

# Abwehr oder Vorsorge?

Dokumentation der Fachkonferenz „Abwehr oder  
Vorsorge? Die G20 und die globale Gesundheit“



dp gg

■ Deutsche Plattform  
für Globale Gesundheit

## Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

In der globalisierten Welt sind die wesentlichen Einflussfaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen nicht mehr allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar: die ständig wachsende Ungleichheit von Einkommen und Vermögen, der Klimawandel, die Liberalisierung der Finanz- und Warenströme, das Wirken transnationaler Konzerne, der Umgang mit den natürlichen Ressourcen. All das hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen und macht globales Handeln unumgänglich.

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (DPGG), in der Gewerkschaften, Sozial- bzw. Wohlfahrtsverbände, entwicklungs- wie migrationspolitische Organisationen, Wissenschaft sowie soziale Projekte und Bewegungen mitwirken, versteht sich als übergreifende Initiative mit dem Ziel, die sozialen und politischen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitsdebatten zu rücken.

Die DPGG möchte

- den Zusammenhang zwischen globalen und lokalen Einflussfaktoren von Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein bringen
- die Zusammenarbeit nationaler und internationaler Initiativen stärken
- dazu beitragen, die Trennung zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

### Impressum

Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

Kontakt: Anne Jung, medico international

Redaktion: Nilda Inkermann und Anne Jung

Fotos: Nilda Inkermann und Anne Jung

Gestaltung: Andrea Schuldt

medico international, Burgstraße 106, 60389 Frankfurt, Tel. 069 94438-0  
info@plattformglobalegesundheit.de | www.plattformglobalegesundheit.de



# Programm

Begrüßung

*Anne Jung, medico international, Deutsche Plattform für globale Gesundheit*

Einführungsvortrag

**Interessen und Strategien globaler Gesundheitspolitik**

*Thomas Gebauer, Geschäftsführer medico international, Frankfurt am Main*

Debatte

Panel 1 – Problemaufriss I

**Health Security zwischen Krisenmanagement und Gesundheitssicherung: Wo stehen wir drei Jahre nach dem Ebola-Schock?**

*Dr. Amit Sengupta, People's Health Movement, Indien*

*Dr. Anne Roemer-Mahler, University of Sussex, UK*

Moderation

*Dr. Tine Hanrieder, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Deutsche Plattform für Globale Gesundheit, Berlin*

Panel 2 – Problemaufriss II

**Aus der Traum! Ursache und Folgen der Antibiotikaresistenzen**

*Dr. Christian Wagner-Ahlf, BUKO Pharma Kampagne, Bielefeld*

*Suzanne Edwards, Research Analystin, Berlin*

Moderation

*Prof. Dr. Hortense Slevogt, Universität Jena*

Debatte

Panel 3 – Lösungsansätze

**Transnationale soziale Sicherung**

*Knut Lambertin, Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin*

**Wie stärken wir den öffentlichen Sektor: Der Social Protection Floor**

*Dr. Odile Frank, NGO Forum for Health, Global Coalition for Social Protection Floors, Genf*

**Financing Global Social Protection: Solidarische verpflichtende Ausgleichsfinanzierungssysteme statt Wohltätigkeit**

*Dr. Rachel Hammonds, Universität Antwerpen*

Moderation

*Linda Mans, Wemos, Amsterdam*

Abschlusskommentar

*Dr. Dr. Jens Holst, Hochschule Fulda, Deutsche Plattform für Globale Gesundheit*

# Begrüßung

## Anne Jung, medico international, Deutsche Plattform für globale Gesundheit

Anne Jung von medico international begrüßte die Teilnehmenden der Konferenz im Namen der Deutschen Plattform für globale Gesundheit ganz herzlich zu der Fachkonferenz „Abwehr oder Vorsorge? Die G20 und die globale Gesundheit“.

Ein Anliegen der Plattform für Globale Gesundheit ist es, danach zu fragen, wie die Politik der dominierenden Wirtschaftsländer die Bedingungen für Gesundheit ungünstig beeinflusst und die sozialen und politischen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitsdebatte zu rücken. Deshalb ist es kein Zufall, dass diese Fachtagung im Vorfeld des G20 Gesundheitsministertreffens stattfand. Die Gesundheitsminister\_innen werden sich bei ihrem Treffen mit globalen Gesundheitskrisen wie der Bekämpfung von Seuchen und mit den zunehmenden Resistenzen gegen Antibiotika befassen, inklusive einer Simulationsübung.

In den politischen Reaktionen auf die Ebola-Epidemie in Westafrika, die im Jahr 2014 mehr als 11.000 Menschen das Leben kostete, rückte das Thema Gesundheitssicherheit mehr und mehr auf die internationale Agenda.

„Die von Ebola betroffenen Länder sind in eine vollständige ökonomische und politische Isolation hinabgestoßen worden“, konstatiert die Wissenschaftsjournalistin Laurie Garrett. Infolge des Ebola-Ausbruchs hatten 40 Mitgliedsstaaten gegen die ausdrückliche Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eigenmächtig Reisebeschränkungen erlassen. British Airways hatte als erste Fluggesellschaft die Anbindung der Region unterbrochen. Dies verstieß nicht nur gegen die eigentlich bindenden gemeinsamen Vorschriften der Mitgliedsländer der WHO im Epidemiefall über Beschränkung von Handel und Reisen, sondern erschwerte auch massiv die Arbeit der Hilfsorganisationen. Regionale und internationale Handelsbeziehungen brachen zusammen.

Es ist von Bedeutung zu fragen, in wessen Interesse die G20 Gesundheitsminister\_innen über das Thema Gesundheitssicherheit verhandeln? Ist „unsere“ Gesundheitssicherheit auch im Interesse der von Seuchen betroffenen Länder? Liegt der Schwerpunkt bei dem Aufbau von Gesundheitssystemen primär auf Überwachungskapazitäten oder geht es um die flächendeckende Grundversorgung vor Ort?

Es ist auch von Bedeutung danach zu fragen welche politischen Entscheidungen dazu beigetragen haben, dass Sierra Leone schon vor der Ebola-Epidemie wie kaum ein anderes Land von der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften betroffen war, wie der Gesundheitssektor durch Strukturanpassung und der erzwungenen Absenkung von Löhnen einen Großteil des Fachpersonals verloren hat, denn es hätte verhindert werden können, dass aus einem Seuchenausbruch eine Epidemie wurde.

Die Fachkonferenz wird im ersten Teil die Bedeutung struktureller Faktoren für die Gefährdung des Rechts auf den Zugang zu Gesundheit beleuchten, jenseits gängiger Seuchenszenarien. Dazu zählen soziale, politische und nicht zuletzt ökonomische Determinanten wie der Einfluss von Handelsabkommen und die zunehmende Privatisierung des Gesundheitssektors.

Der Einfluss sozialer und politischer Determinanten neben ökonomischen wird auch beim zweiten Teil der Fachkonferenz relevant, bei der Auseinandersetzung mit Antibiotikaresistenzen. Anders als die Gesundheitsminister\_innen der G20 richten wir den Fokus nicht primär auf medizin-technologische Ansätze – das wird der Komplexität der Herausforderungen nicht gerecht. Nach den Problemaufrissen suchen wir abschließend nach Alternativen. Im Abschlusspanel geht es um einen Sicherheitsbegriff, der sich im Sinne von Absicherung an den Grundbedürfnissen der Menschen orientiert. Wir fragen, welche rechtsbasierten Ausgleichssysteme erforderlich wären, um das Recht auf den Zugang zu Gesundheit für alle Menschen durchzusetzen.

# Interessen und Strategien globaler Gesundheitspolitik

**Thomas Gebauer, Geschäftsführer medico international, Frankfurt am Main**

Selbstverständlich ist es nicht falsch, wenn sich Gesundheitsminister\_innen aus verschiedenen Teilen der Welt zusammensetzen, um gemeinsam über Verbesserungen zum Schutz der Gesundheit von Menschen nachzudenken. Angesichts von Epidemien, die vor keiner Grenze haltmachen, angesichts des weltweiten Klimawandels, der auch und gerade die Gesundheit der Menschen beeinträchtigt, angesichts weltwirtschaftlicher Verhältnisse, die z.B. über bi- und multilaterale Handelsverträge vielfältigen Einfluss auch auf die nationalen Gesundheitswesen nehmen, steht wohl außer Frage, dass Gesundheitspolitik mehr denn je keine nationale Angelegenheit ist.

Die Erkenntnis aber, dass es in einer näher zusammengerückten Welt auch internationaler Bemühungen bedarf, um die Gesundheit der Menschen zu schützen, ist nicht eigentlich neu. Das war schon klar, als 1948, vor bald 70 Jahren, die Weltgesundheitsorganisation gegründet wurde. Mit großer Weitsicht heißt es in der Verfassung der WHO, dass eine „internationale Gesundheitsarbeit“ notwendig sei, die von einer zentralen Autorität gesteuert und koordiniert werden müsse: der WHO.

Thomas Gebauer betont das, weil mit Blick auf die zentrale Bedeutung der WHO ein Treffen, wie das der G20 Gesundheitsminister\_innen, durchaus nicht unproblematisch ist. Wir sollten nicht übersehen, dass es sich bei der G20 nicht um ein demokratisch legitimes und repräsentativ zusammengesetztes Gremium handelt, sondern eher um einen Club; einen exklusiven Club, um genauer zu sein, einen Club, in dem nur Mitglied werden kann, wer zu den führenden Wirtschaftsmächten zählt. Problematisch ist das nicht zuletzt deshalb, weil die Wirtschaftskraft eines Landes noch nichts über seine gesundheitspolitische Kompetenz aussagt. Mitunter ist es gerade das ökonomische Kalkül, das dem Recht auf Gesundheit, wie es in der Verfassung der WHO verankert ist, entgegensteht.

Trotz ihrer mangelnden Legitimation haben informelle Foren, wie die G7 oder die G20 in den zurückliegenden Jahrzehnten erheblichen Einfluss auch auf die Ausgestaltung der sozialpolitischen Verhältnisse und damit

die Gesundheit der Menschen genommen; wir alle sind Zeug\_innen geworden, wie im Zuge von Deregulierung und Austerität auch die öffentliche Daseinsvorsorge unter Druck geraten ist.

Aber noch ein weiteres ist zu beobachten. Deutlich wird im Zusammenhang der G7/G20 Treffen auch das, was in den politischen Wissenschaften mitunter als Ausdruck postdemokratischer Verhältnisse beschrieben wird: die zunehmende Verlagerung von politischer Gestaltungsmacht in die Hände weniger mächtiger Staaten. Und dort meist in die Hände technokratischer Expertenstäbe, die für das sorgen, was Jürgen Habermas als Kolonisierung menschlicher Lebenswelten bezeichnet hat: die zunehmende Unterwerfung von Mensch und Umwelt unter das Diktat von Ökonomie und politischer Kontrolle.

Das Bundesgesundheitsministerium, der Gastgeber des Treffens der Gesundheitsminister, scheint sich dieser Problematik durchaus bewusst zu sein. Immer wieder hat es betont, dass ihm vor allem an der Stärkung der WHO als einer unabhängigen zwischenstaatlichen Organisation gelegen ist. Es wäre überaus hilfreich, wenn von dem Treffen der G20 Minister\_innen eine entsprechend Botschaft an die nächste Woche in Genf beginnende Weltgesundheitsversammlung ausgehen würde. Wir jedenfalls sollten den Minister\_innen unsere Forderung nach Stärkung und Demokratisierung der WHO mit auf den Weg geben.

Es sind große Fragen, die sich die Gesundheitsminister\_innen für ihr Treffen vorgenommen haben. Über den Aufbau globaler Notfallsysteme gegen Epidemien will man reden, über die Stärkung der Gesundheitssysteme ärmerer Länder und den Kampf gegen die zunehmende antimikrobielle Resistenz. Nur gemeinsam, so Hermann Gröhe, der deutsche Gesundheitsminister, könne man die Welt besser auf künftige Gesundheitsrisiken vorbereiten. Das ist ohne Frage ebenso richtig, wie es auf einen zweiten Blick auch irritiert. Denn gibt nicht, wer sich auf künftige Risiken vorbereitet, bereits zu erkennen, dass sich Risiken nicht eigentlich mehr vermeiden lassen? Dass die große Idee der Moderne, man könne eine bessere Zukunft aufbauen, in dem die Risiken, denen Menschen ausge-

setzt sind, aufgelöst bzw. reduziert werden, gescheitert ist? - Es lohnt sich, diesen Fragen zu stellen.

Schauen wir zunächst auf die gesundheitlichen Risiken, die schon heute zu beklagen sind und allerdings Anlass zur Sorge geben. Trotz des enormen Fortschritts, der in der Medizin erzielt wurde, sterben noch immer alljährlich Millionen von Menschen an Erkrankungen, die eigentlich gut behandelbar wären. Armutsbedingte Krankheiten wie die Tuberkulose, die im globalen Norden bereits überwunden schienen, kehren in dramatischer Form, ausgelöst durch multiresistente Keime, zurück; gleichzeitig breiten sich chronische nicht übertragbare Krankheiten wie Diabetes, Fettleibigkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus; nicht zuletzt in den Ländern des Südens ist deren Zahl stark angestiegen.

