschaft gestützt.

Die Bedrohung durch die globale Ausbreitung von Infektionskrankheiten ist durch eine weitere Stärkung der IHR reduziert worden. Zudem wurde zunehmend die Tatsache berücksichtigt, dass die Entstehung und Ausbreitung neuer Epidemien unter anderem eine Folge katastrophaler hygienischer Bedingungen und mangelnder Möglichkeiten ist, ausbrechende Epidemien im Keim zu ersticken. Gleichzeitig wurde erkannt, dass eine effektive Eindämmung von HIV/AIDS ebenso wie die Stabilisierung von Entwicklungsprozessen im Süden ein flächendeckendes (und alle soziale Gruppen einbeziehendes) Gesundheitssystem voraussetzen, dass also auch entsprechende Transferleistungen im wohlverstandenen Eigeninteresse der reichen Länder liegen. Dabei wird an historische Erfahrungen der Industrieländer angeknüpft: Ein umfassendes System sozialer Sicherheit dient der politischen Stabilisierung und ermöglicht weitere sozioökonomische Entwicklung.

Parallel dazu haben sich transnationale Normbildungsprozesse vollzogen, die das Menschenrecht auf Gesundheit (bei einer zunehmenden politischen Akzeptanz der ökonomischen, sozialen und kulturellen Menschenrechte insgesamt) gestärkt haben. Dies hat zu einer Neubewertung intellektueller Eigentumsrechte geführt sowie zu neuen Mechanismen der Förderung von Forschung und Entwicklung von Produkten, die für die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter wichtig sind.

Die Strukturen einer Weltkonföderation zeichnen sich 2020 klarer ab: Zum einen sind auch in den ärmeren Ländern im Sinne des Subsidiaritätsprinzips lokale und staatliche

Kompetenzen gestärkt worden, so dass in der Gesundheitspolitik öffentliche Instanzen eine ausreichende Mindestversorgung für alle sicherstellen – in den ärmeren Ländern in enger Koordination mit verschiedenen transnationalen Akteuren, die die notwendigen Transferleistungen bereitstellen. Zum anderen gibt es Elemente globaler Staatlichkeit durch eine Stärkung des internationalen Rechtes, der weiteren Entwicklung einer globalen Zivilgesellschaft und einer größeren Verbindlichkeit und Flexibilität der zwischenstaatlichen Kooperation, abgesichert durch zivilgesellschaftlichen Druck einerseits, durch einander ergänzende Formen informeller Beratungen und verbindlicher Entscheidungsgremien andererseits. Die Beiträge von Unternehmen zur sozialen Sicherung im Sinne von Corporate Social Responsibility (CSR) werden durch entsprechende politische Anreize und Kooperationsangebote (etwa PPPs), aber auch durch eine intensivere transnationale zivilgesellschaftliche Diskussion gesteuert. Die Partizipation von Akteuren, die im Rahmen nationaler Politik nur ein geringes Durchsetzungsvermögen besitzen, verbessert die weltgesellschaftliche Kohäsion (Ansatz seit Beginn des Jahrtausends: Stärkung der Zivilgesellschaft in den Armutsreduktionsstrategien der Weltbank). Die EU-Politik gegenüber neuen, weniger entwickelten Mitgliedern hat als Vorbild für eine solche Strategie von Entwicklung und Sicherheit durch Integration gedient. Gleichzeitig wird die Interdependenz zwischen verschiedenen Bereichen von Global Governance intensiver wahrgenommen. Armutsbekämpfung, globale Umweltpolitik, Regulierung des internationalen Handels und Umsetzung der Menschenrechte sind zwar weiterhin Aufgabenbereiche unterschiedlicher Organisationen, doch sind die Diskurse über die Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Regimen zunehmend institutionalisiert worden.

III.2 Begrenzte Kooperation: Eindämmung globaler Gesundheitsgefahren

Szenario (2) geht von einer Fortsetzung der aktuell beobachtbaren Tendenzen aus, vor allem von einem erfolgreichen Ausbau der globalen Kontrolle von Infektionskrankheiten. Die G8 konzentrieren sich weiterhin auf die Bekämpfung dieser Krankheiten, da hier die Gefährdung der reichen Länder am deutlichsten ist. Umfassendere Konzepte der Finanzierung von „Gesundheit“ sind angesichts der finanziellen „Zurückhaltung“ dieser Länder und ihrer primären Orientierung an Eigeninteressen nicht durchsetzbar.

