
Gutachten:

die Positionierung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik Ansätze für eine Nationale Globale Gesundheitsstrategie NGGS

We live in a messy world

James N. Rosenau 2003

Ilona Kickbusch

Unter Mitarbeit von Kirthi Ramesh

Februar 2012

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Abkürzungsverzeichnis	4
A. Strategische Bedeutung Globaler Gesundheit	6
B. Die neue transnationale und intersektorale Dynamik der Gesundheit	8
C. Globale Gesundheit und Außenpolitik	14
D. Der neue Multilateralismus als Herausforderung der Governanz	22
E. Prioritäre Handlungsbereiche in der Globalen Gesundheit	30
F. Die strategischen Prinzipien einer deutschen NGGS	39
<i>Einschub: Strategische Schwerpunkte einer deutschen NGGS</i>	45
G. Komponenten einer NGGS im Vergleich	46
H. Zusammenfassende Einschätzung	65
Anhänge	69
Literaturverzeichnis	79
Methode – Autorin	90

Farbencode:

Blau: Hinweise und Empfehlungen für eine deutsche Nationale Globale Gesundheitsstrategie

Grün: schon bestehende Aktivitäten im Bereich globale Gesundheit in Deutschland

Rosa: wichtige Zitate

Zusammenfassung

Gutachten:

die Positionierung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik
Ansätze für eine Nationale Globale Gesundheitsstrategie NGGS

Ilona Kickbusch

unter Mitarbeit von Kirthi Ramesh

Gesundheit ist zur grenzüberschreitenden Thematik geworden – sie lässt sich nicht mehr nur als nationales und sektorales Politikfeld bearbeiten. Gesundheitspolitik muss auf neue Weise gleichzeitig auf globaler und nationaler Ebene gestaltend wirksam sein und viele unterschiedliche Ressorts und andere Akteure – insbesondere die Zivilgesellschaft, die Wissenschaft und auch privatwirtschaftliche Akteure – mit einbinden. Auch in Deutschland haben solche Bestrebungen zugenommen.

Eine Reihe von Ländern haben in den letzten Jahren Ressort übergreifende Strategien für die globale Gesundheit bzw. für die Zusammenarbeit mit der WHO entwickelt um besser mit der globalen Gesundheitsdynamik umzugehen. Diese werden als „**Nationale Globale Gesundheitsstrategien**“ NGGS bezeichnet. Überlegungen zu einer deutschen NGGS sind schon im Gange und dieses Gutachten ist ein Teil dieses Prozesses.

Eine NGGS ist ein wichtiger Schritt zur Weiterführung des deutschen Engagements in der Globalen Gesundheit nach Ablauf der deutschen Vertretung im Exekutivrat der WHO (Mai 2012). Deutschlands Rolle in der Welt und in der Europäischen Union erfordert nicht nur ein verstärktes, sondern auch ein strategisches Handeln in diesem Bereich.

Strategische Schwerpunkte einer deutschen NGGS

Aus der im Gutachten durchgeführten Analyse der transnationalen Dynamik, des neuen Multilateralismus und zu inhaltlichen Schwerpunkten in der globalen Gesundheit ergeben sich die folgenden möglichen Schwerpunkte einer deutschen NGGS:

*Schwerpunkt 1: die Unterstützung von internationalen Organisationen und wichtiger globaler Regelwerke und das gestalterische Mitwirken an einer effektiveren globalen Gesundheitsarchitektur (*global health governance*);

* Schwerpunkt 2: Die Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit (*global health security*) und das Einsetzen für die Finanzierung öffentlicher und kollateraler globaler Güter durch neue Finanzierungsmodelle;

* Schwerpunkt 3: der Beitrag zum Abbau globaler Ungleichheiten durch soziale Sicherung und universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten (auch als Beitrag zu den Gesundheitsdeterminanten);

* Schwerpunkt 4: die enge Verbindung von Klima-, Umwelt, Agrar- und Gesundheitspolitik (auch als Beitrag zu den NCDs);

* Schwerpunkt 5: Die Krankheitsbekämpfung – auch der vernachlässigten Krankheiten – durch Einsatz von neuen Partnerschaften in der Forschung, Produktentwicklung und Technologie.

Die Erfahrung in anderen Ländern zeigt:

*eine NGGS ermöglicht eine **bessere Zusammenarbeit** zwischen den sehr unterschiedlichen und vielfältigen staatlichen und auch nicht-staatlichen Akteuren auf nationaler Ebene; dadurch kann eine **höhere Effizienz und Effektivität** des Ressourceneinsatzes für globale Gesundheit erreicht werden;

* eine NGGS schafft durch mehr Kohärenz eine **bessere Interessenvertretung** nach Außen sowohl im Kontext der komplexen Dynamik der neuen Multipolarität als auch in unterschiedlichen internationalen Organisationen und anderen relevanten Gremien.

