

Globale Gesundheitspolitik

- für alle Menschen
an jedem Ort

**Grundlagen für eine künftige ressortübergreifende Strategie
für globale Gesundheit**

Zusammenfassung

Im Sommer 2013 hat die deutsche Bundesregierung das von fünf Ministerien ausgearbeitete Konzeptpapier „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ beschlossen. Die darin formulierten Vorschläge sollen dazu beitragen, die weltweite Zusammenarbeit wirksam im Sinne der Verbesserung der globalen Gesundheit zu nutzen. Ein solches Engagement ist erfreulich – und dringend erforderlich. Denn obwohl in einigen Gesundheitsfeldern in den vergangenen Jahrzehnten punktuell Verbesserungen erzielt worden sind, ist die Gesundheitslage an vielen Orten der Welt und für unzählige Menschen weiterhin dramatisch. Nach wie vor klaffen zwischen Nord und Süd wie auch zwischen Arm und Reich die Bedingungen für ein gesundes Leben in erschreckendem Maße auseinander – das betrifft sowohl die Versorgung im Krankheitsfall als auch den Schutz vor Gesundheitsgefährdungen und -belastungen. Mehr noch: Der vielerorts zu verzeichnende Abbau solidarischer Sicherungssysteme, aber auch wachsende soziale Ungleichheiten, der Klimawandel, eine schwindende Ernährungssouveränität und die Zunahme neuer Kriege haben die gesundheitlichen Risiken vielerorts erhöht.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Deutsche Plattform für globale Gesundheit (DPGG), die 2012 von Sozialverbänden, nicht-staatlichen Organisationen, Gewerkschaften und Wissenschaftlern gegründet wurde, intensiv mit dem Konzeptpapier der Bundesregierung auseinandergesetzt. Die Plattform begrüßt, dass die Bundesregierung die Dringlichkeit des Themas erkannt und sich bereit erklärt hat, die Herausforderungen der weltweiten Zusammenhänge von Gesundheit anzunehmen. Sie kommt jedoch zu dem Schluss, dass in dem Papier zentrale gesundheitspolitische Probleme nicht, nicht hinreichend oder gar fehlleitend adressiert werden. Auf den nächsten Seiten wird dies anhand einiger gesundheitsrelevanter Felder aufgezeigt, von Ernährungsfragen über die Migration von Gesundheitsfachkräften bis zum Klimawandel und die internationale Handels- und Steuerpolitik.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Bundesregierung in ihrem Konzeptpapier von einem verkürzten Gesundheitsbegriff ausgeht. So hat das Regierungshandeln in erster Linie „den Schutz der Bevölkerung in Deutschland“ zum Ziel – und damit nicht gleichrangig den von allen Menschen an jedem Ort.

Problematisch ist zudem der klinisch-medizinische Ansatz, mit dem sich die Bundesregierung globaler Gesundheit nähert. Dadurch geraten die sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen aus dem Fokus, die gesundheitsfördernd bzw. -erhaltend oder eben auch -gefährdend sein können. Ausgehend von einem solchen umfassenden Verständnis von Gesundheit kommt die Plattform an vielen Stellen zu anderen, deutlich weiterreichenden Schlüssen als die Bundesregierung.

Die nachfolgenden Ausführungen zeigen wesentliche Aspekte auf, die nach Ansicht der Plattform für eine Strategie, die den komplexen Anforderungen globaler Gesundheitspolitik gerecht wird, unverzichtbar sind. Denn ohne den Erhalt und den Schutz öffentlicher und solidarischer Gesundheitssysteme, den Kampf gegen gesundheitsgefährdende Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen und Strategien für mehr soziale Gerechtigkeit und Demokratie wird man dem Ziel einer globalen Gesundheit für alle Menschen an jedem Ort nicht entscheidend näher kommen. Die Plattform bietet der Bundesregierung ihre Unterstützung bei der Weiterentwicklung des Konzeptpapiers an.

Grundlagen für eine künftige ressortübergreifende Strategie für globale Gesundheit

In der globalisierten Welt des 21. Jahrhunderts ist Gesundheitspolitik keine nationale Angelegenheit. Wesentliche Einflussfaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen wirken weit über Ländergrenzen hinaus. Die Liberalisierung der internationalen Finanz- und Warenströme, die Praktiken transnationaler Konzerne, der Raubbau an den natürlichen Ressourcen der Welt, der Klimawandel und vor allem die beständig anwachsenden Ungleichheiten bei Einkommen und Vermögen haben erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen.

Die Internationalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft macht globales Handeln unumgänglich. „Globale Gesundheit“ ist zu einem wichtigen Politikfeld für Regierungen, nicht-staatliche Organisationen und andere gesundheitspolitische Akteure geworden. So ist es zu begrüßen, dass die deutsche Bundesregierung im Sommer 2013 ein von fünf Ministerien ausgearbeitetes, ressortübergreifendes Konzeptpapier mit dem Titel „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ vorgelegt hat. Damit hat das Thema Globale Gesundheit in der deutschen Regierungspolitik die dringend gebotene Aufwertung erfahren.

Die 2012 von Sozialverbänden, nicht-staatlichen Organisationen, Wissenschaftlern und Gewerkschaften gegründete „Deutsche Plattform für Globale Gesundheit“ (DPGG), die den engen Zusammenhang zwischen globaler und lokaler Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein rücken will, unterstützt das Anliegen globaler Gesundheitspolitik. Da Gesundheit nicht nur ein weltumspannendes Thema ist, sondern auch viele verschiedene Politikbereiche betrifft, sind ressortübergreifende und interdisziplinäre Ansätze überfällig. Das Papier der Bundesregierung weist tendenziell in die richtige Richtung, greift aber vielfach zu kurz und enthält auch Zielsetzungen, die sich bei genauerer Betrachtung als falsch erweisen.

Die Plattform bietet der neuen Bundesregierung ihre Unterstützung bei der dringend gebotenen Weiterentwicklung des Konzeptpapiers an. Dabei wären verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, die im bisherigen Konzept der Regierung zu kurz gekommen sind. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen wesentliche Aspekte auf, die für eine Strategie globaler Gesundheitspolitik unverzichtbar sind.

Globale Gesundheitspolitik muss alle Menschen weltweit im Blick haben.

Anders als die Bundesregierung, die in den Leitgedanken ihres Papiers globales Handeln mit dem Ziel begründet, zu „Schutz und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland“ beizutragen, sieht die Plattform globales Engagement als unabdingbare Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheit aller Menschen weltweit. Eine Gesundheitspolitik, die primär auf die Sicherung nationaler Territorien und Bevölkerungen etwa durch Abwehr grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren zielt, verträgt sich nicht mit dem universellen Anspruch der Menschenrechte, zu dem sich auch die Bundesregierung bekennt. Globale Gesundheitspolitik muss vielmehr Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage aller Menschen entwickeln und anwenden.

Selbstverständlich gehört zur Erhaltung und Förderung globaler Gesundheit auch die Kontrolle von Infektionskrankheiten und Epidemien im eigenen Land. Doch wenn es darum geht, „grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren wirksam (zu) bekämpfen“, darf sich dies nicht auf den „zunehmende(n) Handels- und Reiseverkehr“ (BMG 2013: 7) beschränken. Vielmehr muss die Gesamtheit der negativen Begleiterscheinungen der Globalisierung, angefangen von der zunehmenden sozialen Ungleichheit bis hin zum Klimawandel, in den Blick genommen werden. Die Lösung globaler Probleme erfordert deshalb auch politische Veränderungen im eigenen Land. Globale Gesundheitspolitik begründet sich nicht durch sicherheitspolitische Interessen und geht auch weit über eine bloße Gefahrenabwehr durch „Internationale Gesundheitsvorschriften“ hinaus.

