

Gruppentherapie

Wie die internationale Gemeinschaft den Kampf gegen Seuchen gewinnen kann

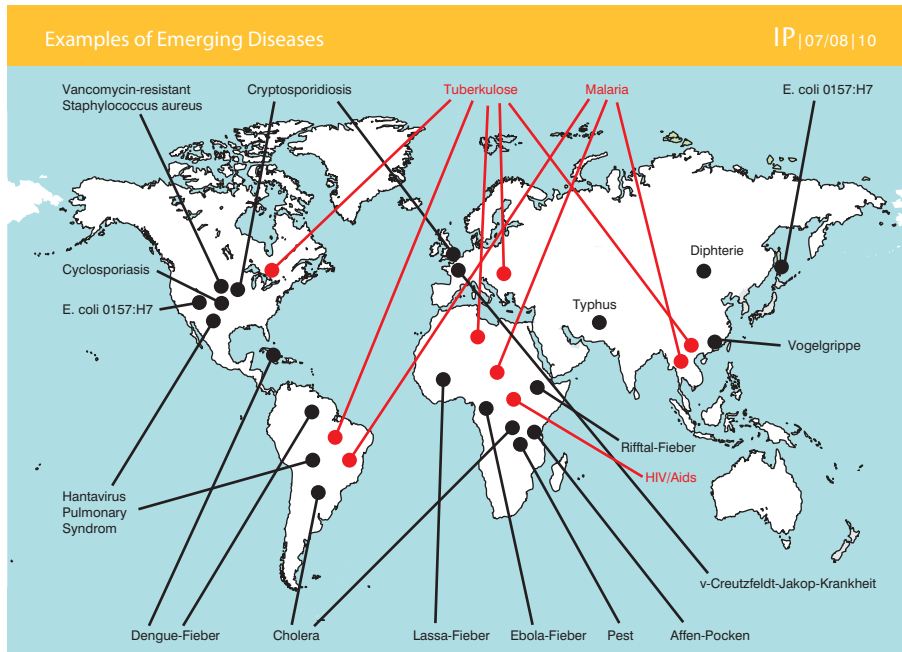
Ilona Kickbusch | Wenn Menschen, Gemeinden, ganze Regionen Opfer von Epidemien wie Aids oder Tuberkulose werden, sind auch die wirtschaftliche Entwicklung und die globale Sicherheit in Gefahr. Die karitative Version von „globaler Gesundheit“ ist gescheitert. Zeit für eine „Gesundheitsdiplomatie“, Zeit, das Thema aus den Fachministerien ins Auswärtige Amt zu holen.

Als „kosmopolitisches Moment“ hat der Soziologe Ulrich Beck einmal eine Situation beschrieben, in der den Akteuren schlagartig klar wird, dass sie kollektiv handeln müssen, um ein Problem zu lösen. Kosmopolitische Momente verbinden eine normative Dimension, etwa die gemeinsame globale Verantwortung, mit einer realpolitischen, die meist auf nationalen Eigeninteressen beruht. Zwei solcher kosmopolitischer Momente haben die Diskussion über globale Gesundheit in der Vergangenheit bestimmt.

Der erste war der Ausbruch der Aids-Epidemie in den achtziger Jahren. Doch lag dem Handeln hier noch ein Denken zugrunde, das mit dem Begriff globale Gesundheit nur die Ausbreitung von Seuchen und die Bedrohung durch neue, fremdartige Erreger assoziiert. Die Aufgabe besteht diesem Konzept zufolge vorrangig in der Krankheitsbekämpfung in Entwicklungsländern. Die Hauptverantwortung liegt bei den reichen Ländern, die

Handlungsschiene ist eine Einbahnstraße von Nord nach Süd.

Derzeit zeichnet sich ein neuer Ansatz in der Diskussion über Gesundheit und Außenpolitik ab. Auch er hat sein „kosmopolitisches Moment“, die SARS-Krise von 2003. Das Auftreten dieser Seuche ebnete den Weg für ein neues internationales Gesundheitsabkommen und band damit auch Länder wie China in die internationale Verantwortung ein. So wird Gesundheit in der UN-Resolution „Globale Gesundheit und Außenpolitik“ von 2009 als zentraler Gegenstand der Außenpolitik beschrieben. „Wir glauben“, so die Gruppe der sieben Außenminister, die die UN-Resolution angeregt hatten, „dass Gesundheit die wichtigste, weitgehend vernachlässigte Langzeitaufgabe der Außenpolitik unserer Zeit ist.“ Und auch die EU fordert in den vergangenen Mai verabschiedeten „Schlussfolgerungen zur Rolle der Europäischen Union in der globalen Gesundheitspo-