Empfehlungen

Das Gutachten hat aufgrund der Analyse von NGGS in anderen Ländern und der spezifischen deutschen Situation eine Reihe sehr detaillierter Empfehlungen ausgearbeitet, die im Folgenden in zwölf Punkten zusammengefasst werden. Dabei ist das Zusammenspiel zwischen bisher innenpolitisch ausgerichteten Politikfeldern (wie Gesundheit, Bildung und Wissenschaft), der Außenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit, aber auch die Verbindung zur Umweltpolitik und Sozialpolitik besonders hervorzuheben.

1 Mit einer NGGS positioniert sich ein Land in einer Welt, in der die Gesundheitszusammenarbeit als Teil von **außenpolitischen „soft power“ Strategien** relevanter wird. Auch Deutschland muss dies angesichts seiner sich verändernden Rolle in der Welt klarer in Betracht ziehen. Von daher ist die aktive Unterstützung einer NGGS von **höchster Regierungsebene und vom Parlament stark zu empfehlen**.

2 Eine NGGS sollte **Wertebasiert** sein, diese beziehen sich in Deutschland insbesondere auf Menschenrechte und Demokratie, sowie auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten, verbunden mit solidaritätsbasierten Ansätzen, besonders in Bezug auf den Aufbau sozialer Sicherungssysteme.

3 Eine NGGS sollte sich einer **begrenzten Anzahl von Zielen** widmen, aber diese sollten auf die großen transnationalen und intersektoralen Herausforderungen bezogen sein. Das Gutachten empfiehlt fünf solche Bereiche. Sie sollten als **strategisches Gesamtpaket** gemeinsam von verschiedenen Ressorts entwickelt und zusammen bilateral wie multilateral umgesetzt werden. Ein **Sachverständigenrat für Globale Gesundheit** oder eine unabhängige Kommission sollte in Betracht gezogen werden.

4 Eine NGGS sollte bestimmte **Umsetzungsprinzipien** und **Prinzipien der guten Regierungsführung** beinhalten (z.B. Transparenz, Rechenschaft, Mitwirkung der Zivilgesellschaft). Sie unterstützt die am Busan Gipfel 2011 zur Entwicklungszusammenarbeit vorgelegten neuen Ausrichtungen.

5 Eine deutsche NGGS muss in **den Werten der EU** verankert sein und einen deutlichen Bezug zu den **Zielen der EU im Bereich der globalen Gesundheit** aufweisen. Sie sollte an der Umsetzung der Erklärung zur Globalen Gesundheit des Ministerrates vom 10. Mai 2010 aktiv mitwirken.

6 Es gilt die **institutionellen Mechanismen und Instrumente** zur Ressort übergreifender Umsetzung zu schaffen und entsprechend Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören Gremien auf verschiedenen Arbeitsebenen, inklusive der Staatssekretärsbene und Einbezug (ev. auch Neuformierung) der Bundestagsausschüsse. Es bedarf einer **Koordinationsstelle und es braucht eine**

Informationsplattform. Auch **Personalaustausch** zwischen Ressorts sollte in Betracht gezogen werden.

7 Ein **inter-ministerieller Arbeitsausschuss** sollte zur Begleitung der NGGS eingerichtet werden. Dieser müsste im Kern ca. sechs Ministerien umfassen (AA, BMG, BMZ, BMU, BMAS, BMBF, BMWi) und das Bundeskanzleramt einbinden. Dies beinhaltet auch das Einbinden bestimmter **nachgeordneter Behörden und Ämter** bzw. Durchführungsorganisationen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA), das Robert-Koch-Institut (RKI), die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), das Umweltbundesamt (UBA) etc., da diese oft für Umsetzung, Öffentlichkeits-/Aufklärungsarbeit zuständig sind.

8 Der Bereich der **Gesundheitsdiplomatie** und die Anzahl **Gesundheitsattachés** sollte gestärkt werden. Ebenso die deutsche Vertretung in der WHO – in Gremien wie durch Personal. Besonders das durch die Mitgliedschaft im WHO Exekutivrat begonnene intensive deutsche **Engagement im WHO Reformprozess** gilt es beizubehalten.

9 Der **regelmäßige Austausch mit anderen Stakeholdern** sollte gepflegt werden – dazu sollte ein **Partnerforum** eingerichtet werden. Ein solches Forum kann ev. mit schon bestehenden Konferenzen (z.B. Armut und Gesundheit, World Health Summit) verbunden werden.

10 Die **interdisziplinäre Ausbildung und Forschung** in der globalen Gesundheit sollten verstärkt gefördert werden. Das Instrumentarium der deutschen Wissenschaftspolitik sowie der Einbezug großer Stiftungen sollte bald in Angriff genommen werden. Auch hier wäre das Schaffen einer **Plattform** hilfreich.