Gesundheitsförderung statt Biomedizin

Im Unterschied zur Bundesregierung, die Gesundheit primär über „den Zugang zu Medikamenten, Technologien, Wissen und Forschung“ und „das notwendige medizinische Wissen ... sowie die hierfür erforderlichen technischen und finanziellen Mittel“ (BMG 2013: 7) fördern will, betrachtet die Plattform globale Gesundheitspolitik vor al-

lem als eine soziale und gesellschaftspolitische Herausforderung. Ein auf klinisch-medizinisches Handeln verengtes Verständnis von Gesundheit wird den komplexen Anforderungen globaler Gesundheitspolitik nicht gerecht.

In ihrer Gründungsakte definierte die WHO Gesundheit als „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet“ (WHO 1946). Ein solches umfassendes Gesundheitsverständnis lässt das Konzeptpapier der Bundesregierung vermissen. In der Tradition der von Paul Ehrlich geprägten deutschen Gesundheitsforschung reduziert sie Gesundheitsförderung vor allem auf Ansätze biomedizinischer Krankheitsbekämpfung und vernachlässigt dabei gesundheitspolitisches Handeln im Sinne von Rudolf Virchow, das die soziale Determinierung von Gesundheit im Blick hat und in erster Linie Public Health Ansätze verfolgt. Aufgrund der unzureichenden Beachtung der gesellschaftlichen Einflussfaktoren verkennt das Konzeptpapier der Bundesregierung mitunter Ursache und Wirkung und kommt so zu gesundheitspolitisch falschen Schlussfolgerungen.

Eine Vielzahl von Studien belegt, dass Gesundheit weit weniger von individuellem Verhalten, von gesundheitsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten oder dem Krankenversorgungssystem abhängt als von sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen. Notwendig ist deshalb ein interdisziplinäres Vorgehen, was ohne angemessene Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit, der Frage der Einkommensverteilung, der Lebens- und Arbeitsbedingungen, der Bildung, Umwelt und anderen gesellschaftlichen Einflussfaktoren, nicht gelingt. So wichtig eine gute medizinische Versorgung ist, hat sie doch geringeren Einfluss auf die gesundheitliche Lage von Menschen als menschenwürdige Lebensumstände.

Vor diesem Hintergrund ist globale Gesundheitspolitik immer auch als internationale Strukturpolitik zu verstehen, welche die universellen Rechte der Menschen ins Zentrum rücken und zugleich partikulare, namentlich wirtschaftliche Interessen in Frage stellen muss. Eine solche Politik geht über die Bereitstellung von Erfahrung, Expertise und Ressourcen hinaus, so wichtig diese auch sein mögen. Internationale Kooperation darf sich nicht auf das Kurieren von Symptomen beschränken, sondern muss die strukturellen Ursachen von Armut und Krankheit angehen. Nur ein umfassendes, interdisziplinäres Gesundheitsverständnis mit hinreichender Berücksichtigung der gesellschaftlichen Faktoren von Gesundheit kann den komplexen und dynamischen Anforderungen globaler Gesundheit gerecht werden.

Soziale Ungleichheit

Im reichen Deutschland sterben arme Männer im Schnitt 10,4 Jahre früher als wohlhabendere; bei Frauen beträgt der Unterschied 8,4 Jahre. Außerdem treten chronisch-degenerative Erkrankungen bei Armen früher auf als bei Bessergestellten; ärmere Männer und Frauen haben eine um mehr als 14 bzw. 9 Jahre geringere „gesunde Lebenserwartung“ als Wohlhabende. Im Vergleich zwischen reichen Ländern des Nordens und armen Ländern des Südens zeigen sich sozial bedingte Ungleichheiten bei den Gesundheits- und Lebenschancen von bis zu 30 Jahren.

Einkommen und Geld bedeuten nicht bloß Kaufkraft, sondern stehen in Marktgesellschaften auch für Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen, vom Wohnen und Zusammenleben über Bildung und Ernährung bis zu Freizeit und Sport. Überall wirken sowohl gesundheitsförderliche als auch krank machende Faktoren. Menschen mit mehr Geld haben durchweg mehr Teilhabe, mehr Gestaltungsspielraum, mehr Selbstbestimmung. Bei Menschen mit geringerem Einkommen hingegen treffen stärkere Gesundheitsbelastungen auf geringere Gesundheitsressourcen. Folgen sind ein weniger achtsamer Umgang mit sich selbst und ein riskanteres Gesundheitsverhalten. Verhaltensbezogene Lebensstilfaktoren erklären die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen aber nur zum Teil. Der Rest ist direkt auf die unterschiedlichen Lebens- und Teilhabechancen zurückzuführen. Auch stehen die Möglichkeiten zum Geldverdienen in engem Zusammenhang mit der Stellung im Beruf und berufliche Karrieren hängen wiederum stark mit der Bildung zusammen.

In den unteren Etagen der Arbeitswelt sind nicht nur die Verdienstmöglichkeiten geringer, auch sind Arbeit und Arbeitsbedingungen mit einem überdurchschnittlich hohen Erkrankungsrisiko verbunden. Ausbildung, Einkommen und Stellung im Beruf haben großen Einfluss auf die Chancen für ein sozial und gesundheitlich gelingendes Leben – von Anfang an. Für Kinder aus armen Haushalten sind die emotionalen, kognitiven, sozialen und materiellen Hürden auf dem Weg zum Erwachsenenwerden von vornherein höher und weniger berechenbar. Es fehlt dabei nicht nur an Geld, sondern auch an Selbstwertgefühl, an positiven Erfahrungen und am Vertrauen auf die Verlässlichkeit gegenseitiger Unterstützung.

Die Korrelation zwischen Einkommen und Gesundheit lässt hierzulande oberhalb von ca. 30.000 Euro netto pro Jahr und Person nach. Der Zugewinn an Gesundheit und Lebenserwartung durch mehr Geld wird dann immer geringer – exorbitante Gehälter haben also keine positive Wirkung auf die Gesundheit. Je ungleicher das Einkom-

men in einer Bevölkerung verteilt ist, desto schädlicher wirkt sich dies jedoch auf die unteren Schichten aus. Die Zufriedenheit der reichen Bevölkerung ist in Ländern mit mehr sozialer Gleichheit ebenfalls höher. „More equal societies almost always do better“, resümierte der britische Sozialepidemiologe Richard Wilkinson. Soziale Ungleichheiten sind nicht nur eine Herausforderung für die nationale, sondern auch für die globale Gesundheitspolitik.

Gute Arbeit, schlechte Arbeit

In Deutschland wie überall auf der Welt verstärkt die zunehmende Unterordnung des Wohlbefindens und der Gesundheitschancen der arbeitenden Bevölkerung unter Gewinnstreben und Wirtschaftswachstum die Folgen sozialer Ungleichheit. Im globalen Wettbewerb gelten geringe Bezahlung, ausbeuterische und damit krank machende Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzunsicherheit sowie schwache Gewerkschaften vielfach als positive Standortfaktoren. Sie haben jedoch erhebliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. Noch schlimmer ist die Lage für Menschen ohne Erwerbsarbeit, denn sie leiden unter deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen und verkürzter Lebenserwartung. Die Gesundheitsgefährdung von 21 Millionen Zwangsarbeitern – davon fast eine Million allein in der Europäischen Union (EU) – und 215 Millionen Kinderarbeitern weltweit ist kaum abzuschätzen. Belastende, gesundheitsschädliche und ausbeuterische Arbeitsbedingungen gehen einher mit anderen Gefahren des 21. Jahrhunderts wie der allgemeinen Verschlechterung der Umweltbedingungen und zunehmender sozialer Ungleichheit. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) hat in ihrer Decent Work Agenda Grundsätze und Prioritäten für die menschenwürdige Gestaltung der weltweiten Arbeits- und Lebensbedingungen definiert.