Quelle: XXXXXXXX

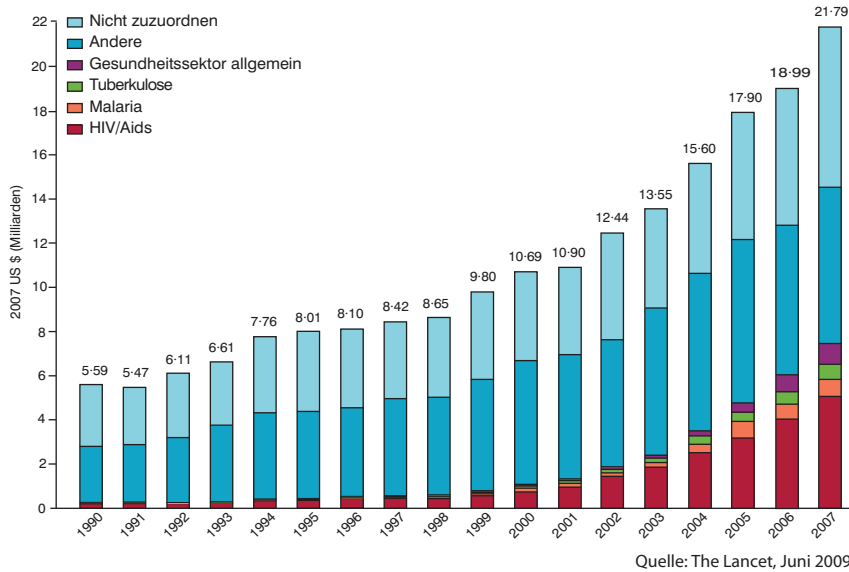
litik“ ihre Mitglieder auf, „gemeinsam zu handeln, indem sie vorrangig die Weiterentwicklung umfassender Gesundheitsversorgungssysteme in den Partnerländern unterstützen, die für die Bewältigung sämtlicher globaler Herausforderungen im Gesundheitsbereich von größter Bedeutung sind.“

Außenpolitik muss im 21. Jahrhundert zweierlei gleichzeitig leisten: die Sicherung der nationalen wie der kollektiven Interessen. Während das in der Umwelt- und der Finanzpolitik unbestritten ist, gilt die globale Gesundheitspolitik noch häufig als reine Fachpolitik oder karitatives Unterfangen. Heute aber kann kein Land eine rein nationale Gesundheitspolitik betreiben. Ebenso kann kein Land in der Außenpolitik Gesundheitsfragen vernachlässigen – zu eng sind sie an nationale Interessen und internationale Verpflichtungen gebunden. Seien es die Seuchenbekämpfung, der

Zugang zu Arzneimitteln oder der Im- und Export von Gesundheitspersonal. All dies erfordert internationale Abkommen, verlässliche Rechtsgrundlagen sowie die Investition in handlungsfähige Institutionen auf allen Ebenen.

Goldene Zeiten für Gesundheit

Es ist nicht einfach, umzudenken. In den neunziger Jahren schien eine goldene Zeit für die globale Gesundheit anzubrechen. Drei große politische Themen, teilweise miteinander verflochten, machten globale Gesundheit strategisch bedeutsam. So erklärten Sicherheitsexperten, dass die Aufrechterhaltung der nationalen Sicherheit nun auch den Kampf gegen Viren einschliesse. Für eine Reihe von Staaten – insbesondere für die USA in der Folge von 9/11 – wurde die Bedrohung durch globale Seuchen zu einem wichtigen Thema der Sicherheitspolitik. Neben



dem Schutz der eigenen Bevölkerung rückte die Bekämpfung von Aids und anderen Krankheiten in armen Ländern in den Fokus, um eine sicherheitspolitisch bedrohliche soziale Destabilisierung zu vermeiden.

Ökonomen wiesen nach, dass die Gesundheit der Bevölkerung eine entscheidende Bedingung für erfolgreiche wirtschaftliche Entwicklung ist und damit ein Weg aus der Armut Falle. Daneben bestimmten zwei gegensätzliche wirtschaftliche Gesichtspunkte die Diskussion: Die Bedeutung der globalen Gesundheitsindustrie als Wirtschaftsfaktor wuchs, während umgekehrt bestimmte Industriezweige ins Fadenkreuz der globalen Gesundheitspolitik gerieten, etwa die Tabak-, Alkohol- oder Arzneimittelindustrie.