Dies betrifft auch die Positionen zu intellektuellen Eigentumsrechten. Länder mit einer starken Pharmaindustrie versuchen, über bilaterale Handelsabkommen die erreichte Anerkennung der TRIPS-Flexibilitäten wieder zurückzuschrauben. Teilweise versuchen sie, in besonders kritischen Bereichen (wie HIV/AIDS) durch großzügige Programme den negativen Folgen dieser Politik entgegenzuwirken, und darüber hinaus freiwillige Zugeständnisse der Pharmaindustrie (wie differenzierte Medikamentenpreise zugunsten armer Länder oder der Beteiligung an PPPs) zu fördern. Mit dem Ziel der Durchsetzung eigener wirtschaftlicher Interessen und Wertvorstellungen (vgl. PEPFAR mit der starken Zurückhaltung gegenüber der Propagierung von Kondomen im Kampf gegen HIV/AIDS) geraten multilaterale Vereinbarungen dort ins Hintertreffen, wo nicht, wie im Falle der IHR, ganz offensichtlich Eigeninteressen derartige Abkommen fordern.

Szenario (2) geht davon aus, dass es dieser Politik zwar mittelfristig gelingen wird, größere globale Gesundheitskrisen zu vermeiden, dass sich aber die Tendenzen ungleicher Entwicklung weltweit fortsetzen. Den erfolgreicherer Ländern in Ost- und Südostasien gelingt es, ihre sozialen Systeme auszubauen. Doch die Bereitschaft, in diesem Bereich arme Länder zu unterstützen, bleibt sehr begrenzt. Auch die Entwicklung der internationalen Zivilgesellschaft stagniert im Bereich globaler Sozialpolitik. Diesbezügliche Initiativen verlieren angesichts ausbleibender Erfolge an Dynamik; konservativen Interessen

gelingt es zunehmend, Gegenkräfte zu mobilisieren. Global Governance ist in diesem Rahmen nur dann erfolgreich, wenn es um die globale Koordination von Maßnahmen geht, die die Industrieländer und die fortgeschritteneren Regionen des Südens von den Folgen der extremen Armut isolieren.

III.3 Weltgesellschaft ohne globale Politik: Zunahme der Bedrohung durch Infektionskrankheiten und krankheitserzeugende Rahmenbedingungen

Szenario 3 ist ein globales Krisenszenario. Globale Probleme werden tendenziell unkontrollierbar. Politische Konflikte in Krisenregionen nehmen zu und behindern die Konsolidierung von Staatlichkeit – und damit auch den Ausbau von Gesundheitssystemen. Selbst in Ländern, die Anfang des Jahrtausends noch hohe Wachstumsraten aufwiesen, verstärken sich die sozialen und politischen Konflikte aufgrund der wachsenden Ungleichheit; ökologische und gesundheitliche Krisen nehmen ebenfalls zu. Diese Konflikte führen wiederum zu stagnativen Tendenzen in der Weltwirtschaft; die Finanzierung bestehender Standards im Gesundheitswesen der Industrieländer wird immer schwieriger. Internationale Organisationen wie WHO und WTO (World Trade Organization) werden immer mehr durch Interessenkonflikte blockiert. So hat auch die WTO zugunsten eines Systems bilateraler und regionaler Handelsvereinbarungen an Bedeutung verloren, da die reichen Länder nicht bereit sind, echte Kompromisse mit den Entwicklungsländern einzugehen.

Angesichts der eher noch zunehmenden Konflikte in armen Ländern sowie der mangelnden Kontrollmöglichkeiten in Konfliktregionen gelingt es nur teilweise, die Ausbreitung von Epidemien zu stoppen, die nun auch in den Industrieländern erhebliche Schäden anrichten. Nachdem es in den Jahren zuvor gelungen ist, Infektionsherde zu kontrollieren, kommt es irgendwann zwischen 2015 und 2020 zu der lange befürchteten globalen Grippeepidemie, die durch die Mutation eines Virus im dichtbevölkerten Nigerdelta entstanden ist. Schon seit etwa 2010 hat die Resistenz der Erreger gegen die vorhandenen Medikamente gegen Malaria und Tuberkulose in vielen afrikanischen Regionen zugenommen; die Programme gegen HIV/AIDS haben nur in einigen Ländern Erfolge, zahlreiche Menschen sterben, weil ihre weitere Behandlung nicht finanziert werden kann. Die Belastung der Gesundheitssysteme in vielen armen Ländern wird immer größer; die Hilfsleistungen aus Europa und Nordamerika gehen angesichts der weltweiten Rezession zurück. Durch Reisende und vor allem Migranten nimmt auch die Zahl der Tuberkulosefälle in den reichen Ländern erheblich zu; Resistenz wird auch hier zunehmend zu einem Problem.