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit setzt sich für ein Ende der ungezügelter Marktpolitik und der neoliberalen Ideologie mit ihren krank machenden Folgen ein. Es bedarf einer verantwortungsvollen, demokratischen Steuerung der Weltwirtschaft, die ökonomische, soziale und ökologische Gesichtspunkte beachtet und Interessen in Einklang bringt. In einer ressortübergreifenden Gesundheitsstrategie kommt der universellen Achtung grundlegender Arbeitnehmerrechte und einer menschenwürdigen Arbeit für Alle zentrale Bedeutung zu. Eine kritische Überprüfung der Wachstumsideologie, eine gerechtere Einkommensverteilung, die Beendigung der Massenarmut sowie der Abbau der Ungleichheiten innerhalb der Länder und zwischen den Nationen sind hierfür unerlässlich.

Soziale Absicherung

Deutschland gilt als Wiege umfassender Sozialversicherungssysteme und weltweit noch immer als erfolgreiches Beispiel für universelle soziale Absicherung. Darauf bezieht sich auch die Bundesregierung, wenn sie international für grundlegende sozialpolitische Werte eintritt: „Soziale Sicherheit, Solidarität und universeller Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten sind Werte, die Deutschland aufgrund eigener Erfahrungen besonders glaubwürdig im globalen Kontext geltend machen kann“ (BMG 2013: 12). Tatsächlich gehören die Bundesrepublik wie die meisten EU-Nachbarn zu den Ländern, die ihren Bürgern umfangreichen Sozialschutz gewährleisten und sich in den letzten Jahren auch auf internationaler Ebene für verbesserte soziale Absicherung einsetzen. Doch die Überzeugungskraft des deutschen Exportschlagers „Universelle Soziale Absicherung“ verliert nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Entwicklungen in Deutschland an internationaler Strahlkraft. Die Ideologie einer neoliberal überhöhten Eigenverantwortung verdrängt zunehmend die traditionellen Eckpfeiler Solidarität und gesellschaftliche Umverteilung.

Auch weckt die gegenwärtige Krisenpolitik Deutschlands und der EU zunehmende Zweifel an der Ernsthaftigkeit eines Engagements für umfassende soziale Sicherungssysteme. Mit ihrer Politik innerhalb der EU und ihrem harten Sparkurs gegenüber krisengeschüttelten Mitgliedsländern trägt die Bundesregierung maßgeblich dazu bei, bestehende Sozial- und Gesundheitssysteme auszuhöhlen. In krassm Widerspruch zu ihrem internationalen Diskurs steht beispielsweise ihre Politik gegenüber Griechenland, wo mittlerweile jeder Dritte nicht mehr krankenversichert ist.

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit versteht universelle Absicherung als Anspruch aller Menschen auf umfassende medizinische Versorgung im Bedarfsfall und Schutz vor finanzieller Überlastung. Die Verantwortung für die Verwirklichung dieses verbrieften Menschenrechts auf soziale Sicherheit liegt bei den Staaten. Das Bekenntnis zur Universalität muss sich auf globaler Ebene wie auch innerhalb der EU in einem klaren Engagement für den Auf- und Ausbau sozialer Sicherungssysteme niederschlagen.

Ernährungssouveränität

Der Hunger in der Welt stellt eine besonders schwerwiegende Bedrohung der globalen Gesundheit dar. Unter-, Mangel- und Fehlernährung erhöhen die Anfälligkeit ge-

genüber Krankheiten und verursachen vorzeitigen Tod. Hunger verhindert eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung, die Leistungsfähigkeit der Einzelnen und damit die wirtschaftliche und allgemeine Entwicklung eines Landes. Dabei besteht ein Teufelskreis aus Hunger und Armut. Ernährungssouveränität und Zugang aller Menschen zu ausreichender Nahrung sind daher unabdingbare Voraussetzungen für globale Gesundheit.

Der Mangel an Nahrungsmitteln, der in manchen Regionen der Welt herrscht, ist weniger eine Folge von Dürren oder anderen Naturkatastrophen, so dramatisch diese auch sein mögen. Er ist vielmehr Ergebnis der ungerechten weltweiten Einkommen und ihrer Verteilung. Schon heute würden die vorhandenen agrarwirtschaftlichen Produktionskapazitäten ausreichen, um selbst eine für 2050 prognostizierte Weltbevölkerung von 9,2 Milliarden Menschen zu ernähren. Dem steht allerdings ein Agrarmodell entgegen, das nicht auf Ernährungssouveränität, sondern auf größtmöglichen privaten Gewinn zielt.

Um eine ausreichende Nahrungsmittelversorgung für alle zu gewährleisten, muss an die Stelle der heute vorherrschenden exportorientierten industrialisierten Landwirtschaft ein Produktionsmodell treten, das auf bäuerlicher Erzeugung für regionale Märkte beruht. Die Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung der Weltbevölkerung erfordert weder den massiven Einsatz künstlicher Düngemittel- und Schädlingsbekämpfungsmitteln noch industrielle Massentierhaltung und auch keine Gentechnologie. Nicht die billige Massenerzeugung von ernährungsphysiologisch vielfach geringwertiger Nahrung für den Weltmarkt ist die Lösung, sondern der selbstbestimmte und souveräne Zugang der landwirtschaftlichen Produzenten zu Saatgut, Wissen und Maschinen.

So erfordert ein Bemühen um globale Gesundheit auch die (Wieder)-Herstellung von Ernährungssouveränität, die sich nicht allein an Kalorienzahlen orientieren darf. Sie muss gleichzeitig die Biodiversität und Angebotsvielfalt bei Nahrungsmitteln sichern, auf die Verhinderung von Bodenverdichtung und -degradation achten und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen der Agrochemie thematisieren. Zudem ist der Anbau gentechnisch veränderter Nahrungsmittel in den Blick zu nehmen, der heute mehr und mehr die Ernährungssouveränität bedroht. Dieser Wirtschaftszweig ist weltweit durch eine Oligopolstruktur gekennzeichnet. Wer sich als Landwirt auf den Anbau gentechnisch veränderter Nutzpflanzen einlässt, begibt sich in dauerhafte Abhängigkeit großer multinationaler Konzerne wie Monsanto und Syngenta, die bei jeder neuen Aussaat Lizenzgebühren eintreiben oder ihr Saatgut so modifiziert haben, dass es sich nicht für eine erneute Aussaat eignet.

Aufgrund der ungleichen Marktmacht wird die weitere Zulassung von Gentechnologie in der Agrarproduktion unmittelbar zur weiteren Zerstörung regionaler Landwirtschaft beitragen und damit der weltweiten Ausbreitung von Hunger und Mangelernährung mit ihren unvermeidlichen gesundheitlichen Folgen Vorschub leisten. Betroffen sind in erster Linie die armen Länder des Südens, obwohl die Folgen weit darüber hinausreichen könnten. Denn die gesundheitlichen Langzeitwirkungen von Genfood auf Mensch und Tier sind noch immer weitgehend unbekannt.