11 Die Bedeutung der globalen Gesundheitspolitik sollte einer breiteren Öffentlichkeit in Deutschland vermittelt werden. Die NGGS sollte als lebendige Arbeitsstruktur, breit in der Politik und der Gesellschaft verankert und diskutiert werden. Gerade mit Hilfe der Zivilgesellschaft sollte der Dialog mit den Bürgern (besonders den jungen Menschen) gesucht werden. Dazu könnte auch ein jährlicher **Bericht über Deutschlands Beitrag zur globalen Gesundheitspolitik** beisteuern.

12 Eventuell wäre eine **Institutsgründung** zu überlegen. Globale Gesundheit könnte ein wichtiger Teil des Plans des deutsch-französischen Ministerrates sein eine **gemeinsame „Ecole de Santé publique“** einzurichten.

In der globalen Gesundheit besteht für Staaten ein zunehmender Handlungsdruck in Bezug auf drei Politikbereiche: Sicherheitspolitik, wirtschaftliche Interessen und ethische Verantwortung. Diese sind zu bedeutsam als dass sie weiterhin getrennt und ad-hoc behandelt werden können, oder allein dem tagespolitischen Geschäft unterworfen werden dürfen. Sie brauchen eine strategisch-langfristige Orientierung, die es ermöglicht dem Ziel „mehr Gesundheit für alle“ nahe zu kommen und besonnen auf Krisen zu reagieren. Eine deutsche nationale globale Gesundheitsstrategie NGGS könnte ein wesentlicher Beitrag Deutschlands zu einer zukunftsfähigen Politik der globalen Verantwortung sein und wesentlich zur Positionierung Deutschlands im Rahmen europäischer und internationaler Organisationen beitragen. Eine deutsche NGGS könnte im Oktober 2012 auf dem World Health Summit in Berlin einer breiten internationalen Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Abkürzungsverzeichnis

AA	Auswärtiges Amt
AWZ	Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAFU	Bundesamt für Umwelt (Schweiz)
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BASPO	Bundesamt für Sport (Schweiz)
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (Schweiz)
BDI	Bund Deutscher Industrieverbände
BFM	Bundesamt für Migration (Schweiz)
BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BLW	Bundesamt für Landwirtschaft (Schweiz)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMU	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BRICS- Staaten	Brasilien, Russland, Indien, China und Südafrika
BVET	Bundesamt für Veterinärwesen
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DevCo	Generaldirektion für Entwicklung und Zusammenarbeit
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
DfID	UK Department for International Development
DHSS	Department of Health and Social Security
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECHO	Amt für Humanitäre Hilfe
ECOSOC	Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen
EDA	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
EDCTP	European and Developing Countries Clinical Trials Partnership
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFSA	European Food Safety Authority
EFTA	European Free Trade Association
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EU	Europäische Union
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FAO	Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen
GAFFSP	Global Agriculture and Food Security Program
GAP	Gesundheitsaussenpolitik
GAVI	Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GFFA	Global Forum for Food and Agriculture
GHI	Global Health Initiative
GHSAG	Global Health Security Action Group
GHSI	Global Health Security Initiative
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IB	Integrationsbüro EDA/EVD

IGE	Eidgenössisches Institut für Geistiges Eigentum
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
IHP	International Health Partnership
IK GAP	Interdepartementale Konferenz Gesundheitsaußenpolitik
IKRK	Internationales Komitee vom Roten Kreuz
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
IOM	Institute of Medicines
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LMIC	Länder niedrigen und mittleren Einkommens
MdB	Mitglied des Bundestages
MDG	Millenniumsentwicklungsziele
MSF	Ärzte ohne Grenzen
NCD	Nicht-übertragbare Krankheiten
NGGS	Nationale Globale Gesundheitsstrategie
NGO	Nichtregierungsorganisationen
OCHA	Büro der Vereinten Nationen für humanitäre Angelegenheiten
ODA	Official Development Aid
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
P4H	Providing for Health Initiative
PA V	Politische Abteilung V des EDA
PD	Politische Direktion
PDP	Produktentwicklungspartnerschaft
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
pharmaSuisse	Dachorganisation der Apothekerinnen und Apotheker
POPs	persistente organische Schadstoffe
PPP	Public Private Partnership
RKI	Robert-Koch-Institut
SANCO	Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher
SBF	Staatssekretariat für Bildung und Forschung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SPF	Social Protection Floor
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNESCO	Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNHCR	Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
UNRWA	Hilfswerk der Vereinten Nationen für Palästina-Flüchtlinge im Nahen Osten
VENRO	Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.
VN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHS	Weltgesundheitsgipfel
WMO	World Meteorological Organization
WTO	Welthandelsorganisation
ZBS	Zentrum für biologische Sicherheit

A. Strategische Bedeutung globaler Gesundheit

Gesundheit ist zur grenzüberschreitenden Thematik geworden – sie lässt sich nicht mehr nur als nationales und sektorales Politikfeld bearbeiten sondern muss stets auch globale und intersektorale Dimensionen einbeziehen. Gesundheitspolitik muss auf neue Weise gleichzeitig auf globaler und nationaler Ebene gestaltend wirksam sein und viele andere Akteure mit einbinden.