Verantwortlich für die heute in der Welt herrschende Gesundheitskrise ist sicherlich auch weiterhin die mangelnde medizinische Versorgung. So hat noch immer fast ein Drittel der Weltbevölkerung keinen Zugang zu ausreichenden und sicheren essentiellen Arzneimitteln. In vielen Teilen der Welt fehlen angemessen ausgestattete Hospitäler und qualifizierte Gesundheitsfachkräfte.

Die Krise aber geht tiefer; sie geht über den prekären Zustand, der in der Krankenversorgung herrscht, hinaus. So wichtig das Ziel einer universellen Absicherung im Krankheitsfall (Universal Health Coverage) ist, so sehr gilt es zu berücksichtigen, dass die gesundheitlichen Verbesserungen, die in den zurückliegenden Jahrzehnten, z.B. in Europa erzielt werden konnten, nur zu etwa einem Drittel dem medizinischen Fortschritt bzw. der verbesserten Krankenversorgung zu verdanken sind. Bedeutender als kurative Versorgungsangebote waren und sind gesellschaftliche Faktoren, wie der Zugang zu Einkommen, angemessene Wohnverhältnisse, würdige Arbeits- und intakte Umweltbedingungen, und nicht zuletzt Bildung und gute und ausreichende Ernährung.

Betrachten wir die Lebensumstände von Menschen im globalen Süden, dann entpuppen sich die dortigen Verhältnisse allerdings voller gesundheitlicher Risiken. Dort zeigt sich die Krise der Gesundheit eben nicht nur als Krise fehlender Versorgung, sondern zugleich als Krise der Ernährung, der Wohn- und Arbeitsverhältnisse, der Umwelt, der Bildung, der sozialen Gerechtigkeit.

„Social injustice is killing people on large scale“. Soziale Ungleichheit tötet im großen Maßstab, heißt es zusammenfassend im 2008 vorgelegten Abschlussbericht der „WHO-Kommission über die sozialen Determinanten von Gesundheit“. Der Bericht lässt keinen Zweifel daran, dass

sich die großen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit nur über Eingriffe in die makroökonomischen und politischen Verhältnisse und nicht allein über medizinisch-technische Verbesserungen beantworten lassen. Nicht einzelne Krankheiten geißelt der WHO-Bericht, sondern die Pathologien der gesellschaftlichen Verhältnisse, genauso wie es Rudolf Virchow bereits Mitte des 19. Jahrhunderts getan hat.

Soziale Ungleichheit fällt nicht plötzlich vom Himmel. In den zurückliegenden Jahrzehnten konnte sie nur deshalb so dramatisch zunehmen, weil im Zuge der globalen Entfesselung des Kapitalismus (und um nichts anderes handelt es sich bei dem, was wir Globalisierung nennen), weil im Zuge dieser Globalisierung die Interessen einer wachstums- und profitorientierten Ökonomie über die Bedürfnisse und Rechtsansprüche der Menschen gestellt wurden. Daran haben nicht zuletzt Clubs, wie die G7 oder die G20 Anteil.

Das Wirtschaftswachstum, das mit der neoliberalen Globalisierung in Gang gesetzt wurde, hat die Ungleichheit nicht beseitigt, sondern verfestigt. Selbst das Davoser Weltwirtschaftsforum hat inzwischen einräumen müssen, dass mit der Globalisierung die Risiken für soziale Unsicherheit zugenommen haben.

Und diese Risiken bleiben heute nicht mehr nur auf die Armutsregionen der Welt beschränkt. Auch in den wohlhabenderen Ländern des Nordens nehmen die sozialen Gegensätze zu, auch hier geht die Schere zwischen Arm und Reich auseinander. Längst sind die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, z.B. in der Zunahme von Atemwegserkrankungen, auch hierzulande spürbar, und längst macht die globale Schulden- und Finanzkrise mit all ihren Konsequenzen für die öffentliche Daseinsvorsorge auch vor Europa nicht mehr halt. Um die fatalen Folgen des Sozialabbaus zu studieren, muss man heute nicht mehr nach Afrika fahren: es reicht ein Trip nach Griechenland. Ja, es sind große Risiken, die da auf uns zukommen, aber es sind nicht eigentlich neue Risiken; sie werden heute nur sehr viel deutlicher auch im eigenen Lande spürbar. Selbst der Umstand, dass der Zugang zu wirksamen Arzneimitteln versperrt sein könnte, ist ja nicht eigentlich neu. Für Millionen von Menschen, die sich eine angemessene Behandlung mit Antibiotika aus Kostengründen nicht leisten konnten, ist das eine schon lange währende Realität. Nun kommt die Resistenzentwicklung hinzu, und die trifft auch die Reichen.

Und so sollten wir bei aller Sorge über die wachsenden Risiken nicht übersehen, dass diese noch immer extrem ungleich verteilt sind. Sie treffen die Armen und Mittelo-

sen dieser Welt sehr viel stärker als die Wohlhabenden und Privilegierten. Mit dem Auftreten von Ebola ist nun klar geworden, dass die prekären Zustände, die in den armgehaltenen Ländern der Welt herrschen, auf den Rest der Welt auszustrahlen beginnen, und es so für die Länder des Nordens schwieriger werden könnte, die eigenen Bevölkerungen zu schützen.

Es ist gut, dass sich Ebola als politischer Weckruf verfangen hat und nun verstärkt nach Lösungen gesucht wird; und es ist auch gut, dass Politiker\_innen in aller Welt erkannt haben, dass sie den Schutz der Gesundheit nicht länger den Marktkräften überlassen können, sondern sie selbst gefragt sind und es höchste Zeit ist für regulierende Eingriffe und Maßnahmen systematischer Umverteilung ist. Ob die Wege, die nun eingeschlagen werden, auch die richtigen sind, das ist noch höchst fraglich.

Denn die staatliche Sorge um Gesundheit kann viele Motive haben – gute wie schlechte. Sie kann dem universellen Menschenrecht auf Gesundheit verpflichtet sein, aber auch nur den Schutz der eigenen Bevölkerungen im Auge haben. Sie kann auf nachhaltige Vorsorge und Prävention drängen oder auch nur auf punktuelle Kontrolle und kurzfristiges Krisenmanagement aus sein. Sie kann das Ziel eines möglichst langen und möglichst gesunden Lebens für alle Menschen verfolgen oder auch nur den Interessen von Unternehmen dienen, die Gesundheit als ein höchst lukratives Business mit großem Wachstumspotential betrachten. Schon jetzt spekulieren Versicherungswirtschaft, Pharmaindustrie und medizintechnische Unternehmen auf die vielen Milliarden, die weltweit aus Steuermitteln zur Umsetzung von Universal Health Coverage bereitgestellt werden müssen.

Es ist dieses Spannungsfeld, in dem sich die Erörterungen der G20-Gesundheitsminister\_innen bewegen, und wir werden sehr genau zu beobachten haben, wohin die Reise geht.

Öffentliche Gesundheitsvorsorge jedenfalls ist nicht davor gefeit, für ökonomische und machtpolitische Interessen instrumentalisiert zu werden. Es ist noch gar nicht so lange her, da gehörte die Sorge um die Gesundheit der Menschen zu den Aufgaben örtlicher Polizeiverwaltungen. Im preußischen Deutschland etwa war das erklärte Ziel öffentlicher Gesundheitspflege nicht, für Langlebigkeit oder Wohlbefinden einzelner Individuen zu sorgen, als vielmehr die Leistungsfähigkeit der ganzen Bevölkerung zu sichern. Später kam die Sicherstellung von Wehrfähigkeit hinzu, schließlich die wahnhaftige Idee einer nationalsozialistischen Rassenhygiene.

Letztere scheint zum Glück überwunden; das wirtschaftspolitische Motiv aber ist noch immer wirksam, zumindest latent. Wer genau hinsieht, kann es z.B. in vielen developmentspolitischen Studien entdecken, die zur Legitimierung von Gesundheitsförderprogrammen deren volkswirtschaftlichen Nutzen hervorheben. Oder in der Ausrichtung von Daseinsvorsorge an betriebswirtschaftliche Effizienzkriterien, um Kosten zu dämpfen, wie es dann heißt. Und selbst in der Bekämpfung von Pandemien taucht es wieder auf. So steht wohl außer Frage, dass die völkerrechtliche Verankerung der „Internationalen Gesundheitsvorschriften“, („International Health Regulations“) im Jahre 2005 ohne die vorangegangene Bedrohung des weltweiten Verkehrs von Gütern und Dienstleistungen, der Mobilität von Arbeitskräften, des Tourismus, durch SARS nicht bzw. nicht so schnell zustande kommen wäre.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht unproblematisch, wenn in den gesundheitspolitischen Debatten heute verstärkt ein Begriff auftaucht, der zwar in den internationalen Beziehungen schon seit längerem herumgeistert, im Kontext von „Global Health“ aber bislang weniger geläufig war: der Begriff der Sicherheit.

Die Ebola-Krise, so heißt es, habe deutlich gemacht, wie dringend das Bemühen um Gesundheitssystemstärkung von Maßnahmen zur Förderung der „Health Security“, der Gesundheitssicherheit begleitet werden muss. Mitunter ist gar von der Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels die Rede, von „Global Health Security“ als einer neuen Norm, die allein dazu geeignet sei, all den bestehenden und künftigen Risiken Paroli zu bieten.

Das klingt zunächst einmal hoch verführerisch. Wer wäre in Zeiten wachsender Unsicherheit nicht für mehr Sicherheit? Angesichts einer zunehmend aus den Fugen geratenen Welt ist das Bedürfnis nach Sicherheit nur zu verständlich. Schauen wir aber genauer hin, wird die Sache komplizierter. Offen ist z.B. die Frage, was unter Sicherheit verstanden wird, wer Sicherheit definiert und wie sie geschaffen werden soll. All das ist unbestimmt und öffnet Tür und Tor für ganz unterschiedliche Strategien, in denen ganz verschiedene Interessen zum Ausdruck kommen können.

Vielleicht erinnern Sie sich noch an die skurril anmutenden Bilder von der Insel Rügen, als dort 2006 die Bundeswehr versuchte, zu Wasser, zu Lande und aus der Luft die Verbreitung des Vogelgrippevirus zu stoppen. Viele von uns haben damals geschmunzelt. Manche haben sich an längst überwunden geglaubte Formen einer kolonialen Seuchenmedizin erinnert, die mit einem „cordon sani-

taire“ die Wohngebiete der Kolonialherren vor den compounds der Eingeborenen zu schützen versuchte.

Doch dann kam 2014 die Ebola-Krise, und kam der Appell von Ärzten ohne Grenzen (MSF) Militär zu entsenden, um bei der Eindämmung der Seuche zu helfen. Ausgerechnet eine Nichtregierungsorganisation (NGO), die ansonsten jede Nähe zum Militär weit von sich weist, verlangte nach Soldaten. Mit einem Mal ging es nicht mehr nur um zivile Hilfe, sondern um eine fast schon martialisch anmutende Form einer sicherheitspolitisch motivierten Intervention. Ebola schaffte es auf die Tagesordnung des UN-Sicherheitsrates, und zum ersten Mal in der Geschichte der UN wurde mit der UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER) eine UN Mission zur Bekämpfung einer Krankheit gebildet.

Seitdem diskutieren Experten in aller Welt über die Einrichtung von Notfonds, die Bildung von schnellen Eingreiftruppen, von Weißhelmen, die Schaffung robuster Versorgungsstrukturen und resilienten Gesundheitssystemen sowie die Notwendigkeit verbesserter Kommunikationswege. Um letztere einzuüben, werden die G20 Gesundheitsminister\_innen in den nächsten Tagen auch eine Art Manöver durchführen, in dem der Ausbruch einer Epidemie simuliert wird.

All das ist ohne Frage vernünftig; aber es ist eine nur instrumentelle Vernunft, die hier zum Ausdruck kommt. Eine Vernunft, welche mehr die Mittel, nicht aber die Ziele des Handelns reflektiert. Eine Vernunft, die nicht die Frage verfolgt, wie die Risiken an ihrem Ursprung zu bekämpfen wären, sondern wie mit künftigen Risiken so umzugehen ist, dass sie den Status quo nicht mehr bedrohen. Nicht ein radikales Bemühen um Krisenvermeidung steht auf der Tagesordnung, nicht eine Kritik an dem eigentlichen Treiber der globalen Gesundheitskrise, sondern die Frage, wie effiziente Krisenverwaltung möglich ist, ohne eben die Treiber der Krise angehen zu müssen.