Solange es internationalen Handel mit industriell gefertigten Nahrungsmitteln gibt, erfordert globale Gesundheitspolitik wirksamere Kontrollen und gezielte Strategien zur Vermeidung von gesundheitsschädigenden Wirkungen aufgrund vorrangig kommerzieller Interessen. So hat der Handel mit Softdrinks und gezuckerten Nahrungsmitteln in armen wie in reichen Ländern erheblich zur Fettleibigkeit und zur Entstehung nicht-übertragbarer Krankheiten beigetragen. Auch der subventionierte Export von europäischem Milchpulver, Geflügel oder Tomatenmark zerstört mit Dumpingpreisen lokale Märkte in anderen Ländern und fördert damit den Hunger. Unzulängliche Regelungen für den internationalen Handel mit Fleisch lassen es derzeit zu, dass bedenkliche Schlachtabfälle, die eigentlich kostenpflichtig zu entsorgen wären, gewinnbringend in den armen Ländern des Südens landen. In all diesen Bereichen ist internationales Handeln gefragt.

Handels- und Steuerpolitik

Globale Gesundheitspolitik muss auch angemessene handelspolitische Regulierungen anstreben. Der internationale Warenaustausch und die damit verbundene internationale Arbeitsteilung mit der Auslagerung von Arbeitsplätzen in Länder mit niedrigen Löhnen und unzureichenden Arbeits- oder Umweltschutzstandards sind von immenser Bedeutung für die globale Gesundheit. Die dadurch verursachten Gesundheitsgefährdungen sind erheblich und zeigen sich nicht nur in der Textilindustrie, wo immer wieder schwere Unfälle passieren. Auch in anderen Branchen der globalisierten Rohstoff-, Waren- und Dienstleistungsproduktion bestehen sklavenähnliche, menschenrechtswidrige und in jeder Hinsicht gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen.

Ein ernst zu nehmender Einsatz für globale Gesundheit darf die krank machenden Gefahren, die von der Internationalisierung der Produktion ausgehen, nicht ausblenden. Wichtige Schritte zur Verbesserung der globalen Gesundheit wären die Bindung von Importen an die Einhaltung

von Arbeitsschutzstandards in den Herstellerländern und die angemessene Beteiligung der Arbeiter im Süden an der Wertschöpfungskette durch gerechte Entlohnung. Dafür muss die Bundesregierung auch verstärkt ihren extraterritorialen Staatenpflichten bei Menschenrechtsverstößen durch transnationale Konzerne nachkommen, die ihren Sitz in Deutschland haben.

Erhebliche Gesundheitsgefährdungen gehen von den Economic Partnership Agreements der EU aus, die von den Partnerländern im Süden verlangen, ihre Märkte zu öffnen und auf Importzölle zu verzichten. Solche Freihandelsabkommen tragen aber in den Ländern des Südens zur Zerrüttung der sozialen Verhältnisse bei. Wenn traditionelle Bereiche der heimischen Wirtschaft mit den kostengünstigen, mitunter subventionierten Waren – beispielsweise Agrarerzeugnissen aus Europa – nicht mithalten können, sinkt die Wirtschaftskraft und es kommt zu einer prekären Kombination aus Einkommenserosion, De-Industrialisierung, Entwurzelung von Arbeitskräften, Haushaltsengpässen und anderen wachstumsmindernden Effekten. Damit verkleinern Freihandelsabkommen den fiskalischen Spielraum armer Länder und erschweren Investitionen der öffentlichen Hand in Infrastruktur, Wirtschaftsentwicklung und Daseinsfürsorge einschließlich der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Das hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensverhältnisse, die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Bemühungen vieler Entwicklungs- und Schwellenländer, trotz schrumpfender Etats universeller sozialer Absicherung im Krankheitsfall näher zu kommen.

Politische Gemeinwesen können ihrer Verpflichtung, für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu sorgen, nur nachkommen, wenn es ihre fiskalischen Möglichkeiten zulassen. Die Finanzierung von Gesundheit erfordert so eine wirksame Steuererhebung, zu der neben der Besteuerung globaler Gewinne auf internationaler Ebene auch die Schließung von Steueroasen, die Bekämpfung von Steuerhinterziehung bzw. des Wettlaufs um Steuerdumping gehören. Eine kohärente globale Gesundheitspolitik muss auf internationaler Politikebene (EU, G20, OECD) – beispielsweise bei den laufenden Verhandlungen über internationale Steuerpolitik – auf notwendige Regulierung drängen.

Wie globale Gesundheitspolitik mit den Gesundheitsgefährdungen umgehen kann, die vom weltweiten Handel ausgehen, lässt sich beispielhaft an der WHO-Tabakrahmenkonvention erkennen. Vergleichbare internationale Vorgaben sind auch für die Handelspolitik erforderlich, um den Ländern die Möglichkeit zu geben, gesundheits-schädigende Produkte oder ihre Bewerbung zu besteuern

und die Einfuhr gesundheitsgefährdender Erzeugnisse oder Lebensmittel wie Softdrinks zu beschränken.

Krankheitswirtschaft

Arzneimittel und Medizintechnik spielen weltweit eine wichtige Rolle in der Behandlung und Verhütung von Krankheiten. Sie stehen aber gleichzeitig für mächtige Wirtschaftsinteressen und hohe Profitraten. Da die Pharmaindustrie ihre Produktentwicklung stärker nach Gewinnerwartungen als nach dem medizinischen Bedarf ausgerichtet, vermarktet sie auch Produkte ohne erwiesenen Nutzen. Gleichzeitig stehen einem Drittel der Weltbevölkerung nicht einmal die wichtigsten Arzneimittel zur Verfügung. Von den Irrationalitäten des Pharmamarktes sind ärmere Länder aufgrund knapper Ressourcen besonders betroffen. Hohe Preise für wenige wichtige Produkte wie AIDS-Medikamente sprengen das verfügbare Budget. Dafür sorgt ein zwanzigjähriger Patentschutz auf Arzneimittel, den die Welthandelsorganisation auf Drängen der großen Pharmakonzerne vorschreibt.

Wenn Profitinteressen und Aktionärerwartungen das Verhalten der „Gesundheitswirtschaft“ bestimmen, drohen deren Produkte mehr Schaden als Nutzen für die globale Gesundheit zu bringen und den Ausgabendruck auf öffentlich finanzierte soziale Sicherungssysteme unnötig zu erhöhen. Globale Gesundheitspolitik muss verhindern, dass Arzneimittel und Medizinprodukte zum Spielball transnationaler Pharmakonzerne werden, und den Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln garantieren. Jeder Versuch, durch bilaterale Verträge mit ärmeren Ländern den Patent- und Unterlagenschutz bei Arzneimitteln zu verlängern und damit multilaterale Abkommen zu unterlaufen, widerspricht dem Anliegen, Gesundheit weltweit zu verbessern. Notwendig ist eine grundlegende Reform des Patentsystems, das gegenwärtig vor allem ein strategisches Instrument ökonomischer Vorherrschaft ist.

Globale Gesundheitspolitik muss auf eine Reform des herrschenden Forschungsparadigmas drängen. Die bestehende patentgestützte Forschung, die sich über öffentliche und individuelle Gesundheitsausgaben refinanziert, verhindert eine systematische Beforschung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Armen. Abhilfe könnte der Vorschlag einer WHO-Expertengruppe schaffen, Forschung und Entwicklung von essenziellen Arzneimitteln zu einer öffentlichen und öffentlich finanzierten Aufgabe zu machen. Staatliche Forschungsförderung, die allein den Interessen des Gemeinwohls und nicht der Industrie verpflichtet ist, begünstigt auch die Abkehr von der Entwicklung teurer (Schein-) Innovationen mit fragwürdigem

Nutzen hin zu einer Forschung, die stärker auf die Behandlung weltweit vorherrschender Krankheiten ausgerichtet ist. Alternativen für Forschungs-, Zulassungs- und Patentierungsmodelle erfordern eine stärkere öffentliche Gestaltung der Arzneimittelforschung – nicht nur wegen des überragenden öffentlichen Interesses, sondern auch, weil ihre Finanzierung überwiegend über öffentliche, solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme erfolgt.