Insgesamt erscheint es am wahrscheinlichsten, dass kurz- bis mittelfristig das zweite Szenario eintritt. Unter ungünstigen Bedingungen ist jedoch ein Umschlagen in das globale Krisenszenario, das in einen Teufelskreis führt, nicht ausgeschlossen. Dies könnte vor allem dann passieren, wenn politische Konflikte die erfolgreiche Kooperation im Rahmen der IHR verhindern sollten. Andererseits muss das erste Szenario keine Utopie bleiben, wenn es gelingt, die internationale Kooperation über die Reaktion auf akute Bedrohungsfaktoren weiterzuentwickeln. Unverzichtbare Voraussetzung wäre allerdings eine positivere Einstellung zum Multilateralismus sowie eine größere Bereitschaft der reichen Länder zu ökonomischen Kompromissen – nicht nur im Sinne „einfacher“ Ressourcetransfers, sondern auch im Bereich von Steuerungsmechanismen des Weltwirtschaftssystems (TRIPS, GATS) und der Anerkennung ihrer Verantwortlichkeit für die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter für Gesundheit.

4. Handlungsoptionen: Visionen und Ressourcen

Nach wie vor ist die internationale Gesundheitspolitik Deutschlands sehr stark bezogen auf die Ausbreitung von Infektionskrankheiten – hinsichtlich des Einsatzes deutscher Forschungskapazitäten, aber auch im Hinblick auf den inhaltlichen Schwerpunkt, auf mögliche Bedrohungen zu reagieren. Diese Vorgehensweise ist jedoch den großen Herausforderungen von Global Health nicht (mehr) angemessen. Unbedingt notwendig ist deshalb ein Paradigmenwechsel, der Gesundheitspolitik als eine Politik zur Umsetzung eines sozialen Menschenrechts und zur Stärkung (welt)gesellschaftlicher Integration sieht. Diese Neuausrichtung wäre eine adäquate Reaktion auf die internationalen wissenschaftlichen und politischen Diskurse, die in den vergangenen Jahren zur Bedeutung von „Gesundheit“ in der globalen Politik geführt wurden. In diesem Zusammenhang ist es nötig, sowohl für die Belebung der Diskurse in Deutschland als auch für eine stärkere Beteiligung deutscher Wissenschaftler und Politiker an internationalen Diskursen deutlich mehr Ressourcen als bisher zur Verfügung zu stellen.

Angesichts der erheblichen Bedeutung globaler Gesundheitspolitik sollte auch die deutsche Politik diesem Feld erheblich mehr Gewicht geben. Im Sinne wohlverstandener deutscher Interessen ist es nicht ausreichend, sich weitgehend auf die Abwehr gesundheitlicher Gefahren für Deutschland zu konzentrieren. Die Förderung der traditionellen Stärken der deutschen Tropenmedizin ist sicherlich ein wesentlicher Faktor, um den Kampf gegen vernachlässigte Krankheiten zu verbessern, sie hilft aber nur dann effektiv weiter, wenn die Ergebnisse in eine umfassendere Politik der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den betroffenen Ländern eingeordnet wird. Es reicht auch nicht aus, den mehr oder weniger formellen internationalen Verpflichtungen (Beitrag zum regulären Budget der WHO, Beitrag zum Global Fund) nachzukommen.

Viele Interessen gegenüber den Entwicklungsländern sind letztlich Weltordnungsinteressen, die auch Sozial- und Gesundheitspolitik in anderen Teilen der Welt einbeziehen. Beachtet werden sollte, dass es letztlich um *globale Ordnungspolitik* geht, d.h. nicht um eine „weiche“, nicht mit Sanktionsmöglichkeiten ausgestattete „Weltordnung“, sondern um die Fundamente verbindlicher globaler Rechte und Verpflichtungen. Wenn man an die internationale Politik der Förderung von Good Governance denkt und deren Verbindung mit Armutsreduktionsstrategien (s.o., Szenario (1)) ist das nicht so utopisch, wie es vielleicht zunächst klingt. Die Entwicklung demokratischer Systeme setzt allerdings einen grundlegenden sozialen Wandel voraus, der von den alltäglichen Interessen der betroffenen Menschen ausgeht.