So wie es aussieht, wird nicht die Marktradikalität mit all ihren negativen Auswirkungen auf die Lebensumstände und damit die Gesundheit der Menschen auf der Tagesordnung der Minister\_innen stehen, sondern nur, wie den offenbar alternativlos gesehenen Folgen der Marktradikalität: dem wachsenden Bevölkerungsdruck, der Migration, der Verslumung der Städte und dem Ausbruch von Epidemien an der Oberfläche begegnet werden kann. Nicht die Geschäfte der weltweit boomenden Extraktionswirtschaft, die immer mehr Menschen zur Abwanderung in unwirtliche und krankmachende Lebensumstände zwingt, stehen zur Debatte, sondern wie die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme möglichst früh

identifiziert und eingedämmt werden können; nicht das längst notorisch gewordene Land-Grabbing, der Trawler-Fischfang und die Praktiken der Nahrungsmittel- und Getränke-Multis, mit all ihren tiefgreifenden Auswirkungen auf die Ernährungssouveränität und die Ernährungsgewohnheiten von Menschen werden diskutiert, sondern wie es gelingt, für all die daraus resultierenden Krankheiten neue und wirksame Arzneimittel zu entwickeln.

Und eben das macht den herrschenden Sicherheitsdiskurs so problematisch. Es fragt weniger nach den Ursachen von Missständen, als danach, wie die krisenhaften Folgen von Fehlentwicklungen unter Kontrolle gebracht werden können. Statt über die Ländergrenzen hinweg auf sozialen Ausgleich und Integration zu drängen, setzt sicherheitspolitisch ausgerichtete Politik auf nachgelagertes Krisenmanagement. Der utopische Überschwang, der noch zur Gründung der WHO geführt hat, weicht so einem pragmatischen Realismus, der eigentlich nichts mehr verändern will, sondern nur noch darum bemüht ist, den Status quo, also bestehende Privilegien und die sie begründenden Machtverhältnisse abzusichern.

Besonders klar tritt uns diese Absicht heute in der Politik Donald Trumps entgegen. Stärker als es seine Vorgänger getan haben, betrachtet Trump die Bemühungen um globale Gesundheit vor allem aus dem Blickwinkel der nationalen Sicherheit. Die Reduzierung von Politik auf Gefahrenabwehr aber ist kein Phänomen, das auf die USA beschränkt wäre, es ist auch und gerade in den anderen G20 Staaten auszumachen.

Mit großem Ernst warnen kritische Wissenschaftler\_innen und NGOs vor einer zunehmenden „Ver-Sicherheitlichung von Politik“; in der alles: der Handel, die Entwicklungshilfe, die Gesundheits- und Sozialpolitik ebenso wie die Polizei und das Militärs zu Instrumenten von Sicherheitspolitik werden. Problematisch ist die fast schon mythischer Überhöhung von Sicherheit vor allem deshalb, weil dabei das unter die Räder zu kommen droht, woran sich Politik eigentlich ausrichten sollte: das Recht und die Rechtsansprüche von Menschen, wie sie in den Menschenrechten niedergelegt sind.

Denn im Unterschied zu den Menschenrechten wird das Bemühen um Sicherheit nicht von der Idee der Universalität getragen. Wer von Sicherheit spricht, hat zuallererst die eigene Sicherheit im Blick, – eine Sicherheit, die an bestimmte Territorien oder Privilegien gebunden ist. Die gegenwärtigen sicherheitspolitischen Strategien zielen nicht unbedingt auf den Schutz derjenigen, die mehr als andere auf soziale Sicherung angewiesen sind: die Armen und Mittellosen, sondern in aller Regel auf die Absiche-



rung von Besitzständen, auf die Sicherheit der Bessergestellten, genauer: auf die Absicherung jener imperialen Lebensweise, die einige auf Kosten anderer führen.

Aber da ist noch ein weiteres, das uns im Kontext des Sicherheitsdiskurses zu denken geben sollte. Denn das, was als Bedrohung empfunden wird, ist immer subjektiv gefärbt, emotional hoch aufladen und vage. Und eben diese Unbestimmtheit hilft heutiger Politik bei der Überwindung ihrer Legitimationsdefizite. Politikerinnen und Politiker, die ihre gesellschaftliche Gestaltungskompetenz in hohem Maße den Vorgaben einer auf Deregulierung drängenden Ökonomie untergeordnet haben, können sich im „Zupacken“ bei der Abwehr der negativen Folgen dieser Ökonomie dennoch profilieren. Sie brauchen sozusagen die Krise, um sich gegenüber der Öffentlichkeit zu rechtfertigen.

Dieses absurde Zusammenspiel zu durchbrechen, wäre dringend nötig. Es setzt die Erkenntnis voraus, dass die Risiken, die künftigen wie die gegenwärtigen, nicht eigentlich von außen kommen, sondern von innen. Dass es die zunehmende Kolonisierung der menschlichen Lebenswelten ist, die die Welt zu einem so unsicheren Ort gemacht hat.

Statt in die Falle des Sicherheitsdiskurses zu laufen, sollten wir auf dem stärkeren Konzept der Menschenrechte bestehen. Denn Rechte sind im Gegensatz zum vieldeutigen Begriff der Sicherheit normativ kodifiziert. In ihnen lebt der Anspruch auf Gleichheit selbst dann noch, wenn Rechte durch Macht und Interessen gebeugt werden. Und so drängt die Anrufung der Menschenrechte auf eine Politik des Ausgleichs, die Logik von Sicherheit hingegen auf Abschottung. Kurz: Im Sicherheitsdispositiv geht das Prinzip der Universalität verloren.

Schauen wir zum Abschluss auf mögliche Alternativen. Tatsächlich gibt es zu den Konzepten der Old Public Health, die, wie das Rolf Rosenbrock so treffend formuliert hat, „in der Logik der Gesundheitspolizei fragt: Wie ermitteln wir möglichst rasch viele individuellen Infektionsquellen und wie legen wir diese still?“, tatsächlich gibt es dazu Alternativen. Konzepte und Strategie, die einen ganz anderen Weg beschreiten. Die den Menschen nichts überstülpen wollen, die nicht mit Vorschriften auf Disziplinierungen sinnen, sondern auf Teilhabe und emanzipative Veränderungen im Sinne der Schaffung gesunder Lebenswelten zielen.

Ein solcher Ansatz, der der New Public Health verpflichtet ist, verlangt nicht nach robusten Versorgungssystemen, die notfalls auch mit martialischen Mitteln für das Stilllegen von Infektionsquelle sorgen, sondern gründet

sich auf öffentliche Mobilisierung und zivilgesellschaftliche Partizipation. Denn das ist die Lehre, die aus allen zurückliegenden Erfahrungen auch und gerade in der Bekämpfung von Epidemien zu ziehen ist: ohne eine maßgebliche Beteiligung von Selbsthilfegruppen, grassroot-Initiativen, kommunalen Selbstorganisationen, Kirchen und Wohlfahrtsorganisationen ist bestehenden gesundheitlichen Herausforderungen nicht zu begegnen. Welche Kraft im zivilgesellschaftlichen Engagement steckt, das wurde zuletzt noch einmal in der Bekämpfung von Ebola deutlich. Ohne die Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit, die von Selbsthilfegruppen vor Ort geleistet wurde, ohne die Einbeziehung der Betroffenen, die alleine in der Lage sind, in ihren jeweiligen Lebenswelten glaubwürdig aufzutreten, ohne das Engagement der Leute selbst wäre auch der Einsatz all der aus dem Ausland entsandten Helfer\_innen vergeblich gewesen.

Die Fragen, die sich New Public Health stellen muss, sind im Sinne des geschätzten Rolf Rosenbrock folgende: Wie lassen sich möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse organisieren? Wie können Selbstverwaltungen und Entscheidungsteilhabe als Voraussetzung für nachhaltige Veränderungen gefördert werden? Wie die sozialbedingte Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitschancen reduziert werden?

Klar ist, dass sich diese Fragen nur beantworten lassen, wenn auch die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen. Mittel werden gebraucht, um eine funktionierende allen zugängliche Krankenversorgung aufzubauen, keine Frage; sie werden aber auch gebraucht für die Förderung und Unterstützung von Initiativen, die auf Selbstverwaltung und Teilhabe drängen, und zwar dort, wo über Programme der Primärprävention, der Bildung, der Sozialhilfe, mithin über Maßnahmen, die allesamt im außermedizinischen Bereich liegen, konkret in die Lebenswelten von Menschen eingegriffen wird: in den Schulen, am Arbeitsplatz, in den Wohnviertel.

Dem Markt können diese Aufgaben nicht überlassen werden. Weil diejenigen, die am meisten auf Schutz und Unterstützung angewiesen sind, zumeist auch die Ärmsten sind, bedarf es gesellschaftlicher Institutionen, die allen, unabhängig von ihrer Kaufkraft, den Zugang zu Gesundheitschancen eröffnen. Es macht keinen Sinn, den Zugang zur Krankenversorgung an Versicherungspolice zu knüpfen, die sich nur wenige leisten können. Allein eine solidarisch finanzierte öffentliche Daseinsvorsorge, die mit Blick auf den erreichten Globalisierungsgrad längst grenzüberschreitend zu schaffen wäre, kann dem Anspruch gleicher Gesundheitschancen gerecht wer-

den. Ja, ist sind große Herausforderungen, vor denen wir stehen. Es ist höchste Zeit für die Stärkung von Gesundheitssystemen zu streiten, in denen die Schaffung von Institutionen einer öffentlichen Gesundheitspflege, die Finanzierung von Primärprävention und die Förderung von Selbstorganisation nicht nur ein Anhängsel von kurativer Versorgung sind, sondern wesentlicher Bestandteil.

Mit Blick auf die realen Mängel, die in vielen Teilen der Welt bestehen, mag ein solcher Ansatz utopisch klingen. Genau darum aber geht es: um die Formulierung einer Vision, die aus dem Elend herausführt und es nicht nur weiter verwaltet.



Thomas Gebauer

---

PANEL 1 – Problemaufriss I

---

# Gesundheitssicherheit in einer ungleichen Welt – Die Pathologie eines kranken Systems

**Dr. Amit Sengupta, People’s Health Movement, Indien**

Dr. Amit Sengupta verdeutlicht anhand der Ebola-Epidemie in Westafrika, welche grundlegenden Mängel und fehlgeleiteten Konzepte die gegenwärtige globale Gesundheitsstruktur aufweist.

Das Ebola-Virus sei ein unwahrscheinlicher Kandidat für eine solche Epidemie, wie sie in Westafrika auftrat. Mit dieser provokanten These begann Sengupta seinen Vortrag. Der Ausbruch der Ebola Epidemie in Westafrika sei nicht auf die Pathologie des Virus zurückzuführen. Viel-

mehr verweise die Epidemie auf die Pathologie des Gesundheitssystems und der Gesellschaft. In der Epidemie spiegeln sich auf tödliche Weise zentrale Probleme des globalisierten 21. Jahrhunderts. [dazu unten mehr]

Mit dem bisher größten Ebola-Ausbruch, der 2014/15 11.000 Menschen in Guinea, Sierra Leone und Liberia das Leben kostete, rückte das Konzept von Health Security, also der Gesundheitssicherheit auf die internationale politische Agenda.

Es existiert bislang keine einheitliche Definition von Health Security. In der Definition der WHO heißt es „...activities required...to minimize vulnerability to acute public health events that endanger the collective health of populations living across geographic regions and international boundaries.“ [World Health Report 2007]. Dieser Diskurs klammert jedoch wichtige strukturelle Dimensionen von Sicherheit, z.B. Ernährungssicherheit, Sicherheit vor Kriegen, soziale Sicherheit als Befreiung von Armut oder Diskriminierung aus, diese Faktoren werden nicht als Bestandteil von Gesundheitssicherheit verhandelt. Im Vordergrund steht vielmehr der Diskurs eines Kampfes gegen bedrohliche Erreger mit dem Ziel einer keimfreien Umwelt. Nach Sengupta schließt dieses Konzept an die alte koloniale Vorstellung an, reiche und mächtige Menschen in der „zivilisierten“ Welt müssten sich vor der „nicht-zivilisierten“ Welt und den dortigen Krankheiten schützen. Die Bedrohung durch die Krankheitserreger geht damit über auf die Bedrohung durch andere, die Armen. Der Gedanke ein Teil einer globalen Gemeinschaft zu sein, habe keinen Platz in diesem Diskurs. Sengupta plädiert hier dafür, das Konzept und die Praxis der Gesundheitssicherheit kritisch zu hinterfragen. Geht es um individuelle Interessen, die geschützt werden sollen oder ist globale Solidarität gemeint? Dabei ist von Bedeutung, ob das Wort Solidarität einen Platz in diesem Diskurs hat. Ein umfassender Begriff von Health Security muss einem solidarischen Leitgedanken folgen und sich nicht an der individualisierenden Logik des Kapitalismus orientieren.