Und dann wurden Gesundheitsfragen infolge von Aids zum Thema der Bewegung für den Abbau globaler Armut und Ungerechtigkeit. Gesund-

heit wird hier als Menschenrecht verstanden; es geht um die sozialen Bedingungen von Gesundheit, um den Zugang zu Impfstoffen und Medikamenten für die Ärmsten und um die Umsetzung der Millenniumentwicklungsziele (MDG) der Vereinten Nationen. Drei der acht Ziele beschäftigen sich explizit mit Gesundheit (MDG 4: Kindersterblichkeit, MDG 5: Müttergesundheit, MDG 6: HIV/Aids, Malaria und andere übertragbare Krankheiten).

Im Zuge dieser Entwicklung wurde eine Reihe neuer Organisationen gegründet: 1995 die UN-Organisation zur Bekämpfung von HIV/Aids (UNAIDS); 2000 die Organisation für den Zugang und die Entwicklung von Impfstoffen (GAVI); und 2002 der Globale Fonds für Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), ein Fonds, der etwa von Deutschland mit jährlich 200 Millionen Euro unterstützt wird.

Neue Dynamik

Zur Jahrtausendwende war die Gesundheit in der globalen Agenda angekommen. Neben den Vereinten Nationen und anderen internationalen Organisationen widmeten sich auch die G-8-Staaten und das Weltwirtschaftsforum den globalen Epidemien. Viele Experten sahen die Zeit gekommen, Gesundheit von einem „weichen“ Thema zum „harten“ Bestandteil der Außenpolitik zu machen. Mehr noch, Gesundheitsinitiativen erschienen als ideale Umsetzung einer außenpolitischen Soft-Power-Strategie und des karitativen Projekts der Venture Philanthropy („Hilfe nach unternehmerischen Grundsätzen“). Zusammen revolutionierten sie die internationale Gesundheitswelt und erschlossen ihr bedeutende neue Geldquellen. Die Bill und Melinda Gates Stiftung machte globale Gesundheit zu ihrer Priorität und setzte damit eine Dynamik in Gang, die bis heute nicht abschließend in ihren systemischen Auswirkungen analysiert worden ist.

Länder, Staatschefs, Unternehmer und Popstars profilierten sich als Wohltäter und schlugen daraus politisches oder persönliches Kapital. Es schien, als könnten so mehrere Probleme gleichzeitig gelöst werden: Weniger Krankheit bedeutet weniger Sicherheitsrisiko, weniger Ungleichheit und bessere wirtschaftliche Entwicklung. So wurde globale Gesundheit zur „konsensualen Plattform“, auf der ideologisch und machtpolitisch ganz unterschiedliche Akteure gemeinsam handeln konnten. Durch eine so postulierte Win-Win-Situation wurden allerdings grundsätzliche wirtschaftliche und politische Konflikte übertüncht.

Als einer der wichtigsten Förderer der Millenniumentwicklungsziele profilierte sich der damalige Präsident George W. Bush; insbesondere durch die 2003 gestartete Initiative PEPFAR („U.S. President’s Emergency Plan for Aids Relief“), einem der größten je von einem einzelnen Land lancierten Gesundheitsentwicklungsprogramm. Der irische Rocksänger Bono lieferte dabei ebenso willkommene PR-Unterstützung wie sein Landsmann Bob Geldof bei Tony Blairs und Gordon Browns Initiativen für globale Gesundheitsinitiativen auf den G-8-Gipfeln.

Und auch die Schwellenländer wurden aktiv. So sagte China zu, in Afrika 30 Zentren zur Prävention und Behandlung von Malaria einzurichten, Länder, Staatschefs, Unternehmer und Popstars profilierten sich als Wohltäter und schlugen daraus Kapital und Brasilien positionierte sich geopolitisch durch Gesundheitsprojekte besonders in den portugiesisch sprechenden Ländern Afrikas – nur werden diese Initiativen nicht als Entwicklungshilfe bezeichnet, sondern als Süd-Süd-Partnerschaften.

Heute widmet sich eine kaum mehr überschaubare Vielzahl an Organisationen der globalen Gesundheit, darunter rund 40 bilaterale Organisationen, 26 UN-Organisationen, 20 globale und regionale Fonds, multilaterale Institutionen, private Stiftungen und Philanthropen und mehr als 90 globale Gesundheitsallianzen. Allein bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind über 250 Gesundheitspartnerschaften beheimatet. Zudem hat sich eine Reihe neuer Koordinationsmechanismen etabliert, etwa die „Health-8“, ein Zusammenschluss aus WHO,

UNICEF, UNAIDS, GFATM, GAVI, dem UN-Bevölkerungsfonds UNFPA, der Bill und Melinda Gates Foundation und der Weltbank, oder die International Health Partnership (IHP).