Zwei Bereiche im Rahmen globaler Gesundheitspolitik sind von zentraler Bedeutung, wenn man die Weichen in Richtung auf Szenario (1) als Fernziel stellen will: zum einen die Stärkung nationaler Gesundheitspolitik in den armen Ländern (in Wechselbeziehung mit den Mechanismen von Global Health Governance), zum anderen die Mobilisierung ausreichender finanzieller Transfers. Wie die Commission on Macroeconomics and Health überzeugend dargelegt hat, geht es hier durchaus um beträchtliche Mittel, die aber angesichts der Möglichkeiten, erhebliche mittel- bis langfristige Entwicklungsfortschritte zu erreichen und Behandlungskosten zu sparen, gut angelegt sind; die gesundheitsbezogenen Millennium Development Goals können in diesem Zusammenhang als Benchmarks betrachtet werden.

Die Entwicklung von Strukturen der Global Health Governance kann, wie aufgezeigt, zusätzliche Ressourcen mobilisieren, Partizipationschancen eröffnen und die Position armer Bevölkerungen auch durch advokative Aktivitäten verbessern. Als Folge des Ein-

tritts neuer Akteure schafft sie aber auch eine erheblich höhere Komplexität. Dies bringt Probleme eines rationalen Einsatzes dieser Ressourcen mit sich, die die organisatorischen Kapazitäten der Empfängerländer häufig überfordert; ähnliche Diskussionen in anderen Bereichen von Entwicklungskooperation haben zu einem internationalen Diskurs über die grundsätzliche Effektivität von Hilfe und zur sog. Paris Declaration on Aid Effectiveness geführt. Funktionierende Gesundheitssysteme können nur aufgebaut werden, wenn die Empfängerländer selbst eine wirkungsvolle Kontrolle über die Mittel durch nationale Instanzen ausüben – bei einer gleichzeitigen Stärkung der lokalen Kompetenzen.

Auch eine erneute Stärkung der WHO ist wichtig – und zwar vor allem in ihrer Rolle als Initiator neuer Diskurse und gegebenenfalls auch daran anschließender Verhandlungen: Dies ist etwa in den Jahren 2004–2006 im Rahmen der Commission on Intellectual Property Rights and Innovation in Public Health geschehen, aus der heraus Initiativen im Hinblick auf Verhandlungen zu einem Global Framework on Essential Health Research entstanden sind. Besonders notwendig wäre eine aktivere Teilnahme an der Commission on the Social Determinants of Health mit der Perspektive einer Initiative zur Förderung von Gesundheit und funktionsfähigen Gesundheitssystemen in armen Ländern (einschließlich dezentraler Versicherungssysteme, aber auch der Entwicklung konkreter Formen internationaler Finanzierung) sowie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheit (Zugang zu sauberem Wasser, sanitären Anlagen etc.). Eine solche Stärkung der Rolle der WHO als Forum für globale Gesundheitspolitik verlangt ein intensiveres Engagement bei der Bereitstellung von freiwilligen Beiträgen.

Trotz aller Diskussionen über den Finanzierungsbedarf einer effektiven Verbesserung der Gesundheitssituation in armen Ländern konzentrieren sich die konkreten politischen Initiativen bisher auf die G8 und den Kampf gegen Infektionskrankheiten. Angesichts des Fehlbedarfs bei der Finanzierung des Global Fund scheint eine entsprechende Erweiterung des Verhandlungshorizonts unrealistisch zu sein; die hier dargestellten Überlegungen zur Problematik von Global Health lassen dies jedoch als mittelfristig unerlässlich erscheinen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ja durchaus erhebliche Synergien zwischen einer Finanzierung von „Gesundheit“ und einer Finanzierung des Kampfes gegen HIV/AIDS bestehen.

Kurzfristig gibt die deutsche Präsidentschaft in der EU und der G8 Möglichkeiten, in diesem Bereich Initiative zu ergreifen. Diese Chance darf auf keinen Fall vergeben werden. Führungsrollen sollten jedenfalls nicht nur in Bezug auf die Lösung interner Probleme der Europäischen Union und des Nordatlantikraums übernommen werden. Auch hinsichtlich der intellektuellen Eigentumsrechte sollte nicht nur eine Koordination mit den USA angestrebt werden, um bestimmte wirtschaftliche Interessen gegenüber China oder Indien durchzusetzen, sondern es ist ebenso notwendig, die Probleme in Bezug auf TRIPS und den Zugang zu Medikamenten einzubeziehen.