Noch einmal ein genauerer Blick auf die Ebola-Epidemie. Warum sollte ein großer Ausbruch so unwahrscheinlich sein? Ebola hat eine sehr hohe Mortalitätsrate, d.h. Erkrankte sterben häufig so schnell, dass sie zu Lebzeiten in der Regel nur eine geringe Anzahl an Menschen infizieren können. Zweitens wird Ebola nicht durch die Luft und über weite Distanzen übertragen, was die Ausbreitung des Virus einschränkt. Und erst im fortgeschrittenem Krankheitsstadium sind Erkrankte infektiös, es stecken sich daher vor allem Verwandte, Pflegende und andere Menschen, die in engem Kontakt zu den Erkrankten stehen, an. Die Dimension der Ebola-Epidemie ist daher nicht allein mit den Eigenschaften des Virus selbst zu begründen, sondern steht mit spezifischen „Pathologien“ der Gegebenheiten, auf die das Virus traf, in Zusammenhang. Zwei wesentliche pathologische Faktoren stellte Sengupta dar.

1. Die Forschung an einem Impfstoff gegen Ebola wurde jahrzehntelang vernachlässigt, weil es sich um eine nur lokal begrenzt auftretende Krankheit in armen afrikanischen Ländern handelte. Erst die jüngste Epidemie hat zu einem Umdenken geführt, nachdem die WHO eine glo-

bale Gesundheitskrise ausrief und auch in den reichen Staaten eine Gefahr der globalen Ausbreitung des Virus gesehen wurde. Jetzt wurden Mittel für Forschung und Entwicklung massiv erhöht, so dass auch die profitorientierte Pharmaindustrie mit einstieg und erste Impfstoffe in kurzer Zeit zur Einsatzreife gebracht werden konnten.

2. Weder in Sierra Leone, Liberia noch Guinea gibt es funktionierende Gesundheitssysteme, alle drei Länder gehören zu den ärmsten Ländern der Welt. Es ist nicht nur Ebola, woran Menschen in diesen Ländern starben und immer noch sterben. In den ersten vier Monaten der Ebola-Epidemie wurden in Sierra Leone 848 Menschen infiziert und 365 starben an der Infektion. Zur gleichen Zeit starben ca. 650 Menschen an Meningitis, 670 an Tuberkulose, 790 an HIV und mehr als 3000 an Malaria. Diese Krankheiten, an denen Menschen in diesen Ländern täglich sterben, werden jedoch von „außen“ nicht als Bedrohung wahrgenommen.

Die Ursachen für die Armut in den von Ebola betroffenen Ländern sind auch auf die Kolonialgeschichte zurückzuführen. Die Länder Westafrikas waren Rohstofflieferanten, ein Interesse am Aufbau einer selbständigen ökonomischen, wissenschaftlichen und technologischen Infrastruktur war auch nach der formalen Unabhängigkeit der Staaten gering. Das an den Kolonialismus anknüpfende postkoloniale und imperiale Handeln der europäischen oder nordamerikanischen Staaten in vielen Niedrig- und Mitteleinkommensländern schrieb und schreibt Abhängigkeiten und Machtkonstellationen zwischen dem globalem Süden und dem globalem Norden fort. Strukturanpassungsprogramme, Handelsabkommen und auch Ansätze der Entwicklungszusammenarbeit sind zu nennen. Nicht zuletzt die Abwanderung von ausgebildeten Fachkräften verschiedenster Sektoren gehört in diesem Kontext zu großen Herausforderungen für diese Länder. Wenn mehr ausgebildete Pflegekräfte und Ärzt\_innen aus Sierra Leone und Liberia in Großbritannien arbeiten als in ihren Heimatländern wird die Schwäche der lokalen Gesundheitssysteme unmittelbar sichtbar.

Für Sengupta versinnbildlicht die Ebola-Epidemie die Ungerechtigkeit des gegenwärtigen politischen und ökonomischen Systems. Die Essenz, auf die sich für ihn die vielen Post-Ebola Initiativen verdichten, liegt im Schutz der Reichen vor der armen Nachbarschaft, die Sicherstellung der eigenen Wasserversorgung, das Vorhandensein von Sicherheitspersonal, der eigene Schutz. Die klassische Trennung zwischen globalem Norden und globalem Süden ist dabei nicht länger aufrecht zu halten, denn der globale Norden und der globale Süden lassen sich geografisch verstreut auf der ganzen Welt finden, die reichen

und extrem armen Zonen sind Bestandteil jedes Landes. Abschließend betont Sengupta, dass funktionierende Gesundheitsversorgung in vielen Ländern ein Luxus für wenige ist, und für die meisten allzu oft nur auf dem Papier existiert um Geberländer zufrieden zu stellen.

Solche Realitäten, die von den ökonomischen Bedingungen geschaffen und aufrecht gehalten werden und die dazu beitragen, dass Infektionen sich rasant verbreiten, werden uns alle einholen – dies gilt es niemals zu vergessen.



Amit Sengupta

---

## Health Security zwischen Krisenmanagement und Gesundheitssicherung: Wo stehen wir drei Jahre nach dem Ebola-Schock?

**Dr. Anne Roemer-Mahler, University of Sussex, UK**

Dr. Anne Roemer-Mahler beginnt ihren Vortrag mit dem Hinweis auf eine erneute Ebola-Epidemie, diesmal in der Demokratischen Republik Kongo. Nach aktuellem Informationsstand ist davon auszugehen, dass es sich um einen kleinen Ausbruch im Vergleich zur Epidemie des Jahres 2014 handelt. Dennoch twittern die WHO und viele andere ohne Unterlass, und auch etliche Medien greifen die Nachricht auf. Bestimmend ist dabei die Frage, ob die Welt nun besser für einen Ausbruch gewappnet ist als 2014.

Die Einschätzungen hierzu fallen unterschiedlich aus. Zwar ist der Zustand der Gesundheitssysteme in den Ländern, die 2014 von Ebola betroffen waren, weiterhin sehr schlecht. Doch zugleich hat die WHO die Kapazitäten des Notfallschutzes gestärkt, und die Weltbank einen zusätzlichen Notfallfonds geschaffen. Und nicht zuletzt betonen Medien, dass es nun einen Impfstoff gegen Ebola gebe, ein Zeichen, dass die Welt nun besser vorbereitet sei als einige Jahre zuvor. Klinischen Studien aus dem

Sommer 2015 zufolge weist dieser einen hohen Schutzgrad auf. Besonders bemerkenswert ist jedoch, dass dieser Impfstoff innerhalb kürzester Zeit entwickelt wurde, während im Normalfall eine Entwicklungsphase von mehreren Jahren vorgesehen ist.

Auch wenn er für die Opfer von 2014 zu spät kommt, ist die Entwicklung des Impfstoffs als wichtiger Erfolg des Post-Ebola-Prozesses zu betrachten. Dieser Erfolg wird einer außerordentlichen Zusammenarbeit von Einzelpersonen und Organisationen zugeschrieben, dazu zählen Regierungen, die WHO, die Industrie, NGOs und auch philanthropische Organisationen wie die Bill und Melinda Gates Stiftung. Diese Zusammenarbeit mit dem entsprechenden Ergebnis soll nicht in Frage gestellt werden. Dennoch muss bedacht werden, dass diese Zusammenarbeit nicht aus dem luftleeren Raum entstand. Ihr liegt eine „Notfallmentalität“ zugrunde, die über lange Zeit zur Herausbildung entsprechender Organisationsstrukturen, Regularien und Netzwerke beigetragen hat, die nun nach dem Ebola-Schock in Aktion treten konnten.

Die Entwicklung der globalen Gesundheitspolitik der letzten 20 Jahre ist geprägt von dieser Mentalität, nach der ein biomedizinisches Verständnis von Gesundheit als einzig passende Lösung für Gesundheitsprobleme definiert wird. Die Versorgung mit Medikamenten und Impfstoffen gewinnt an Bedeutung, den sozialen Determinanten von Gesundheit hingegen wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Aus dieser Denkweise heraus haben sich Produktentwicklungspartnerschaften zwischen einer Vielzahl öffentlicher und privater Akteure gebildet, die Medikamente für vernachlässigte Krankheiten entwickeln. In der Zusammenarbeit nach dem Ebola-Ausbruch konnte daher auf unterschiedliche Erfahrungen im Bereich pharmazeutische Entwicklung zurückgegriffen werden. Ein verändertes Set von Regularien in den USA, Europa und auf internationaler Ebene, welches die Entwicklung von Pharmazeutika vereinfachte, kam der Zusammenarbeit für einen Impfstoff gegen Ebola ebenfalls zugute.

Um diese schnelle medizinische Reaktion zu verstehen, lohnt es sich, das soziologische Konzept der Pharmazeutikalisierung von Gesundheit mit der Versicherheitlichung von Gesundheit in Verbindung zu bringen. Beide Phänomene sind zu einer ähnlichen Zeit aufgetreten, und es lässt sich argumentieren, dass sie sich gegenseitig bedingen und beschleunigen. Dazu ein Beispiel: Werden Gesundheitsprobleme aus der Sicherheitsperspektive betrachtet, werden sie also als Sicherheitsbedrohung gesehen, befinden wir uns in der Logik, nach der eine sofor-

tige und schnelle Reaktion notwendig ist. Die Dringlichkeit der Gefahr zu begegnen, die potentielle Unumkehrbarkeit der Situation, lässt keine Zeit, um über zugrundeliegende komplexe Ursachen und sozio-ökonomische Faktoren nachzudenken. Wir folgen der Logik: wir müssen handeln, jetzt, so schnell wie möglich. In dieser Situation und mit dieser Perspektive scheint eine Intervention durch Technologie, in Form von Medikamenten und Impfstoffen, absolut passend. Die pharmazeutische Reaktion im Bereich Gesundheitssicherheit war in den USA beginnend in den 1990er Jahren eine der Schlüsselstrategien. Durch das Aufkommen der Problematik von Bioterrorismus und Bioabwehr (bioterrorism and biodefense) wurden enorme staatliche Kapazitäten in die Entwicklung sogenannter medizinischer Gegenmaßnahmen (medical countermeasures) gesteckt.

Die Betonung eines Sicherheitsproblems begünstigt pharmazeutische Entwicklungen. Ab dem Moment, wo über ein Thema als Bedrohung der Sicherheit gesprochen wird, ist dies politisch ein wirkungsvolles Vorgehen, um Ressourcen zu mobilisieren und Aufmerksamkeit zu generieren. Die Aufmerksamkeit ist ungleich größer, als wenn von einem Entwicklungs- oder Gleichheitsproblem gesprochen würde.

Diese beiden Trends, der Versicherheitlichung und der Pharmazeutikalisierung von Gesundheit, begünstigen sich gegenseitig. In Folge des Ebola-Ausbruchs haben sich diese beiden Welten der Versicherheitlichung und der Pharmazeutikalisierung noch mehr verwoben. Die Fokussierung auf medizinische Gegenmaßnahmen ist mittlerweile Teil von nationalen Diskursen nicht mehr nur in den USA, selbst die WHO bedient sich dieses Begriffs.

Die WHO hat ein sogenanntes „Blueprint“ entwickelt, um die Diagnosemöglichkeiten zu vereinfachen und die Verfügbarkeit von Impfstoffen und Medikamenten im Fall von Epidemien zu beschleunigen. Außerdem wurde eine neue Organisation ins Leben gerufen: die Coalition for Epidemic Preparedness Innovation (CEPI), eine privat-öffentliche Partnerschaft getragen von der amerikanischen und norwegischen Regierung mit Unterstützung von Indien, Deutschland und vielen weiteren Ländern, sowie Industrieunternehmen wie dem Wellcome Trust und der Bill und Melinda Gates Stiftung. Ziel von CEPI ist die Entwicklung von Lagerstätten für Impfstoffe, die im Fall einer Epidemie gebraucht werden.

Der Erfolg, einen Impfstoff gegen Ebola entwickelt zu haben, ist daher kaum das Ergebnis einer außergewöhnlichen internationalen Zusammenarbeit, sondern vielmehr Resultat eines lange andauernden Prozesses der Phar-

mazeutikalisierung der globalen Gesundheit. Zudem half es, den Ebola-Ausbruch als Sicherheitsrisiko zu adressieren und damit den Fokus umso mehr auf pharmazeutische Lösungsansätze zu lenken. Diese Lösungsansätze sind der Art und Weise geschuldet, in der gesundheitliche Herausforderungen seit langem wahrgenommen werden.



Anne Roemer-Mahler

## PANEL 2 – Problemaufriss II

# Aus der Traum! Ursachen und Folgen der Antibiotikaresistenzen

**Dr. Christian Wagner-Ahlfs, BUKO Pharma Kampagne, Bielefeld**  
**Suzanne Edwards, Research Analystin, Berlin**

Es besteht kein Zweifel: Immer häufiger sind Antibiotika unwirksam, weil Bakterien Resistenzen entwickelt haben. Die Folge: Lebensbedrohende Krankheiten wie Tuberkulose lassen sich bei vielen Betroffenen kaum noch behandeln, und immer mehr Menschen sterben an Infektionen mit multiresistenten Erregern. Auch über die Ursachen besteht kein Zweifel: Antibiotika werden oft nicht sachgerecht eingesetzt, beispielweise bei viralen Infekten der Atemwege, und generell werden Antibiotika zu häufig verordnet. Dieses Problem ist ein globales Problem, denn das Fehlverhalten ist global, und die Resistenzen verbreiten sich ebenfalls global.