Die Pharmaindustrie ist keineswegs die einzige Sparte der deutschen Exportwirtschaft im Bereich der Krankenversorgung, die bedenkliche Auswirkungen für die Gesundheit haben kann. Nicht erst die konservativ-liberale Regierungskoalition (2009–2013) unterstützte private Krankenversicherer, in Schwellen- und Entwicklungsländern Fuß zu fassen. Deren Angebot kommt allerdings bloß einer Minderheit zu Gute. Universelle Absicherung dagegen kann allein durch öffentliche Finanzierung gelingen. Private Krankenversicherungsunternehmen und die dahinter stehenden Finanzkonzerne beeinträchtigen die globale Gesundheit, indem sie Sozialausgleich und Umverteilung verhindern und universelle Sicherung erschweren.

Migration von Gesundheitsfachkräften

Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal ist ein zunehmendes Problem. In Deutschland steht der Bedarf an Kranken- und Altenpflegekräften im Vordergrund. Abhilfe sollen Pflegekräfte aus dem Osten und Süden schaffen. Die deutsche Bundesregierung und Arbeitgeberverbände werben zunehmend um Pflegepersonal aus Vietnam, China, Tunesien, den Philippinen und armen oder krisengeschüttelten EU-Ländern. Dabei kommen auf jeden Deutschen mehr als zehn Mal so viele Gesundheitsfachleute wie beispielsweise in Vietnam.

Staatlich geförderte Anwerbeabkommen zwischen reichen und ärmeren Ländern unterstützen die weltweite Migration von Ärzten und Pflegekräften. Die Plattform begrüßt, dass sich die Bundesregierung an internationale Standards und WHO-Empfehlungen hält und in ihrem Konzeptpapier zu Globaler Gesundheit den hohen Stellenwert des WHO-Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Medizinischen Fachkräften (WHO 2010) betont. Sie unterstützt insbesondere die Verpflichtung, kein Gesundheitspersonal aus Ländern anzuwerben, die unter einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften leiden (BMG 2013: 20).

Ein anderer wesentlicher Aspekt des WHO-Kodexes hingegen findet im Konzeptpapier wie in der hiesigen De-

batte auffallend wenig Beachtung. Neben Regelungen zur Steuerung der Migration von Gesundheitsfachkräften enthält er auch die Forderung, durch Ausbildung einheimischen Personals den Bedarf an internationaler Abwerbung möglichst gering zu halten (WHO 2010, S. 5). Mittlerweile ist der Pflegeberuf in Deutschland aber so unattraktiv geworden, dass Arbeitgeber inzwischen auf dem Weltmarkt nach Arbeitskräften suchen müssen, die bereit sind, unter den zunehmend schlechten Einkommens- und Arbeitsbedingungen zu arbeiten. Dazu hat auch die Einführung des Fallpauschalensystems beigetragen, das Krankenhäuser in eine unternehmerische Logik zwingt.

Verantwortliche globale Gesundheitspolitik darf nicht ausblenden, dass der Mangel an Pflegekräften auch in Deutschland hausgemacht ist und daher auch zuallererst über den heimischen Arbeitsmarkt behoben werden muss. Die Abwerbung von Fachkräften aus anderen Ländern gefährdet die angemessene Versorgung der Bevölkerung in den Herkunftsländern und das von der Bundesregierung unterstützte zentrale Menschenrecht auf Gesundheit und universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten (BMG 2013: 2). Die Beschäftigung von Fachkräften aus Ländern des Südens erfordert unabdingbar eine Kompensation durch technisch-medizinische und anderweitige Unterstützung, um die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer zu stärken und die Arbeitsbedingungen für das einheimische Personal zu verbessern.

Klimawandel

Der Klimawandel und die Erderwärmung mit zunehmenden Gefahren von extremen Wetterereignissen wie Wirbelstürmen und Hitzewellen sowie steigendem Meeresspiegel gehören fraglos zu den größten Bedrohungen globaler Gesundheit. Derartige Extremereignisse gefährden vor allem jene Menschen, die am wenigsten für den Klimawandel verantwortlich sind. Gerade die Armen in Entwicklungsländern sind in die am stärksten gefährdeten Gebiete wie Überschwemmungszonen oder Hanglagen abgedrängt worden. Die Gefahr für Leib und Leben ist dort besonders groß, wo Infrastruktur, Katastrophenpläne oder andere Schutzvorkehrungen fehlen und sich so im Katastrophenfall auch Infektionskrankheiten schneller ausbreiten können. Globale Erwärmung und Klimawandel drohen damit, die im letzten Jahrhundert erreichten gesundheitlichen Erfolge zunichte zu machen.

Auch Hitzewellen und Dürreperioden gefährden das Leben von Millionen Menschen und verwandeln fruchtbares Land in Wüste. Höhere Temperaturen erweitern die

Lebensräume z.B. von Stechmücken und können so zur Ausbreitung von Malaria oder Dengue beitragen, für die es bisher weder Impfschutz noch kausale Therapien gibt. Steigende Meeresspiegel werden Flucht und Migration in gemäßigte Klimazonen verstärken – so auch nach Deutschland.

Eine kohärente globale Gesundheitspolitik verlangt unmittelbares Handeln. Stattdessen werden aber bereits vereinbarte Klimaschutzziele aufgeschobene und wieder abgeschwächt. Ziel muss eine drastische Reduktion des CO₂-Ausstoßes und anderer Schadstoffemissionen sein. Als Mitverursacher des Klimawandels trägt Deutschland eine besondere Verantwortung. Es muss ärmere Länder technisch wie finanziell unterstützen, z.B. beim Aufbau von Frühwarnsystemen und Bewältigungskapazitäten – und gleichzeitig am Umbau der eigenen umweltgefährdenden Wirtschaft arbeiten. Dabei gehören auch Alternativen zur gegenwärtigen Wachstumsstrategie auf die Tagesordnung einer globalen Gesundheitspolitik.

Atom- und Energiepolitik

Ein wichtiges Thema ist dabei die Energiegewinnung. Die Umwelt- und Gesundheitsschäden durch die Nutzung fossiler Brennstoffe sind seit Langem ein globales Problem. So hat die Luftverschmutzung im Norden Chinas die Lebenserwartung der Bevölkerung um fünf Jahre gesenkt. Bei der Verarbeitung, Anreicherung oder Wiederaufbereitung von Uran für militärische oder zivile Zwecke fallen große Mengen an radioaktivem Abfall an, der meist im Meer landet. Der Abbau von Uran-Vorkommen in Entwicklungs- und Schwellenländern wie Brasilien, Niger oder Tansania findet unter Bedingungen statt, die erhebliche Umweltschäden in Kauf nehmen und keine Rücksicht auf die Gesundheit der Arbeiter und ihrer Nachkommen nehmen. Die Unfälle von Tschernobyl und Fukushima sind nur die Spitze eines Eisbergs, die Katastrophenliste bei der Atomenergienutzung ist lang. Völlig ungeklärt ist zudem die Entsorgung des Atommülls, der strahlende Abfall wird weltweit die Gesundheit vieler Generationen gefährden.