Das EU-Parlament hat im vergangenen Jahr zwei bemerkenswerte Papiere zu HIV/AIDS¹⁵ beschlossen. Gefordert wird hier die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel – u.a. zur Absicherung des Ziels einer universellen Behandlung von HIV-Infizierten im Jahre 2010 und zur Sicherung einer langfristigen Behandlung aller Patienten, zur Stärkung öffentlicher Gesundheitsdienstleistungen und der regionalen und nationalen Produktionskapazitäten für generische Medikamente – sowie die Vereinfachung von Verfahren zur Erteilung von Zwangslizenzen. Dies sind vielversprechende Ansätze für eine EU-Strategie zu Global Health Governance, die damit Anknüpfungspunkte für Initiativen der Bundes-

15] Vgl. European Parliament Resolution on HIV/AIDS: Time to Deliver vom 6.7.2006 (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?objRefId=124436&language=EN>) und European Parliament Resolution on World AIDS Day vom 30.11.2006 (<http://europa.eu/bulletin/en/200611/p129006.htm>).

regierung bilden könnten. Hier Akzente zu setzen, könnte den Beginn einer neuen Ära einer Global Health-Politik der EU einleiten.

Auch im Rahmen der G8 sollte die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter Priorität gegenüber nationalen und sektorspezifischen Interessen haben. Die deutsche Präsidentschaft sollte nicht nur die bereits von der G8 seit 1999 übernommenen Verpflichtungen im Kampf gegen HIV/AIDS massiv unterstützen, sondern durch eine Ausweitung dieser Aktivitäten auf eine allgemeine Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern auch ein wichtiges politisches Zeichen setzen.

Die Mobilisierung massiver Mittel zur Verbesserung der weltweiten Gesundheitssituation – was u.a. eine leichtere Kontrolle von Infektionskrankheiten ermöglichen würde – stellt natürlich ein langfristiges Programm dar. Die energische Einleitung eines solchen Programms würde es jedoch ermöglichen, dass Deutschland in der internationalen Gesundheitspolitik eine starke Rolle übernehmen und die Potenziale der eigenen medizinischen Forschung sehr viel effektiver in eine globale Politik einbringen könnte. Internationale Gesundheitspolitik müsste dann allerdings starke Instrumente entwickeln, um eine funktionierende Koordination zwischen den verschiedenen beteiligten Ministerien zu gewährleisten. Die Schweiz hat damit begonnen, zwischen allen beteiligten Ressorts außenpolitische Zielvereinbarungen zur Gesundheits-Außenpolitik zu entwickeln. Dies könnte für die deutsche Politik ebenfalls ein erster Schritt in die richtige Richtung sein.

Eine solche umfassende Gesundheitspolitik fügt sich ein in eine entschlossene Unterstützung internationaler Kooperation zur Erreichung der Millennium Development Goals und ist im Prinzip auch geboten durch den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte, der geltendes internationales Recht darstellt; sie liegt aber auch im wohlverstandenen Eigeninteresse der OECD-Länder.

Über den Autor: Wolfgang Hein ist apl. Professor an der Universität Hamburg und Leiter des Forschungsschwerpunkts "Transformation in der Globalisierung" am GIGA. German Institute of Global and Area Studies in Hamburg.

Kompass 2020

Deutschland in den internationalen Beziehungen

Ziele, Instrumente, Perspektiven

- Reinhard Krumm, „Zentralasien – Kampf um Macht, Energie und Menschenrechte“, Januar 2007
- Britta Joerißen, „Der Balkan – Von Krieg, Frieden und Europa“, Januar 2007
- Andrä Gärber, „Der Nahe/Mittlere Osten und Nordafrika – Die blockierte Region am Scheideweg“, Januar 2007
- Hans J. Gießmann, „Abrüstung, ade? Orientierungspunkte deutscher Rüstungskontrollpolitik“, Januar 2007
- Wolfgang Hein, „Global Health – ein Politikfeld von unterschätzter Bedeutung“, Februar 2007

- Auslandseinsätze
- China
- Demografie und Migration
- Demokratieförderung
- Energiesicherheit
- Europäische Integration
- Indien
- Friedensförderung
- Gestaltung der Globalisierung
- Lateinamerika
- Menschenrechte und soziale Frage
- Multilaterale Institutionen
- Organisierte Kriminalität
- Postkommunistischer Raum
- Religion und Politik
- Russland
- Sub-Sahara-Afrika
- Südostasien
- Terrorismus
- Transatlantisches Verhältnis
- Umwelt
- Weltwirtschaft