Seit einigen Jahren gibt es durchaus sinnvolle Programme, die gegensteuern sollen. Die Europäische Kommissi-

on hat 2011 einen Aktionsplan verabschiedet. Inzwischen sinkt hier der Verbrauch, wogegen in weiten Teilen der Welt immer mehr Antibiotika eingesetzt werden. In Deutschland wurde mit dem Programm DART (Deutsche Antibiotikaresistenzstrategie) ein umfangreiches Maßnahmenpaket geschnürt, und 2015 hat die Weltgesundheitsversammlung einen globalen Aktionsplan verabschiedet, den die WHO nun umsetzen soll. Schon in Europa klappt es mit der Umsetzung nicht so recht. In vielen Ländern sind die Voraussetzungen wesentlich ungünstiger: Es existieren nicht einmal Erfassungssysteme für den Arzneimittelverbrauch – über die Entwicklung von Resistenzen weiß man dort fast nichts.

Den G20 Staaten kommt beim Kampf gegen Resistenzen

eine besondere Verantwortung zu. Die Statistiken zeigen, dass mit steigendem Wohlstand auch der Antibiotikaeinsatz steigt. Hier muss entschieden gegengesteuert werden. Drei Punkte verdeutlichen, dass es hier nicht mit einzelnen technischen Maßnahmen getan ist, sondern dass strukturelle Veränderungen in verschiedenen Bereichen eingeleitet werden müssen:

- 1) Gesundheitssysteme, 2) industrielle Tierhaltung, 3) Arzneimittelforschung.

**Gesundheitssysteme:** Ein funktionierendes Gesundheitssystem ist wesentliche Voraussetzung für den sinnvollen Umgang mit Antibiotika. Gesundheit ist dabei in einem umfassenden Sinne zu verstehen. Viele Infektionskrankheiten könnten alleine schon dadurch vermieden werden, dass sich die Lebensbedingungen verändern. Bessere Ernährung, sauberes Trinkwasser, Abwasserhygiene sind grundlegend, ebenso soziale Determinanten wie Bildung, sexuelle Selbstbestimmung und sicheres Wohnen. In medizinischer Terminologie gesprochen: Bessere Lebensbedingungen senken den Infektionsdruck. Zu einem besseren Gesundheitssystem gehört auch die staatliche Kontrolle des Arzneimittelmarkts, Schutz vor Fälschungen und Substandardprodukten.

**Tiergesundheit:** Wir brauchen ein Umschwenken in der Agrarpolitik. Bisher liegt in der Nutztierhaltung der Fokus auf der Produktion großer Mengen, niedrigen Preise und dem Export der Überschüsse. Diese Politik gilt nicht nur in der EU, den USA oder Brasilien – immer mehr Schwellenländer setzen auf industrialisierte Tierhaltung. Um den Antibiotikaverbrauch zu senken, muss sich zwangsläufig die Produktionsweise ändern. Die Tiergesundheit in den Mittelpunkt zu stellen heißt: mehr Platz, weniger Tiertransporte, regionale Erzeugerstrukturen. Und vor allem: gesetzlich vorgegebene Standards. Bestimmte für den Humangebrauch wichtige Antibiotika sollten komplett aus der Veterinärmedizin verbannt werden. Und immer noch ist es in vielen Ländern legal, niedrig dosierte Antibiotika zur Mastbeschleunigung zu verwenden. Hier sollten die USA und andere agrarische Großproduzenten dem Beispiel der EU folgen und diese Anwendung verbieten.

**Forschung:** Für die Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika sind neue Modelle notwendig. Denn die kommerziell ausgerichtete Pharmaforschung hat hier kaum noch Interesse, neue Antibiotika beispielsweise für Tuberkulose müssen möglichst günstig sein, damit sie für Menschen in Armut überhaupt bezahlbar sind. Es gibt gut ausgearbeitete Konzepte, wie diese Entwicklung neuer Produkte organisiert werden kann. Das funktioniert aber nur, wenn diese Aufgabe als gemeinsame überstaatliche

Herausforderung angenommen wird und entsprechen ausreichend staatliche Gelder für Forschung zur Verfügung gestellt werden. 2016 wurde von der WHO das Projekt Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) ins Leben gerufen. Es fehlen aber ausreichende verbindliche Finanzausgaben.

Öffentliche Förderung sollte nicht zu versteckten Industriesubventionen umfunktioniert werden. Deshalb müssen klare Bedingungen definiert werden: Die neuen Medikamente müssen günstig sein, und sie dürfen nur restriktiv verwendet werden, um die Entstehung neuer Resistenzen möglichst lange hinauszuzögern.



**Christian Wagner-Ahlfs**



**Suzanne Edwards**

# Transnationale soziale Sicherung

**Knut Lambertin, Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin**

Gesundheit ist notwendig, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen, welches ein selbstfinanziertes Leben einschließt, erläutert Knut Lambertin zum Beginn seiner Ausführungen. Im Mittelpunkt stehen der Mensch und die Voraussetzungen, die für ein selbstbestimmtes Leben gegeben sein müssen. Dazu gehört neben anderen Bedingungen die Verrechtlichung von Gesundheit, Bürgerrechte sowie eine ökonomische Basis, über die das selbstbestimmte Leben finanziert werden kann.

Ausgehend von der Annahme, dass das ganz große Thema eigentlich der Weltfrieden ist, ist es keine neue Erkenntnis, dass der Weltfrieden auf Dauer nur auf sozialer Gerechtigkeit aufgebaut werden kann. Dies ist eine der wesentlichen Erkenntnisse aus den großen Völkerschlachten des ersten Weltkriegs und ist verankert in der Präambel der Verfassung der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO). Davon ausgehend brauchen wir ein System sozialer Sicherung, um nicht nur den Weltfrieden, sondern auch den sozialen Frieden in einem Land, in einer Region, auf einem Kontinent und zwischen den Kontinenten herzustellen. Dabei gibt es verschiedene Strategien für die Herstellung transnationaler sozialer Sicherung – die Debatte um die Anerkennung von Grundrechten und einklagbare Grundrechte sind hierbei konstitutiv.

In Anlehnung an die Französische Revolution ist das Recht auf Gesundheit angeboren und unveräußerlich. Dann gibt es staatliche Vereinbarungen zur Ratifizierung von Grundrechten, dies ist von Bedeutung, solange Grundrechte nur auf dem Papier bestehen, nicht angenommen sind und schon gar nicht verwirklicht sind.

Für die Herstellung transnationaler sozialer Sicherung sind internationale Organisationen oder Staatenbündnisse notwendig, dazu zählen die WHO, ILO oder Staatenbündnisse wie G20, G7 und dort müssen unsere Ansichten eingebracht werden. Zudem gibt es unterstaatliche Bemühungen, um auch die Mikroebene in den Blick zu nehmen, dort, wo Menschen um ihr Überleben kämpfen müssen. Unter unterstaatlichen Bemühungen sind alle Fragen von sozialem Dialog zu verstehen. In Deutschland ist es Sozialpartnerschaft, wo Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften sich zusammensetzen und bestimmte Fragen verhandeln. Auch steuer- und betragsfinanzierte

soziale Dienste und Sozialversicherungen, zählen zu unterstaatlichen Bemühungen.

Das ganze System der gesundheitlichen Sicherung, der sozialen Sicherung ist nun extrem abhängig von der jeweiligen nationalen Wirtschafts- und Sozialordnung. Diese Wirtschafts- und Sozialordnung steckt einen Rahmen für Forderungen, definiert Spielräume für eine Gesundheitspolitik sowie eine Politik der sozialen Sicherung, die nicht nur das eigene Land im Blick hat. In Deutschland gibt es den Sozialstaat als Verfassungsgebot, daher ist das Sozialstaatgebot anders als in anderen Staaten schon in der Verfassung verankert. Die Formulierungen sind zwar ein bisschen allgemein gehalten, werden dann aber durch die Sozialgesetze konkretisiert die wiederum als Andockstelle für Politik und Engagement genutzt werden können.

Die beitragsfinanzierten Sozialversicherungen werden nicht vom Staat getragen, sondern von den Sozialpartnern. Träger der Sozialversicherungen sind die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften, deren Spielräume durch neue Gesetze allerdings immer weiter eingeschränkt werden. Zu den steuerfinanzierten Leistungen gehört der öffentliche Gesundheitsdienst ÖGD. So viel zur Ausgangslage in Deutschland.

Die Ausgangslage hat immer etwas mit der Situation in Deutschland zu tun und hier zeigt sich nicht nur eine verfestigte soziale Ungleichheit, sondern auch eine zunehmende soziale, gesundheitliche und – das ist das wichtigste für politische Aktionen oder politische Einflussnahme – eine zunehmende politische Ungleichheit. Der aktuelle Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung verdeutlicht diese Situation sehr gut. Und ein parallel veröffentlichtes Gutachten zeigt wie politische Ungleichheit auch zu merkwürdigen Entscheidungen in der Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik führt – was unter dem sozialwissenschaftlichen Begriff der Responsivität verhandelt wird.

Zur aktuellen Politik gehört natürlich auch der G20 Prozess, dieses Jahr verknüpft mit: S20 Dialogforum mit der Wissenschaft, W20 Dialogforum mit Frauen aus der Wirtschaft, G20 Dialogforum mit Wirtschaftsverbänden, L20 Dialogforum mit den Gewerkschaftsvertretern, T20 mit



Think Tanks Y20 Jugendgipfel und C20 mit NGOs. Alle wesentlichen Player sind eingeladen.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Bundesministerien das Thema sozialer Sicherung gleichermaßen in den Fokus rücken. Das Gesundheitsministerium hat die Frage nach der sozialen Sicherung weniger im Blick und beschäftigt sich vor allem mit Antibiotikaresistenzen.

Die aktuelle unterstaatliche Politik verfolgt bezüglich der sozialen Sicherung verschiedene Strategien: Die Zivilgesellschaft, darunter auch NGOs versuchen über die Beschäftigung mit der WHO Einfluss zu nehmen. Halbstaatliche Akteure wie Sozialversicherungen haben auf internationaler Ebene einen Zusammenschluss gebildet, die internationale Vereinigung für soziale Sicherung (ISSA), eine kleine Organisation von Sozialversicherungen, die das Thema der sozialen Sicherung weltweit nach vorne zu bringen versuchen. Und Gewerkschaften organisieren sich als Teil der Zivilgesellschaft auf internationaler Ebene, wie bspw. im internationalen Gewerkschaftsbund und der ILO.

An dieser Stelle nun nochmal zurück zum Ausgangspunkt. Bei dem Thema Gesundheit geht es darum, ein möglichst selbstbestimmtes und selbstfinanziertes Leben zu ermöglichen und da hat die Frage von Gesundheit am Arbeitsplatz (Occupation at health and safety) maßgebliche Auswirkungen auf dieses selbstbestimmte, selbstfinanzierte Leben. Dabei geht es nicht nur um abhängig Beschäftigte, es geht um alle im informellen Sektor tätigen, alle Praktikant\_innen, Auszubildenden und alle die für Nicht-Geld arbeiten und um deren Angehörige. Damit dürften in nahezu jeder Gesellschaft über 80% der Bevölkerung abgedeckt werden, auch Rentner\_innen und Arbeitslose. Positiv ist hier zu erwähnen, dass die ILO erstmals tripartistisch – Staat, Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften waren beteiligt – eine Diskussion zur Verbesserung der Beschäftigung und der Arbeitsbedingungen in Gesundheitsbereichen geführt hat.

Was können wir tun, fragt Knut Lambertin. Die Antwort: Mitmischen is possible. Generell geht es um die Gestaltung der transnationalen sozialen Sicherung und nicht um das Gewinnstreben oder das Vermögen Einzelner. Dies darf nicht technokratischen Expertengruppchen überlassen werden. Das Mitmischen ist dabei an vielen Orten möglich, bei NGOs, bei Gewerkschaften, für jede politische Meinung gibt es in Deutschland auch eine Partei, wo jede\_r sich engagieren und für Mehrheiten kämpfen kann.