Die große Ernüchterung

Derzeit setzt etwas ein, das man als die große Ernüchterung bezeichnen könnte. Schon 2007 hatte die amerikanische Journalistin Laurie Garrett in einem Aufsehen erregenden Artikel in *Foreign Affairs* auf die Gefahr hingewiesen, dass „die karitative globale Gesundheit zu einer Verschlechterung der Gesundheitsbedingungen vor Ort in den Entwicklungsländern führen könnte“. Warnungen, die nur zu berechtigt waren. Die Millennium-Entwicklungsziele, ursprünglich ein lobenswertes Kohärenzmodell, sind vor Ort zum Ausschlussfaktor geworden.

Führt die karitative globale Gesundheit zu einer Verschlechterung der Lage vor Ort?

Das Geld geht da hin, wo die internationale Gemeinschaft, Geberländer und Stiftungen es be-

stimmen. Eine maßgebliche Mitsprache, gar das Setzen eigener Prioritäten durch die Gesundheitsakteure vor Ort ist dagegen weder erwünscht noch möglich – sind doch die Kräfte vor Ort durch die Vielzahl der Programme und der sie begleitenden Antrags- und Berichterstattungssysteme vollkommen ausgelastet, wenn nicht überfordert. Kommt hinzu, dass die gut finanzierten Programme den lokalen Gesundheitsdiensten das Personal entziehen.

Jetzt, da so viele Ressourcen in die Bekämpfung spezieller Krankheiten fließen, wird die jahrzehntelange Vernachlässigung der nationalen Gesund-

heitssysteme schmerzlich bewusst. Es gibt nun Medikamente, aber kein funktionierendes Gesundheitssystem, über das sie verteilt werden könnten, und es gibt immer weniger Gesundheitspersonal vor Ort, weil das in entwickelte Länder abwandert.

Die karitative globale Gesundheit ist nicht auf Nachhaltigkeit ausgerichtet. Im Zeichen der weltweiten Finanzkrise wird schon jetzt der Rotstift an die Entwicklungsetats angesetzt. Laut OECD bleiben mehrere große Staaten hinter ihren finanziellen Versprechen zurück, darunter auch Deutschland. Die unter Druck geratenen Finanzinstitutionen ziehen geplante Investitionen ab, um ihre Liquidität zu erhöhen, und auch die Vergabe von Krediten an Entwicklungsländer stockt.

Und dann ist da noch die aus der Bankenkrise bekannte „Too big to fail“-Problematik: Derzeit erhalten 2,5 Millionen Menschen antiretrovirale Behandlung durch Programme des Globalen Fonds (GFATM) – bei einem Ausbleiben der Mittel würde eine humanitäre Katastrophe eintreten.

Wenn wir unter Marktmultilateralismus die Orientierung an wirtschaftlichen Prinzipien verstehen, die eher dem schnellen Erfolg als der Nachhaltigkeit verpflichtet sind, dann ist dessen Anwendung auf das internationale System zumindest in der globalen Gesundheit gescheitert. Mittlerweile besinnt man sich wieder auf Konzepte, denen man in den neunziger Jahren noch systematisch die Finanzierung verweigert hatte, etwa die Investition in integrierte Gesundheitssysteme, und auf internationale Organisationen wie die WHO, denen man Handlungsunfähigkeit vorgeworfen und die Unterstützung entzogen hatte.



Besonders der Ausbruch von SARS 2003 hat der Welt vor Augen geführt, dass globale Gesundheit globale Regeln und Überwachungssysteme braucht. In der Folge gelang es der WHO innerhalb kürzester Zeit, ein Regelwerk zu verabschieden, um das man zuvor ein Jahrzehnt gerungen hatte – die Erneuerung der Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005. Und auf der Weltgesundheitsversammlung 2010 wurde ein Kodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal verabschiedet. Diese beiden Beispiele zeigen, dass die politische Dimension der globalen Gesundheit mittlerweile erkannt wird. Damit wird die Grundlage geschaffen, die Arbeit der internationalen Organisationen neu und besser zu strukturieren und eine „Gesundheitsdiplomatie“ ins Leben zu rufen.