Die Plattform begrüßt die Entscheidung Deutschlands für den Ausstieg aus der Atomenergie als wesentlichen Schritt zur Förderung der globalen Gesundheit. Andere Länder müssen diesem Beispiel folgen, um strahlungsbedingte Schäden für die Gesundheit weltweit zu senken. Dabei sollte Deutschland andere, insbesondere finanzschwache Länder finanziell und mit technischem Wissen beim Rückbau von Atomanlagen und insgesamt bei der Umstellung ihrer Energieversorgung auf erneuerbare Energien zur Seite stehen.

Ein Wechsel von der Kernenergie auf fossile Brennstoffe wie bei der Kohleverstromung wäre dabei allerdings nicht nur aus gesundheitspolitischer Perspektive ein Irrweg. Denn neben der verstärkten Luftverschmutzung in den betroffenen Ländern würde der erforderliche globale Kohleabbau und -handel zum gesundheitsschädlichen und energiewirtschaftlich überflüssigen Bergbau und Transport beitragen. Aufgrund ihrer massiven Folgen für Umwelt und Gesundheit ist der Umstieg von der Nutzung fossiler Ressourcen wie Braun- und Steinkohle sowie der Atomkraft auf erneuerbare, relativ umwelt- und gesundheitsverträgliche Ressourcen mit Nachdruck zu verfolgen.

Im Kontext von globaler Gesundheit und Kernenergie darf auch deren militärische Nutzung nicht ausgeblendet werden. In den vergangenen sieben Jahrzehnten haben mehr als 2.000 Atomwaffentests den Globus mit radioaktivem Niederschlag überzogen und insbesondere im Umfeld der Testgebiete die Zahl von Krebserkrankungen, Missbildungen und Fehlgeburten hochschnellen lassen. Aber auch die zivile Nutzung der Atomenergie gefährdet die Gesundheit. So wurde ein signifikanter Anstieg der Leukämierate bei exponierten Kindern festgestellt.

Rüstung und Krieg

Die Gefahr, die von Kriegen, bewaffneten Konflikten und Waffen aller Art für die körperliche Unversehrtheit und damit für die Gesundheit ausgeht, beschränkt sich keineswegs auf die atomare Rüstung. Überall auf der Welt töten und verletzen vor allem Kleinwaffen Jahr für Jahr 50.000 bis 100.000 Menschen, die Zahl der Verletzten ist kaum abzuschätzen. Indirekte negative Folgen für die Gesundheit ergeben sich durch massive Auswirkungen der bewaffneten Gewalt auf Infrastruktur, Arbeits- und Lebensbedingungen, auf die Nahrungsmittel- und medizinische Versorgung und nicht zuletzt durch die psychische Belastung. Die wirtschaftlichen Schäden durch bewaffnete Auseinandersetzungen und Kriege belaufen sich jedes Jahr auf Hunderte Milliarden Euro. Zusätzlich beflügeln sie eine Spirale der Gewalt mit erschreckenden Opferzahlen, traumatisierten Bevölkerungen und von Bürgerkriegen sowie interner Gewalt zerriebenen Staaten.

Nicht erst seit dem Zweiten Weltkrieg hat Deutschland eine besondere Verantwortung für den Frieden. Als drittgrößter (bei Kleinwaffen sogar zweitgrößter) Waffenexporteur der Welt steht es in der Pflicht, den Handel mit Waffen einzudämmen und möglichst zu unterbinden. Tatsächlich steigt der Wert deutscher Rüstungsexporte allerdings seit Jahren an, unabhängig von den jeweils regierenden

Parteien. Waffen gehen dabei nicht nur an „befreundete“ Länder, sondern auch an Staaten mit zweifelhafter Menschenrechtslage oder gewaltsamen Konflikten wie Mexiko, Saudi-Arabien oder Libyen.

Globale Gesundheitspolitik darf sich nicht auf verbale Forderungen nach einer friedlichen Lösung von Konflikten beschränken. Ein wirksamer Beitrag, den Deutschland zur Verbesserung der globalen Gesundheit leisten könnte, wäre ein Rüstungskonversionsprogramm, das auf Waffenexporte gänzlich verzichtet, die Rüstungsausgaben begrenzt, den Ausstieg aus der Waffenproduktion vorbereitet und die Überführung der hierzulande etwa 80.000 Beschäftigten in andere Wirtschaftssparten erlaubt.

Auch bei den Verhandlungen über Nichtverbreitung und Abrüstung von Atomwaffen kann Deutschland Einfluss nehmen. Die Strategie der Friedensicherung über Abschreckung durch die immer noch vorhandenen etwa 20.000 Atombomben, deren Einsatz unabsehbare humanitäre und gesundheitliche Folgen hätte, führt sich selbst ad absurdum, zumal die Lagerung, Bewachung und Instandhaltung dieses Waffenarsenals Milliarden verschlingen.

Migration und Illegalität

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (DPGG) begrüßt das Eintreten der Bundesregierung für universellen Zugang zu gesundheitlicher Absicherung. Angesichts der steigenden Zahl Geflüchteter und Asylsuchender in Deutschland und Europa muss sich diese Position aber mehr denn je in der konkreten Regierungspolitik niederschlagen, deren Ziel es sein muss, bedarfsgerechten, freien Zugang aller Menschen zu den Leistungen des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Bisher haben aber hierzulande nicht alle Menschen Zugang zu medizinischer Versorgung. So beschränkt das Asylbewerberleistungsgesetz bei Geflüchteten und Asylsuchenden den Behandlungsanspruch auf akute Erkrankungen.

Bei Migranten ohne regulären Aufenthaltsstatus ist zwar die Meldepflicht durch die Behandler aufgehoben, aber, an der Kostenerstattung beteiligte Behörden sind verpflichtet, jeden irregulären Aufenthalt von Ausländern zu melden. Selbst Migranten aus EU-Mitgliedsstaaten, die sich legal in Deutschland aufhalten, bleibt der Zugang zum Gesundheitswesen oftmals versperrt. Wer nicht über eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abgesichert ist oder die Krankenkassenbeiträge selber aufbringen kann, bleibt vom deutschen System ausgeschlossen. Zwar können Betroffene medizinische

Leistungen über das Absicherungssystem ihres Herkunftslandes abrechnen, in der Praxis erweist sich das jedoch oft als unmöglich. Hinzu kommt die anhaltende Rechtsunsicherheit bezüglich der sozialrechtlichen Ansprüche von Unionsbürgern, da Behörden und Beratungseinrichtungen bestehende Regelungen uneinheitlich auslegen.

Tatsächlich sind viele in Deutschland lebende oder Asylsuchende Migranten auf parallele Strukturen angewiesen, die allerdings nicht annähernd hinreichende Versorgung leisten können. Das Recht auf Gesundheit für alle ist nur über den Zugang aller hier lebenden Menschen zur Regelversorgung zu gewährleisten. Dafür bedarf es neben der bundesweiten Einführung einer Gesundheitskarte der Abschaffung aller Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung im Asylbewerberleistungsgesetz. Asylsuchende und Geflüchtete müssen die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vollumfänglich in Anspruch nehmen können. Die anfallenden Behandlungskosten sind dabei den Krankenkassen aus Steuermitteln zu erstatten. Auch muss gewährleistet sein, dass Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus ohne Angst vor Weitergabe persönlicher Daten an die Ausländerbehörde medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können. Die DPGG lehnt zudem die sich abzeichnende Kürzung der Leistungsansprüche von EU-Bürgern aus anderen Mitgliedsstaaten ab und fordert stattdessen den systematischen Ausbau der Portabilität von Krankenversicherungs- und anderen Sozialleistungen in der EU.