Es geht darum, dass wir unseren Sozialstaat in Deutschland und weltweit stärken und weiterentwickeln müssen,

um politische, gesundheitliche und soziale Ungleichheit zu bekämpfen. Um diese Herausforderungen vor denen wir stehen zu bewältigen brauchen wir jede\_n. Zur Stärkung von abhängig Beschäftigten, inklusive Erwerbsloser, Rentner\_innen und ihrer Angehörigen sind Gewerkschaften gut geeignet. Der Ausbau sozialpolitischer Einrichtungen, Sozialversicherungen und öffentliche Gesundheitsdienste ist von Bedeutung, sowie die Stärkung internationaler Organisationen wie UN, ILO, WHO, ISSA, die auch internationale Rechte und Menschenrechte durchsetzen können. Und gegen die hochvermögenden Einzelnen gilt es die selbstorganisierte Zivilgesellschaft zu beleben, möglichst viele Menschen mitzunehmen und eine Massenbasis zu organisieren.



**Knut Lambertin**

# Wie stärken wir den öffentlichen Sektor: Der Social Protection Floor

**Dr. Odile Frank, NGO Forum for Health, Global Coalition for Social Protection Floors, Genf**

Dr. Odile Frank fragt in ihrem Vortrag danach, wie Konzepte der sozialen Grundsicherung (Social Protection Floor) und soziale Dienstleistungen den öffentlichen Sektor in seiner Rolle als Garant für universellen Zugang zu Gesundheit stärken können. Sie sieht die Fortschritte im Bereich Gesundheitssicherung und gesundheitlicher Entwicklung durch offenkundige Spannungen geprägt.

Die Mehrheit der ökonomisch entwickelten Länder verfügt über ein funktionierendes Gesundheitssystem, so dass ihr Fokus beim Thema „Gesundheitssicherheit“ in der Erhaltung und Absicherung des bestehenden Gesundheitssystems liegt.

In ökonomisch weniger entwickelten Ländern dagegen ist der Aufbau eines Gesundheitssystems weiterhin als work in progress zu bezeichnen. Der Zustand dieser Gesundheitssysteme reicht von erschreckenden und mangelhaften bis hin zu akzeptablen Zuständen. In Ländern, in denen der Aufbau eines Gesundheitssystems schon weiter fortgeschritten ist, kann man auch bereits eine Priorisierung von „Gesundheitssicherheit“ erkennen, wie es beispielsweise Brasilien mit der Eindämmung der Zika Epidemie gelungen ist.

Dr. Frank schlägt dagegen vor, über diese Widersprüche hinaus zu gehen und Gesundheit in allen (mehr oder weniger entwickelten Ökonomien) fest im Begriff der „individuellen (sozialen) Sicherheit“ zu verankern. Der Fokus auf individuelle Gesundheitssicherung (oder Sicherheit) bedeutet, dass jede\_r Einzelne der Nutznießer eines Systems ist, dass den Gesundheitsstatus jedes und jeder einzelnen zu maximieren versucht und stellt die notwendigen Mittel dafür für alle sicher. An diesem Punkt treffen sich Gesundheit und soziale Sicherung.

Zum dritten betont Dr. Frank, dass weiterhin das globale System durch Nationalstaaten definiert ist und diese daher die Hauptakteure der Umsetzung von Gesundheit und sozialer Sicherheit bilden.

Es sei daher zu fragen:

1. Welchen Bereich umfasst Gesundheit und um welche Anliegen handelt es sich?
2. Welches sind mögliche Ziele, die Konzepte von Gesundheitspolitik und Gesundheitsaktivitäten leiten?
3. Welche Impulse braucht Gesundheit?
4. Welche Ressourcen sind nötig um notwendige Impulse umzusetzen?

Für alle diese Fragen mag es praktische und unmittelbare Antworten geben. Dr. Odile Frank widmet sich der Beantwortung dieser Fragen jedoch mit dem Ziel idealistisch statt pragmatisch und langfristig statt kurzfristig zu denken. Zudem sollen Werte und Prinzipien handlungsleitend sein, die generalisierbar sind. Frank geht es um eine pro-aktive Haltung, die den offenen und sich fortsetzenden Prozess des Gestaltens von Gesundheitsentwicklung nicht aus dem Blick verliert.

Bei der Frage welches Anliegen Gesundheit überhaupt zugrunde liegt, gibt es keine bessere Formulierung als die, die in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22. Juli 1946 zu finden ist. In dieser heißt es:

1. *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*
2. *The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, and political belief, economic or social condition.*

Dieser Ansatz wird auch in der universellen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 übernommen, im Artikel 25 heißt es:

*Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.*

Ganz entscheidend verknüpft die Menschenrechtsdeklaration hier das Einkommen mit Gesundheit; konkretisiert das „Soziale Wohlergehen“ als den „adäquaten Lebensstandard“ für Gesundheit und Wohlergehen und den Einschluss von „sozialen Diensten“ und dem Recht auf „Absicherung in Notfällen“.

Entscheidend sei ebenfalls, dass in jüngerer Zeit auch die psychische Gesundheit zur physischen ein integraler Teil der Definition von Gesundheit geworden ist.

Ein Zustand guter Gesundheit muss zunächst erreicht, dann erhalten und vorausschauend gegen Risiken verteidigt werden. Im Rahmen internationalen Rechts, also der Verfassung der WHO und der universellen Menschenrechtserklärung, liegt die Umsetzung dieser Anforderungen an Gesundheit in der Verantwortung des Staates.

Welche möglichen Ziele werden nun mit Gesundheitspolitik angestrebt?

Die Orientierung an Frieden und dem Erhalt der Ordnung sollte eine politische Erwägungen und Grundlage von Gesundheitspolitik und Gesundheitssicherheit sein. In der Annahme, dass jegliche Bemühungen im Kontext Gesundheit mit dem Ziel der Verbesserung einhergehen, scheint die Logik der Gesundheit für alle selbstverständlich. Ebenso wie die Orientierung an gemeinsamen Werten bei der Umsetzung des Rechts auf Gesundheit.

Wir müssen uns daran orientieren, dass Gesundheit so gut ist, wie sie sein kann. Und dafür ist politischer Wille eine Grundvoraussetzung. Die Politik des Staates, dem Hauptverantwortlichen für die Bereitstellung von Gesundheit, muss somit am höchsten Level erreichbarer Gesundheitsversorgung orientiert sein, pro-aktiv, zukunftsorientiert und vorausschauend sein.

Allgemein ist das Erreichen eines gewünschten und erreichbaren Gesundheitszustandes sowie dessen Erhaltung und Absicherung an folgende Voraussetzungen geknüpft: eine Infrastruktur und ein Verteilungssystem, ausreichend qualifiziertes Personal, notwendiges Zubehör, Ausstattung und technisches Wissen, um Standards der präventiven, kurativen, schützenden, stärkenden, lindernden und rehabilitativen Pflege zu erfüllen und Forschung um bestehende Standards zu verbessern, neue einzuführen und generell das Level der Gesundheitsversorgung für alle anzuheben. Die Qualität der Ausbildung von Gesundheitspersonal, sowie von allen möglichen Nutzer\_innen von Gesundheitsversorgung, die Aufklärung von Patient\_innen bezüglich der sozialen Determinanten von Gesundheit sind weitere essentielle Voraussetzungen für Gesundheit.

Um die genannten Voraussetzungen zu erfüllen und somit bestimmte Gesundheitsstandards zu erreichen, sind politischer Wille, gute Regierungsführung, Humankapital und Geld notwendig. Ohne diese Ressourcen ist es nicht möglich, das beschriebene, umfassende Ziel der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

### **Die Rolle des Staates und der Bereich der Gesundheit in der Globalen Agenda der Transformation**

Die größte Verantwortung in Bezug auf Gesundheit liegt (weiterhin) beim Staat. Dieser Anspruch zeigt sich auch in den Nachhaltigen Entwicklungszielen (SDGs). Dem Staat wird die vorrangige Verantwortung bei der Umsetzung der SDGs eingeräumt. Ziel Nummer 3. *Ensure healthy lives and promote well being for all at all ages* der SDGs benennt neben Gesundheitsdienstleistungen, Medikamenten und Impfungen, finanziellen Risikoschutz, den Zugang, die Erschwinglichkeit und die Qualität als wichtige Dimension von Gesundheitsversorgung.

Auch wenn das Erreichen einzelner SDGs immer an das Erreichen anderer geknüpft ist, gibt es zwischen dem genannten Ziel Nr. 3 und Ziel Nr. 1 eine spezielle Verknüpfung. Das Ziel Nr. 1 der SDGs lautet wie folgt: *End poverty in all its forms everywhere. We recognize that eradicating poverty in all its forms and dimensions, including extreme poverty, is the greatest global challenge and an indispensable requirement for sustainable development.* Und im Unterziel Nr. 1.3 heißt es *Implementing nationally appropriate social protection systems and measures for all, including floors, and by 2030 achieve substantial coverage of the poor and the vulnerable.*

Soziale Grundsicherung wird in den SDGs zu einem bedeutenden, dem bedeutendsten Bestandteil von nachhaltiger Entwicklung und schlägt somit die Verbindung zur Gesundheitsversorgung.

Die *Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202): Recommendation concerning National Floors of Social Protection* der ILO wurde auf der Internationalen Arbeiterkonferenz verabschiedet und bildet die Vorlage für soziale Grundsicherungssysteme und Maßnahmen. In den Empfehlungen werden die Verbindungen zwischen Gesundheit und Einkommen, sowie die Verantwortung des Staates in einer deutlichen Bestimmtheit klar:

4. *Members should, in accordance with national circumstances, establish as quickly as possible and maintain their social protection floors comprising basic social security guarantees. The guarantees should en-*

sure at a minimum that, over the life cycle, all in need have access to essential health care and to basic income security which together secure effective access to goods and services defined as necessary at the national level.

5. The social protection floors [...] should comprise at least the following basic social security guarantees:

(a) access to a nationally defined **set of goods and services, constituting essential health care, including maternity care, that meets the criteria of availability, accessibility, acceptability and quality;**

(b) **basic income security for children, at least at a nationally defined minimum level, providing access to nutrition, education, care and any other necessary goods and services;**

(c) **basic income security, at least at a nationally defined minimum level, for persons in active age who are unable to earn sufficient income, in particular in cases of sickness, unemployment, maternity and disability; and**

(d) **basic income security, at least at a nationally defined minimum level, for older persons.**

Nicht nur die normativen Beschreibungen worin soziale Sicherung besteht sind von Bedeutung, auch die Relevanz von Einzelmaßnahmen, um diese soziale Sicherung zu erreichen, sind wichtiger Teil der Empfehlungen der ILO. Universeller Zugang zu Gesundheit ist, wie hier deutlich wird, nicht zu trennen von sozialen Grundsicherungssystemen.

Das Erreichen von Gesundheitsversorgung und sozialer Grundsicherung steht daher im völligen Einklang mit den Zielen der Verfassung der WHO von 1946 und der universellen Menschenrechtserklärung von 1948.

Öffentliche Dienstleistungen sind für die Erfüllung der staatlichen Verantwortung bezüglich der SDGs und den Zielen im Zusammenhang mit sozialer Grundsicherung die primären Institutionen zur Umsetzung und zur Erreichung der Ziele .

Zusammenfassend ist Gesundheit ein Gut, dessen Bereitstellung vertraglich zwischen Staat und Individuum abgesichert sein muss und durch das Recht auf Gesundheit und das Recht auf soziale Sicherheit begründet ist, welche individuelle Rechte sind, deren Umsetzung in der Verantwortung und Verpflichtung des Souveräns liegt. Gesundheit darf nicht an die Möglichkeit, diese bezahlen zu können geknüpft sein, sondern muss unter universellen, gleichen und gerechten Bedingungen bereit gestellt werden, begründet durch gemeinsame Werte von Umverteilung und Solidarität. Das Recht auf Gesundheit sollte grundsätzlich in Form von öffentlichen Dienstleistungen gesichert sein mit Bezug auf moralische Grundsätze und

der Rechenschaftspflicht und Transparenz von Staaten über nationalen Konten, Steuereinnahmen und öffentlichen Ausgaben. Zudem muss Gesundheitsversorgung aus politischem Handeln hervorgehen, welches auf Konsultationen gründet und politische Partizipation und Repräsentation garantiert.

Die Beispiele der „bolsa Familia“ in Brasilien und weitere Programme in anderen Ländern, die die ILO dokumentiert hat, zeigen die Erschwinglichkeit der sozialen Sicherung. Im Gegenteil, keine soziale Sicherung zu haben, ist unerschwinglich: In Brasilien haben die Gewinne des Programms Bolsa Familia die Ausgaben deutlich überstiegen: Durch bessere soziale Sicherung erhöhten sich auch die ökonomische Produktivität und reale ökonomische Gewinne von dieser Investition in „menschliches Kapital“. Studien der ILO und der Weltbank weisen diese Erschwinglichkeit von sozialen Sicherungssystemen nach.

### Reorientierung der Prioritäten

Soziale Sicherung erfordert eine Neuausrichtung und andere Priorisierung der Mittel-Zweck Kohärenz. Diese verlangt eine Neuordnung des Sozialen und Ökonomischen auf der Grundlage des universellen menschlichen Wohlergehens, auf welchem Wirtschaftssysteme basieren.