Wie eine solche Gesundheitsdiplomatie aussehen könnte, zeigt die Entstehungsgeschichte des von der Weltgesundheitsversammlung 2006 angenommenen WHO-Berichts der Kommission

„zu intellektuellen Eigentumsrechten, Innovation und Public Health“. Der zweijährige Arbeitsprozess ermöglichte es allen maßgeblichen Akteuren, ihre Vorstellungen einzubringen: durch ein öffentliches Forum, durch Workshops auf verschiedenen Kontinenten, eine Website sowie durch Studien und Stellungnahmen. Zankapfel ist und bleibt dabei die Finanzierung. Denn um das schon verabschiedete Programm umzusetzen, werden nach Schätzungen bis zum Jahr 2015 jährlich 7,4 Milliarden Dollar notwendig sein. Ähnliche Summen wären nötig, um den anderen WHO-Regelwerken und -Konventionen zur Umsetzung zu verhelfen.

Damit ist eines der zentralen Probleme bei der globalen Steuerung in der Gesundheitspolitik angesprochen. Derzeit konkurriert die WHO mit anderen Akteuren um Gelder – für eine Organisation mit gesetzgeberischen Aufgaben nicht ganz unproblematisch. Kommt hinzu, dass seit der Verabschiedung des „Helms Biden Act zur Finan-

Globale Gesundheit braucht globale Regeln: Im Kampf gegen Epidemien wie die Vogelgrippe muss die Weltgemeinschaft an einem Strang ziehen. Beseitigung von Hühnerkadavern auf einem Markt in Hongkong

zierung der internationalen Organisationen“ 1999 in den USA das reguläre WHO-Budget nicht wachsen darf; inzwischen sind über 80 Prozent des Budgets zweckgebunden.

Immerhin, in ihren Schlussfolgerungen vom 10. Mai 2010 fordert die Europäische Union die Mitgliedsstaaten auf, „nach und nach von einer zweckgebundenen WHO-Finanzierung abzurücken und zu einer Finanzierung des WHO-Gesamthaushalts überzugehen“. Geld steht für Entwicklungshilfe

Das karitative Großprojekt globale Gesundheit muss von Grund auf neu durchdacht werden

– als karitatives Konzept oder als Soft-Power-Instrument der Außenpolitik – zur Verfügung, nicht

aber für eine Gesundheitspolitik zur Sicherung globaler öffentlicher Güter. Es ist an der Zeit, den Mittelfluss für die Sicherung solcher Güter deutlich aufzustocken und eine Schwerpunktverschiebung in der Zusammenarbeit mit den Ländern des Südens einzuleiten. Das karitative Großprojekt globale Gesundheit mit Ausgaben von 20 Milliarden Dollar pro Jahr muss von Grund auf neu durchdacht werden.

Gesundheit ist längst nicht mehr nur Aufgabe des Gesundheitsministeriums. Und so hat der EU-Rat die Mitgliedsstaaten aufgefordert, ihre nationalen Gesundheits-, Entwicklungs- und Außenpolitiken besser aufeinander abzustimmen. Dafür sollte etwa im deutschen Außenministerium eine interministerielle Arbeitsgruppe eingerichtet werden. Eine breit zusammengesetzte unabhängige Kommission – ähnlich dem Sachverständigenrat für Gesundheit auf nationaler Ebene – sollte dieser Arbeitsgruppe und letztlich dem Kabinett eine globale Gesund-

heitsstrategie für Deutschland vorlegen. Modelle dafür gibt es in den USA, in Großbritannien, Norwegen und in der Schweiz.

Und wie es inzwischen im Wirtschafts- und im Forschungsministerium Abteilungen für Gesundheit gibt, sollte eine solche auch im Außenministerium eingerichtet werden. Aufgabe eines solchen Referats wäre es, die globalen Steuerungsmechanismen in Sachen Gesundheit zu überprüfen. Außerdem müssten die Referenten daran mitarbeiten, dass die internationalen Strukturen den Erfordernissen der globalen Gesundheitslandschaft entsprechen und dass eine größere Kohärenz in der globalen Gesundheitspolitik hergestellt wird. Wegen der Vielzahl der beteiligten Akteure braucht die globale Gesundheit eine verbesserte Arbeitsteilung, eine effektivere Koordination, mehr Transparenz und eine umfassendere und strenger kontrollierte Rechenschaftspflicht. Dazu gehören bessere internationale Absprachen und Regelwerke und die klügere Nutzung bestehender Instrumente. Hier liegt eine Zukunftsaufgabe der WHO.

Die vergangenen 20 Jahre haben eine grundlegende Umwälzung der globalen Gesundheitslandschaft erlebt. Zu einer signifikanten Verbesserung der Lage – insbesondere der Ärmsten – hat das nicht geführt. Wir müssen aus den Fehlern lernen. Zeit für einen Neuanfang.



Prof. Dr. ILONA KICKBUSCH ist Leiterin des Global Health-Programms am Graduate Institute for International and Development Studies in Genf.