Zusätzlich erfordert die zu erwartende Normalisierung von internationaler Migration die Entwicklung neuer Ansätze, wie die bereits in Hamburg erprobte stärkere Einbeziehung der Gesundheitsämter im Rahmen entsprechender Vereinbarungen mit den Kosten- und Leistungsträgern. Die möglichst frühe Einbindung flüchtender Menschen in die Regelversorgung und eine umfassende bedarfsgerechte medizinische Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die allseits geforderte erfolgreiche Integration der Menschen, die auf der Flucht vor Krieg, Elend, Ausgrenzung, Armut oder kollektiver Perspektivlosigkeit nach Europa kommen. Zudem wäre der ungehinderte Zugang aller hier eintreffenden Menschen zum Gesundheitssystem nicht nur humaner, sondern auch erheblich kostengünstiger als die zurzeit praktizierte Ausgrenzung. Im Mai 2015 forderte Bundeskanzlerin Merkel vor der Weltgesundheitsversammlung das Menschenrecht auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung für alle Menschen ein. Dieses Recht muss auch in Deutschland für alle gelten.

Demokratisierung der WHO

Als steuernde und koordinierende gesundheitspolitische Sonderorganisation der Vereinten Nationen hat die WHO den öffentlichen Auftrag, die Verwirklichung des universellen Rechts auf Gesundheit zu gewährleisten. Vor allem die chronische Unterfinanzierung hat aber in den letzten Jahren zu massiven Strukturproblemen beigetragen. So haben in erster Linie die zahlungskräftigen Mitgliedsstaaten dafür gesorgt, dass der WHO-Haushalt seit den 1980er-Jahren faktisch eingefroren ist. Da die Pflichtbeiträge der Mitgliedsländer heute nur noch ein Viertel des gesamten Etats ausmachen, ist die WHO in die Abhängigkeit von privaten Geldgebern geraten. Mittlerweile tummelt sich auf dem Gebiet der globalen Gesundheitspolitik eine Vielzahl von öffentlichen und privaten Organisationen wie der Globale Fonds gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), verschiedene Public Private Partnerships oder die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung. Das führt zur Fragmentierung der globalen Gesundheitspolitik und bietet ein Einfallstor für Partial- und Profitinteressen.

Eine ausreichende öffentliche, dem Gemeinwohl verpflichtete und demokratisch verwaltete Finanzierung ist Grundlage für die WHO. Die Plattform erwartet von der Bundesregierung, ihr Bekenntnis, demzufolge die WHO „im Mittelpunkt des Engagements der Bundesregierung in der globalen Gesundheitspolitik“ (BMZ 2013: 10) steht, erkennbar durch eine Erhöhung der Pflichtbeiträge und den konsequenten Einsatz für eine demokratische Reform zu untermauern. Ziel muss es sein, die Einflussmöglichkeiten kritischer Zivilgesellschaften zu erhöhen und mehr Partizipation zuzulassen. Nur als unabhängige Organisation mit einem klaren öffentlichen Mandat kann die WHO ihrem verfassungsmäßigen Auftrag nachkommen, das Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten.

Fazit

In der globalisierten Welt ist globale Gesundheitspolitik eine bedeutende wie auch vielschichtige Querschnittsaufgabe. Es ist ermutigend, dass die weltweiten Zusammenhänge von Gesundheit in den vergangenen Jahren verstärkt in den Blick gerückt sind. Und es ist gut, dass sich auch die Bundesregierung mit der Vorlage eines Konzeptpapiers dieser Herausforderung gestellt hat. Das vorgelegte Papier macht allerdings auch deutlich, wie weit der Weg zu einem umfassenden Verständnis von globaler Gesundheitspolitik und geeigneten politischen Strategien zur Verbesserung der weltweiten Gesundheit noch ist. Von partikularen nationalen und wirtschaftlichen Interessen getragene Ansätze, die wesentliche Einflussfaktoren ausblenden, geben keine

erfolgsversprechenden Antworten auf so drängende globale Gesundheitsprobleme wie die Zunahme nicht-übertragbarer Krankheiten, die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels oder das zunehmende Einkommensgefälle.

Den Willen der beteiligten Ministerien vorausgesetzt, hätte das Konzeptpapier der Bundesregierung erheblich weiter gehen können. Die Fakten und viele Zusammenhänge sind hinlänglich bekannt. Unter Berücksichtigung längst vorhandener sozial-epidemiologischer Erkenntnisse, unter Einbeziehung grundlegender Erkenntnisse der Public-Health-Wissenschaften sowie des weiten Erfahrungsschatzes von zivilgesellschaftlichen Akteuren aus Gewerkschaften, Sozialverbänden oder developmentpolitischen Organisationen hätte die Bundesregierung ein Konzept ausarbeiten können, das den komplexen Herausforderungen eher gerecht geworden wäre.

Es steht außer Frage, dass es die Bundesregierung besser machen könnte. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Verhandlungen über künftige Entwicklungs- und Nachhaltigkeitsziele ab 2015 könnte ein kohärentes und weniger von Partikularinteressen geleitetes Konzept dazu beitragen, angemessene Gesundheitsziele zu verankern und tragfähige Strategien zu deren Umsetzung zu empfehlen. Ihren programmatischen Wunsch, künftig mehr globale Verantwortung übernehmen zu wollen, könnte die Bundesregierung mit nichts besser beweisen als mit einer zukunftsweisenden globalen Gesundheitspolitik, die auf die Verwirklichung eines guten Lebens für Alle drängt und zugleich den sozialen Ursachen von Gesundheitsgefährdungen vorbeugt.

Auch wenn mit Blick auf den laufenden Post-2015-Prozess nun eine Chance vertan sein könnte, besteht für die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit kein Zweifel, dass der eingeschlagene Weg in die richtige Richtung führt. Dafür ist allerdings ein klares Bekenntnis zu einem menschenrechtlichen Verständnis erforderlich, das Gesundheit nicht als profitables „Geschäftsmodell“ begreift, sondern als Anspruch jedes Menschen. Die Krise der gegenwärtigen Gesundheitspolitik ist nicht zuletzt Folge des Gefangenseins in Einstellungen und Überzeugungen, die bestehende Probleme verlängern, nicht aber überwinden. „Probleme“, darauf hat schon Albert Einstein verwiesen, „kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind.“