Allgemeine Gesundheitsversorgung und gesunde Individuen sind das oberste Ziel von Gesellschaften. Diese sollten der einzige Zweck sein, Wachstum und Entwicklung zu verwirklichen. Gesunde Individuen sind zwar das höchste Ziel, jedoch auch Grundlage für jegliche Form von Gesellschaft.



Odile Frank

# Financing Global Social Protection: Solidarische verpflichtende Ausgleichs- finanzierungssysteme statt Wohltätigkeit

**Dr. Rachel Hammonds, Universität Antwerpen**

Welche Voraussetzungen brauchen solidarische und zugleich verpflichtend festgelegte Ausgleichsfinanzierungen? fragt die Referentin in ihrem Vortrag und stellt drei davon vor: Erstens ist globale Solidarität notwendig, um den verwobenen Herausforderungen im Bereich globaler Gesundheit zu begegnen. Zweitens stellt Wohltätigkeit keine geeignete Methode dar, um systematisch und effektiv gegen globale Missstände vorzugehen. Und drittens bietet das internationale Recht Anknüpfungspunkte, um Veränderungen im globalen Gesundheitssystem und nachhaltige Politiken zu fördern. Denn rechtliche Rahmenbedingungen sind die Voraussetzung für bindende staatliche Verpflichtungen.

Juristisch betrachtet werden die Menschenrechte nicht dem internationalen Investitionsrecht untergeordnet. Dennoch lässt sich feststellen, dass die Rechte zum Beispiel von indigenen Bevölkerungen oder das Umweltrecht systematisch untergraben wird, wenn es um die Wahrung der Interessen von Investoren geht. Es gibt viele gegen-hegemoniale Tendenzen im Recht, daher braucht es politischen Willen, um Rechte und menschenrechtliche Normen umzusetzen.

Die Komplexität von ineinander verwobenen Herausforderungen zeigt sich an der Korrelation zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung und dem CO<sub>2</sub> Verbrauch einer Person. Die Lebenserwartung der Bevölkerung eines Landes steigt in Verbindung mit der wirtschaftlichen Entwicklung desselben, welche mit erhöhten CO<sub>2</sub> Emissionen eines Landes einhergeht. Die Orientierung an diesem Model zur Erhöhung der Lebenserwartung geht mit erheblichen Konsequenzen für unseren Planeten einher. Aus Sicht von Hammonds ist ein Umdenken daher alternativlos.

Mit Blick auf globale Gesundheit stellt globale Ungleichheit die größte Herausforderung dar. Mindestens 400 Millionen Menschen haben weltweit keinen Zugang zu essentiellen Gesundheitsdiensten. Jedes Jahr rutschen

100 Millionen Menschen in Armut ab und 150 Millionen Menschen erleiden den finanziellen Ruin, weil sie privat für Gesundheitsdienstleistungen aufkommen müssen. Extrem prekäre finanzielle Situationen führen dazu, dass Kinder nicht mehr länger in die Schule gehen können und stattdessen arbeiten gehen müssen und Menschen schneller Opfer von Menschenhandel werden. Finanzieller Ruin bedeutet daher mehr als nur kein Geld zu haben, sondern dass das Leben selbst in Gefahr ist. Die Ungerechtigkeit zeigt sich sehr deutlich in der globalen Lottererie der Geburt. Wir alle haben nichts dafür getan, in einer Familie oder einem Land geboren zu sein, welches uns Zugang zu Bildung und Gesundheit gewährt. In der Demokratischen Republik Kongo stirbt bei der Entbindung ihres Kindes jede 30igste Frau, in Malawi ist es jede 36igste Frau, in Belgien jede 7500ste Frau und in Großbritannien jede 4600ste Frau. Von Bedeutung ist bei diesem Unterschied, dass die Demokratische Republik Kongo und Malawi Kolonien von Belgien und Großbritannien waren, deren Vorsatz die Entwicklung dieser Länder war.

Unterschiedliche geschichtliche Ereignisse zeigen, wie Menschen sich zusammen getan haben, um gegen grundlegende Missstände und Gefahren in der Welt vorzugehen und über gemeinsame, globale Lösungen nachzudenken. Der Zweite Weltkrieg und der Einsatz von Atomwaffen in Hiroshima und Nagasaki waren ein zentrales Ereignis, welches zu der Gründung der UN geführt hat und soziale Sicherungsmodelle in unterschiedlichen Ländern etabliert hat. Der Aufbau sozialer Sicherungssysteme war Ergebnis der Einsicht, dass *“...market mechanisms, however well they function, do not guarantee a minimally acceptable standard of life if individuals or groups have insufficient assets. Transfers of assets or income are needed to deal with the moral obligation to guarantee this minimum standard.”*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Norton A., Conway T., Foster M. (2001) Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in International Development. London: Overseas Development Institute.

Soziale Sicherungssysteme waren Teil der Nachkriegsversprechen der reichen Industrieländer, doch was war mit den weniger wohlhabenden Ländern? Das internationale Recht gibt an dieser Stelle eine Orientierung. Das Recht auf Gesundheit [womit nicht das Recht gesund zu sein gemeint ist] ist ein Menschenrecht und in dem internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 geregelt. Es verlangt von Staaten inländische Mittel für den Aufbau eines Gesundheitssystems bereit zu stellen. Länder, denen es über Steuereinnahmen temporär und längerfristig nicht möglich ist, das Recht auf Gesundheit über den Aufbau eines Gesundheitssystems zu sichern, können auf internationale Kooperation und Unterstützung zurückgreifen. Kooperation bezieht sich dabei nicht ausschließlich auf Geld, sondern auch auf technisches Wissen.

Der Großteil der Staaten hat dieses Recht mitverhandelt und auch unterzeichnet, jedoch haben die USA und andere Länder dieses Recht nicht ratifiziert. Aus diesem Grund kommt es auf den politischen Willen an. Asbjorn Eide, schlägt im Kontext des Rechts auf Nahrung eine Doppelstrategie vor, die zur Einhaltung der Menschenrechte wirksam sein müsste. Zum einen sollen Staaten nationale Systeme entwickeln, die die Menschenrechte sichern. Zum anderen geht es darum, globale Verpflichtungen zu schaffen, um Verantwortung zu übernehmen, vor allem gegenüber Staaten, die nicht in der Lage sind, das Recht auf Gesundheit aus eigener Kraft durchzusetzen. Die Frage ist, wie diese beiden Strategien etabliert wurden.

Das klassische Beispiel, wie um das das Recht auf den Zugang zu Gesundheit gerungen wurde, ist die HIV Krise und die Debatte um den Zugang zu antiretroviraler Behandlung. 1990 galt HIV/Aids als nicht heilbar. Doch Pharmakonzerne entwickelten eine antiretrovirale Behandlung. Die Kosten dieser Behandlung beliefen sich allerdings auf 20.000 Dollar pro Person im Jahr, eine Behandlung, die reichen Menschen in den Industriestaaten vorbehalten war. „We all have AIDS if one of us does and we are going to push the world to HIV treatment for everyone“. Mit diesem Slogan bildete sich ausgehend von der Homosexuellen-Community eine solidarische Bewegung zum Recht auf Gesundheit.

Der Diskurs um HIV ging sehr in Richtung einer Agenda von Gesundheitssicherheit. AIDS wurde als Sicherheitsproblem thematisiert. Die Angst vor einem globalen Chaos war groß, denn prognostizierte Sterberaten hätten die Ökonomien vieler afrikanischer Staaten zerstören können. Schlussendlich konnte sich eine ethisch basierte Debatte durchsetzen, die getragen war von der Idee globaler Solidarität und geteilter Verantwortung.

Neben rechtlichen Lösungen, um globalen Gesundheitsherausforderungen zu begegnen und der Universalität der Menschenrechte ein Stück näher zu kommen, braucht es auch politische Herangehensweisen. Die Vereinbarungen, welche in den SDGs getroffen wurden und deren Finanzierung zeigen dies.

Nach einer Schätzung des Chatham House, einem britischen Think Tank, belaufen sich die Kosten für die Basisgesundheitsversorgung auf 86 Dollar pro Person pro Jahr, die über den Staat oder eine internationale Finanzierung abzudecken sind. Momentan sind es 45 Staaten, die dieses Minimum an Basisgesundheitsversorgung bereitstellen. Nicht das fehlende Geld für die Versorgung ist dabei relevant, sondern die Verteilung.

In diesem Zusammenhang sind die SDGs von Bedeutung. Bevor es eine Verständigung über diese Ziele gab, kam es zu einem Einverständnis der Staaten, wie viel Geld zur Verfügung stehen würde. Die Einigung über die finanziellen Ressourcen ging den Zielen, was mit diesem Geld erreicht werden sollte, voraus. Laut Vereinbarung der SDGs sollen Staaten soziale Sicherungssysteme mit essentiellen Gesundheits- und Bildungsinstitutionen einrichten und stärken. Zudem verpflichteten sich die Staaten mehr Steuern einzunehmen, gegen Steuerhinterziehung und illegale Finanztransaktionen vorzugehen. Bezüglich internationaler Steuerfragen gab es keine Fortschritte. Dieser ist jedoch ein Bereich in dem Entwicklung notwendig ist. Forderungen diesbezüglich müssen an G7 und G20 gestellt werden – internationale Steuerinstanzen müssen dafür sorgen, dass Geld nicht in Offshore-Konten abgelegt wird. Zudem ist die verstärkte Einbindung des privaten Sektors zur Umsetzung der SDGs problematisch. Maria José Romero von Eurodad fasst ihre Kritik an den Verhandlungen, die in Addis Ababa stattfanden, folgendermaßen zusammen: „This agreement opens the door for the private sector to use development money to generate profits, while the standards to ensure that companies comply with human rights remain nonbinding guidelines.“ Vereinbarungen zu Menschenrechten sind nicht-bindend, das Problem liegt darin, wie sie von Staaten interpretiert werden. Es braucht Institutionen, die stark genug sind, um Fragen bezüglich globaler Gesundheit zu thematisieren und voranzubringen. Ist es beispielsweise eine Idee einen globalen Fonds für Gesundheit einzurichten? Wie könnte dies funktionieren? Die DAH (Development Assistance for Health) könnte dabei eine Rolle spielen. Ist ein Land nicht in der Lage das notwendige Geld für die Gesundheitsversorgung [86 Dollar pro Person pro Jahr] über Steuern aufzubringen, würde die DAH ins Spiel kommen. Die DAH würde das entsprechende Geld von der internationalen Gemeinschaft einfordern und in Form eines Fonds verwalten. Auf

diese Weise könnte auch das Chaos der internationalen Entwicklungszusammenarbeit ersetzt werden.

Globale Solidarität muss an die Stelle von internationaler Entwicklungsarbeit und internationalen Kooperationen rücken. Denn Staaten sind voneinander abhängig, wir alle sind Teil der Weltgesellschaft, teilen Verantwortung und Ressourcen auf Grundlage von universellen Rechten und Pflichten, welche in Menschenrechtsabkommen zu finden sind – das ist der Kern, den es zu vermitteln und umzusetzen gilt.

Um zu den Überlegungen vom Anfang zurück zu kommen, geht es darum dafür einzutreten und Regierungen klar zu machen, dass sie zu ihren Verpflichtungen stehen müssen und dass wir Menschen Missstände ansprechen, wenn sie es nicht tun, dass wir demonstrieren und Verhältnisse verändern werden.



Rachel Hammonds

#### Abschlusskommentar

---

## Abschlusskommentar

### Dr. Dr. Jens Holst, Hochschule Fulda, Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

Die Fachkonferenz „Abwehr oder Vorsorge? – Die G 20 und die globale Gesundheit“ der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit (DPGG) am 15. Mai 2017 in Berlin untermauert eindrücklich die enge Verflechtung zwischen nationaler und globaler Gesundheitspolitik. Die Fachkonferenz hat deutlich gemacht, wie sich die zunächst sehr unterschiedlich erscheinenden gesundheitspolitischen Belange zusammenbringen lassen, und damit ein Kernanliegen der Plattform erfüllen. Die Themensetzung und die Inhalte der Konferenz haben allerdings auch gezeigt, wie weit die Tagespolitik und einflussreiche politische Entscheidungsträger\_innen noch von einem umfassen-

den und nachhaltigen Konzept globaler öffentlicher Gesundheitsfürsorge und –politik entfernt sind.

Die unübersehbare Tendenz zur Globalisierung der Gesundheitspolitik ist zwar ein überfällig und begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung. Unter den Vorzeichen der weltweit zunehmenden Verunsicherung und eines steigenden Sicherheitsbedürfnisses geben Regierungen aber weiterhin dem Schutz der eigenen Bevölkerung Vorrang vor globalen gesundheitlichen Gefahren. Gesundheitssicherheit und Gefahrenabwehr richten sich indes nur gegen bestimmte, für arme Länder tatsächlich

und im reichen Norden gefühlt bedrohliche, aber für die Gesundheit der Weltbevölkerung wenig relevante Situationen wie jüngst die Ebola-Epidemie im westlichen Afrika oder die Verbreitung des Zika-Virus in Südamerika. Andere Faktoren nehmen erheblich größeren Einfluss auf die Gesundheit der Menschen in jedem Land und auf dem gesamten Globus. Doch die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Determinanten von Gesundheit haben es weiterhin sehr schwer, den ihnen gebührenden Stellenwert in der nationalen wie in der globalen Gesundheitspolitik einzunehmen. Der Fokus liegt immer noch allzu oft auf klinischen Herausforderungen und medizinischen Versorgungsaspekten anstatt auf den Kernanliegen der Gesundheitswissenschaften, nämlich der Verhinderung von Krankheit und der Förderung der Gesundheit von Bevölkerungen unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen.

Wenn man aber die medizinische Versorgung in den Mittelpunkt der internationalen Gesundheitspolitik rückt, dann stellt das globale Recht auf Zugang zu Gesundheit eine unabdingbare Voraussetzung dar. Das ist alles andere als eine einfache Herausforderung in einer Welt, in der die sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Chancen zunehmend ungleich verteilt sind. Wichtige globale Organisationen wie die WHO und die ILO setzen seit einigen Jahren dezidiert auf die Verbesserung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall als notwendige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Während das WHO- und Weltbankkonzept Universal-Health Coverage (UHC) die geäußerte Kritik widerlegen muss, ein Vehikel zur Einführung vorwiegend privatwirtschaftlicher Krankenversicherungen zu sein, ist der ILO-Ansatz der Social-Protection-Floors der Gefahr ausgesetzt, aus Mindestanforderungen letztlich akzeptierte Standards zu machen.

Schon im Gründungsdokument der ILO hieß es, globaler Frieden ist dauerhaft nur auf Grundlage sozialer Gerechtigkeit möglich. Die zunehmende Häufung und Schwere kriegerischer Auseinandersetzungen in der Welt unter den Bedingungen wachsender Ungleichheiten scheint diese These zu bestätigen. Die soziale Absicherung der Menschen steht heute unter enormem Druck – ein weiterer Beleg für die enge Verzahnung zwischen nationaler und internationaler Politik. Mangelnder Aufbau von Sicherungssystemen in den armen Ländern im globalen Süden und ihr fortschreitender Abbau in den Ländern des Nordens erzeugen Verunsicherung, gefährden den Frieden und führen zur Verdrängung des Sicherheits- durch den Sicherheitsgedanken.

Neoliberal geprägte Reformen der Sozialsysteme können nicht nur unmittelbar den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheit beeinträchtigen, sondern auch gesundheitspolitische Steuerungsmöglichkeiten verringern. Die zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitssektors bringt zwar auch konkurrierende Interessen verschiedener Wirtschaftssparten und Unternehmergruppen im Sinne von business conflicts mit sich – so haben z.B. extrem hochpreisige neue Medikamente oder Verfahren im Prinzip Auswirkungen auf die Krankenversicherungsbeiträge und damit auf die Arbeitgeberabgaben in Sozialversicherungssystemen. Allerdings verringert ein Einfrieren der Arbeitgeberanteile wie derzeit in Deutschland drastisch das Interesse der Unternehmen an Einsparungen und damit die Aussichten auf Kostendämpfung durch konfligierende Geschäftsinteressen.

Wie beschränkt das Potenzial von business conflicts im Gesundheitswesen insgesamt ist, verdeutlicht auch die derzeitige Krise an der Antibiotika-Front. Selbst wenn die einschlägigen Verlautbarungen zur abnehmenden Wirksamkeit antibiotischer Arzneimittel aufgrund der weltweit gestiegenen Resistenzentwicklung alarmistisch wirken und eher medialer Aufmerksamkeitserzeugung als rationaler Aufklärung dienen, zeigt sich hier die Kombination eines grundsätzlich gescheiterten Medizinsystems, in dem Innovationen überwiegend im Dienste ökonomischer Nutzenmaximierung und nicht aufgrund gesundheitlichen Bedarfs entstehen, und mangelnder Bereitschaft oder Kapazität, der Komplexität von Herausforderungen sektorenübergreifend und systemisch zu begegnen.

So ist die konsequente Umsetzung des One-health-Konzepts eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Eindämmung von Antibiotikaresistenzen. Denn nicht allein die vielfach unsachgemäße Verwendung von Antibiotika in der Humanmedizin ist für zunehmende und vor allem multiple Resistenzen verantwortlich, sondern auch der massive Einsatz in der Landwirtschaft, wo die Bedingungen der industrialisierten Tierzucht die häufige und ungezielte Anwendung dieser Arzneimittel erfordert. Darüber hinaus sind aber auch ökologische Maßnahmen notwendig, um die Vergiftung der Umwelt durch kontaminierte Gülle oder die Ausleitung unzureichend gefilterter Abwässer von Pharmafirmen zu unterbinden. Die Probleme entstehen aufgrund kurzfristiger Wirtschaftsinteressen und Renditeerwartungen, und letztlich entpuppt sich die Antibiotikaresistenzproblematik als ein Problem der Governance, also der verantwortungsvollen Führung der Staatsgeschäfte. Eine Strategie zur Eindämmung der Resistenzentwicklung muss diese komplexen Zusammenhänge erkennen und in den Blick nehmen, anstatt auf ein verbessertes Bewusstsein und damit auf das neoliberale



Konzept der Eigenverantwortlichkeit der „Verbraucher\_innen“ zu setzen. Gegen Aufklärung der Bevölkerung über Risiken und unerwünschte Wirkungen von Antibiotika ist nichts einzuwenden, aber der Erfolg ist nur von kurzer Dauer und die schichtenspezifische Wirksamkeit von Kampagnen lässt eine Zunahme der sozialen Ungleichheit erwarten. Die fehlende Wirksamkeit der Aufklärung bei bildungsferneren sozialen Gruppen vereitelt zudem das hehre Ziel, das sich nur durch eine konsequente Durchsetzung rationaler Therapien erreichen lässt. Hier liegt die Bringschuld eindeutig beim Versorgungssystem.

Um eine angemessene und wirksame globale Gesundheitspolitik zu entwickeln und durchzusetzen braucht es erheblich mehr als biomedizinisch-klinische oder auch gentechnologische Lösungsansätze. Vertikale Programme oder die Entwicklung neuer Medikamente und Impfstoffe mögen hilfreich sein, sie ändern aber nichts an den grundlegenden Bedingungen und Gesundheitsproblemen der Welt. Globale Gesundheitspolitik muss dabei nicht nur eine grundlegende Änderung des Verständnisses von Gesundheit bewirken und die Komplexität von Gesundheit in ihrer ganzen Breite und Vielfalt berücksichtigen; sie kann erst dann wirksam werden, wenn sie als Querschnittsthema in sämtlichen Politikbereichen Berücksichtigung findet und sich ein Health-in-all-Policies Ansatz durchgesetzt hat. Die Fokussierung auf Sicherheitsfragen und die Betrachtung von globaler Gesundheitspolitik als Mittel zur Wahrung von Besitzstand und Privilegien in der ungleichen Welt wird diesen Herausforderungen nicht ansatzweise gerecht.



**Jens Holst**

# Kurzbiografien

## Referent\_innen und Moderatorinnen in alphabetischer Reihenfolge

**Suzanne Edwards** arbeitet als freiberufliche Wissenschaftlerin und Politikberaterin in Berlin. Der Fokus ihrer Arbeit liegt auf Aspekten von pharmazeutischen Marktversagen und Lösungsvorschläge durch unterschiedliche Interessensvertretungen wie der Zivilgesellschaft, Unternehmen und politischen Entscheidungsträgern. Suzanne Edwards Arbeitsschwerpunkt liegt traditionell auf vernachlässigten Tropenkrankheiten und Antibiotika, findet jedoch zunehmend im Feld der Infektionskrankheiten Anwendung.

**Dr. Odile Frank** ist Präsidentin des NGO Forum for Health, Sonderbeauftragte des International Council on Social Welfare [ICSW] bei den VN und ihrer Sonderorganisationen in Genf sowie Vorsitzende des Geneva Global Health Hub [G2H2]. Sie arbeitete zu Gesundheitsthemen bei der OECD, der NGO Population Council, der WHO, den VN, der ILO und zuletzt bei Public Services International.

**Thomas Gebauer** ist Diplom-Psychologe und seit 1996 Geschäftsführer der Frankfurter sozialmedizinischen Hilfs- und Menschenrechtsorganisation medico international. Arbeitsschwerpunkte sind die normativen und institutionellen Grundlagen globaler Gesundheit sowie die kritische Auseinandersetzung mit NGO-Politik.

**Dr. Rachel Hammonds** ist Post-Doc in der Forschungsgruppe Law and Development an der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Antwerpen in Belgien. Sie leitet eine Forschungsgruppe zu den Herausforderungen bei der lokalen Umsetzung von Menschenrechten. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Schnittstelle von Entwicklungspolitik, Gesundheit und Menschenrechten. Zudem ist Dr. Rachel Hammonds als Beraterin internationaler Organisationen, wie beispielsweise der WHO und UNAIDS tätig.

**Dr. Tine Hanrieder** ist Leiterin der Nachwuchsgruppe Globale humanitäre Medizin am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Ihre Forschungsthemen sind internationale Organisationen, Weltgesundheitspolitik, Internationale Politische Theorie und Transnationale Medizinsoziologie. Momentan leitet sie das Forschungsprojekt zu Verbreitung humanitärer Praktiken zwischen Kuba, den USA, Frankreich und Haiti.

**Dr. Dr. Jens Holst**, Arzt und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet als Berater in den Bereichen Gesundheitsfinanzierung und soziale Sicherung in Entwicklungs-, Schwellen- und Industrieländern mit den Schwerpunkten Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse und -forschung. Momentan hat er eine Vertretungsprofessur an der Hochschule Fulda.

**Anne Jung** ist Politikwissenschaftlerin und Gesundheitsreferentin bei der sozialmedizinischen Hilfs- und Menschenrechtsorganisation medico international. Ihre Arbeitsbereiche sind u.a globale Gesundheit, internationale Handelbeziehungen und Rohstoffhandel.

**Knut Lambertin** ist Referatsleiter für Gesundheitspolitik und Krankenversicherungen beim Deutschen Gewerkschaftsbund. Er beschäftigt sich mit Grundsatzfragen von Gesundheitspolitik sowie der Koordination der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung.

**Dr. Anne Roemer-Mahler** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für globale Gesundheitspolitik und Dozentin für Internationale Beziehungen an der Universität Sussex. Ihre Forschung fokussiert sich auf die Rolle von Pharmaunternehmen in der globalen Gesundheitspolitik, globale Gesundheitssicherung und Pandemievorsorge. Sie arbeitet außerdem an einem Projekt zu Antibiotikaresistenz in Afrika.

**Linda Mans** ist Fachreferentin für globale Gesundheit bei Wemos, einer Nicht-Regierungsorganisation welche weltweit für den Schutz von öffentlicher Gesundheit eintritt. Thematische Schwerpunkte von Linda Mans sind Regierungsführung und Personalwesen für globale Gesundheit. Linda Mans koordiniert die Arbeitsgruppe zu Personalwesen von Medicus Mundi International – Network Health for All. Sie studierte Gesundheitswissenschaften an der Universität Maastricht und arbeitete als Wissenschaftlerin und Beraterin für verschiedene Universitäten und Non-Profit-Organisationen.

**Dr. Amit Sengupta** ist Arzt aus Indien. Er arbeitet zu öffentlicher Gesundheitspolitik, zu Pharmapolitik sowie zu geistigen Eigentumsrechte. Seit 30 Jahren ist Dr. Amit Sengupta Mitglied und einer internationalen Koordinato-

ren dem People's Health Movement (PHM) und Mitglied des indischen People's Science Movement.

**Prof. Dr. Hortense Slevogt** schloss ihr Medizinstudium an der Charité-Universitätsmedizin in Berlin ab, ist Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie. Seit 2011 ist sie Professorin für Immunologie schwerer Infektionskrankheiten an der Friedrich-Schiller Universität in Jena. Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt in der Erforschung von Wirt-Erreger Wechselwirkungen von Infektionskrankheiten. Ihr aktuelles Forschungsprojekt beschäftigt sich mit der Rolle von Mikroorganismen in akuten und chronischen entzündungsbedingten Atemwegserkrankungen.

**Dr. Christian Wagner-Ahlfs** arbeitet für die BUKO Pharma-Kampagne. Er ist Mitbegründer und leitender Redakteur der Zeitschrift „Gute Pille – Schlechte Pille“. Außerdem koordiniert er verschiedener Projekte zu Patentschutz, Zugang zu medizinischer Versorgung, alternativer Forschungspolitik und die Entwicklung neuer Arzneimittel.



Tine Hanrieder



Hortense Slevogt



Anne Jung



Linda Mans