Literatur

- Bithell, John; Keegan, Tom; Kroll, Mary; Murphy, Richard; Vincent, Kylie (2008): Childhood leukaemia near British nuclear installations: methodological issues and recent results. *Radiat Prot Dosimetry* 132 (2): 191-197. DOI: 10.1093/rpd/ncn254 (<http://rpd.oxfordjournals.org/content/132/2/198.full>).
- Bozorgmehr, Kayvan; Bruchhausen, Walter; Hein, Wolfgang; Knipper, Michael; Korte, Rolf; Razum, Oliver; Tinnemann, Peter (2014). The global health concept of the German government: strengths, weaknesses, and opportunities. *Global Health Action* 7: 23445. DOI: 10.3402/gha.v7.23445 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3925816/pdf/GHA-7-23445.pdf>).
- Bozorgmehr, Kayvan; Bruchhausen, Walter; Hein, Wolfgang; Knipper, Michael; Korte, Rolf; Razum, Oliver; Tinnemann, Peter (2013). Germany and global health: an unfinished agenda? *Lancet* 382 (9906): 1702-1703. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62400-9 ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62400-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62400-9.pdf)).
- Bundesamt für Strahlenschutz (2009): Epidemiologische Studie zu Kinderkrebs in der Umgebung von Kernkraftwerken – KiKK-Studie. Abschließende Stellungnahme. Bundesamt für Strahlenschutz, Berlin (http://www.bfs.de/de/kerntechnik/kinderkrebs/stellungnahme_kikk.pdf).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung. BMG, Berlin (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf).
- Costello, Anthony; Abbas, Mustafa; Allen, Adriana; Ball, Sarah; Bell, Sarah; Bellamy, Richard; Friel, Sharon; Groce, Nora; Johnson, Anne; Kett, Maria; Lee, Maria; Levy, Caren; Maslin, Mark; McCoy, David; McGuire, Bill; Montgomery, Hugh; Napier, David; Pagel, Christina; Patel, Jinesh; Puppim de Oliveira, Antonio-Jose; Redcliff, Nanneke; Rees, Hannah; Rogger, Daniel; Scott, Joanne; Stephenson, Judith; Twigg, John; Wolff, Jonathan; Patterson, Craig (2009). Managing the health effects of climate change. *Lancet* 373 (9676): 1697-1733. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60935-1 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60935-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60935-1/fulltext); http://scholar.google.de/scholar_url?hl=de&q=http://www.researchgate.net/publication/40724209_Managing_the_health_effects_of_climate/file/9c96051add95433e55.pdf&sa=X&scisig=AA6BFm22zS3Kokfz7EYxlqDCIgiIHf-u1A&oi=scholar&ei=5Vn6UpqSEobfswak_YCwDg&ved=0CCwQgAMoADAA).
- Debarati Guha-Sapir, Philippe Hoyois Regina (2012). Below Annual Disaster Statistical Review: The numbers and trends. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Institute of Health and Society (IRSS), Katholieke Universiteit Leuven, Leuven / Brüssel (http://cred.be/sites/default/files/ADSR_2012.pdf).
- Fehr, Angela; Razum, Oliver (2014). The German government's global health strategy – a strategy also to support research and development for neglected diseases? *Global Health Action* 7: 24565. DOI: 10.3402/gha.v7.24565 (http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/download/24565/pdf_1).
- Graduate Institute of International and Development Studies (2013a): Small Arms Survey 2013: Kapitel 8, Zusammenfassung Aktuelle Zahlen zum Waffenhandel. Genehmigte Transfers von Handfeuerwaffen. The Graduate Institute, Geneva (<http://www.smallarmssurvey.org/armed-violence/social-and-economic-costs/economic-impact-of-armed-violence.html>).
- Graduate Institute of International and Development Studies (2013b): The Small Arms Yearbook. The Graduate Institute, Geneva (<http://www.smallarmssurvey.org/publications/by-type/yearbook/small-arms-survey-2013.html>).
- Grosche, Bernd; Kreuzer, Michaela; Kreisheimer, Michael; Schnelzer, Maria; Tschense, Annemarie (2006): Lung cancer risk among German male uranium miners: a cohort study, 1946–1998. *Br J Cancer* 95 (9): 1280-1287. DOI: 10.1038/sj.bjc.6603403 (<http://www.nature.com/bjc/journal/v95/n9/pdf/6603403a.pdf>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2360564>).
- Kaatsch, Peter; Spix, Claudia; Jung, Irene; Blettner, Maria (2008): Leukämien bei unter 5-jährigen Kindern in der Umgebung deutscher Kernkraftwerke. *Dtsch Arztebl* 105 (42): 725-732. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0725 (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/61936/Leukaemien-bei-unter-5-jaehrigen-Kindern-in-der-Umgebung-deutscher-Kernkraftwerke>; <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=61936>).
- Körblein, Alfred (o. J.): Neue ökologische Studien zu Leukämien bei Kleinkindern um Kernkraftwerke. Alfred Körblein Umweltinstitut, München (<http://www.alfred-koerblein.de/cancer/deutsch/otherstudies.htm>).
- Laurier, Dominique; Hémon, Denis; Clavel, Jacqueline (2008) : Childhood leukaemia incidence below the age of 5 years near French nuclear power plants. *J Radiol Prot* 28 (3):401-403. DOI: 10.1088/0952-4746/28/3/N0 (http://iopscience.iop.org/0952-4746/28/3/N01/pdf/0952-4746_28_3_N01.pdf).
- McKee, Martin; Karanikolos, Marina; Belcher, Paul; Stuckler, David (2012): Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med* 12 (4): 346-350. (<http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/clinmed-124-p346-350-mckee.pdf>).
- National Cancer Institute (o. J.): Estimated exposure and thyroid doses received by the American people from iodine-131 fallout following Nevada atmospheric nuclear bomb tests. NCI, Bethesda (<http://www.cancer.gov/i131/fallout/contents.html>).
- Spycher, Ben; Feller, Martin; Zwahlen, Marcel; Rössli, Martin; von der Weid, Nicolas; Hengartner, Heinz; Egger, Matthias; Kuehni, Claudia for the Swiss Paediatric Oncology Group and the Swiss National Cohort Study Group (2011): Childhood cancer and nuclear power plants in Switzerland: A census based cohort study. *Int J Epidemiol* 40 (5): 1247-1260. DOI: 10.1093/ije/DYR115 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/40/5/1247.full.pdf+html?sid=c50a5477-81f7-438b-baf9-d1f1464cbdd3>; <http://ije.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/11/ije.dyr115.full.pdf+html>).
- World Bank (2012): Turn Down the Heat. Why a 4°C Warmer World Must be Avoided. World Bank, Washington DC (http://climatechange.worldbank.org/sites/default/files/Turn_Down_the_heat_Why_a_4_degree_centigrade_warmer_world_must_be_avoided.pdf).
- World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement. WHO, Geneva (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- World Health Organisation (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16. Genf (http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf).

Impressum

Das Papier „Globale Gesundheitspolitik – für alle Menschen an jedem Ort“ wurde verfasst von der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit (DPGG)

In Deutschland haben sich 2011 verschiedene im Gesundheitsbereich tätige zivilgesellschaftliche Akteure zu einer Plattform für Globale Gesundheit zusammengefunden, deren Ziel es ist, unter den Bedingungen der fortschreitenden Internationalisierung der Lebensbedingungen den engen Zusammenhang zwischen globalen und lokalen Einflussfaktoren von Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, vorhandene Kräfte zu bündeln und in Deutschland politisch Einfluss zu nehmen. Die Plattform, in der Mitglieder aus Gewerkschaften, Sozial- bzw. Wohlfahrtsverbände, entwicklungs- wie migrationspolitische Organisationen, Wissenschaft, soziale Projekte und Bewegungen mitwirken, versteht sich nicht als weitere gesundheits- oder entwicklungspolitische Lobby-Gruppe, sondern als übergreifende Initiative mit dem Ziel, die sozialen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der nationalen und internationalen Gesundheitsdebatte zu rücken. Außerdem will die Plattform die Zusammenarbeit zwischen nationalen und internationalen Initiativen stärken und dazu beitragen, die bisher bestehende Trennung zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

Unterzeichner:

- Attac AG soziale Sicherungssysteme
- Dr. Anja Dieterich, MPH, Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband.
- Health Workers for All
- Dr. Dr. Jens Holst (Gesundheitswissenschaftler und Berater)
- Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW)
- medico international
- Prof. Dr. med. Oliver Razum, Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Gesamtverbandes
- Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ)
- Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)

Kontakt:

medico international
 Burgstraße 106
 60389 Frankfurt
 Tel. 069 944380
 info@medico.de