„Drei große politische Themen und Herausforderungen verstärkten sich gegenseitig und machten Globale Gesundheit strategisch bedeutsam und zum integralen Bestandteil anderer Politikbereiche:

Sicherheitsinteressen: Sicherheitsexperten wiesen darauf hin, dass angesichts der Globalisierung die Aufrechterhaltung der nationalen Sicherheit nun auch den Kampf gegen Viren einschloss; für eine Reihe von Staaten – insbesondere für die USA in der Folge von 9/11 – wurde die Bedrohung durch globale Seuchen zu einem wichtigen Teil der Sicherheitspolitik; es gilt die eigenen Bevölkerung vor Schaden zu schützen, aber auch durch Krankheitsbekämpfung in armen Ländern, sicherheitspolitisch relevante soziale Destabilisierung zu vermeiden. Als Beispiel mag ein hoher Durchseuchungsgrad mit HIV/AIDS gelten.

Wirtschaftliche Interessen: Ökonomen verdeutlichten, dass eine gesunde Bevölkerung eine zentrale Vorbedingung der wirtschaftlichen Entwicklung sei und einer der vielversprechendsten Wege aus der Armutsfalle; dies wurde im entwicklungs-politischen Diskurs

zunehmend akzeptiert, zum anderen gaben die signifikanten wirtschaftlichen Auswirkungen von Pandemien auf bestimmte Industrien und

Schwellenländer Anlass zur Sorge; aber auch die wachsende Bedeutung der globalen Gesundheitsindustrie als Wirtschaftsfaktor, sowie die wirtschaftliche Bedeutung von bestimmten Industrien im Fadenkreuz der globalen Gesundheitspolitik – wie Tabak, Alkohol, Arzneimittel, bestimmte Nahrungsmittel – geriet zunehmend ins Blickfeld. Verhandlungen zu Fragen des geistigen Eigentums in internationalen Organisationen (wie der Welthandelsorganisation) erhielten eine neue gesundheitspolitische Dimension.

Bewegung für Soziale Gerechtigkeit: in der Folge der AIDS Bewegung wurden Gesundheitsfragen wurden zunehmend zu einem der anschaulichsten und fassbarsten Gegenstandsbereiche der Bewegung für den Abbau globaler Armut und Ungerechtigkeit; Gesundheit wird als Menschenrecht gefasst, dabei gilt das Augenmerk den sozialen Determinanten der Gesundheit, dem Zugang zu Impfstoffen und Medikamenten zur Krankheitsbekämpfung für die Ärmsten und der Umsetzung der Millenniumsentwicklungsziele (MDG) der Vereinten Nationen; gerade in diesem Bereich ist eine hohe Aktivität neuer Akteure und globaler Gesundheitsinitiativen festzustellen. „

(siehe dazu Kickbusch 2010)

Globale Gesundheit als Thema in der Politik unterliegt einer doppelten Dynamik: sie wächst von innen nach außen; d.h. ein Staat muss grenzüberschreitend tätig sein um nationale Herausforderungen zu bearbeiten; und von außen nach innen, z.B. ein Staat hat Verpflichtungen und Verantwortung aufgrund von internationalen Abkommen und Absprachen. (Eberlei/Weller 2001) Zudem wird in einer interdependenten Welt die Zusammenarbeit mit anderen Staaten und Akteuren immer notwendiger. Die Globale Gesundheitsstrategie des amerikanischen Gesundheitsministeriums fasst diese strategische Herausforderung in drei Zielbereiche:

USA: The Global Health Strategy identifies three goals that contribute to achieving HHS's global health vision of a healthier, safer world:

- *to protect and promote the health and well-being of Americans through global health action;
- *to provide leadership and technical expertise in science, policy, programs, and practice to improve global health; and
- *to work in concert with interagency partners to advance U.S. interests in international diplomacy, development, and security through global health action.

Globale und internationale Entscheidungsprozesse sind von gründlichen Vorbereitungen im nationalen und regionalen Kontext abhängig. Eine Reihe von Ländern haben in den letzten Jahren Ressort übergreifende Strategien für die globale Gesundheit bzw. für die Zusammenarbeit mit der WHO entwickelt um mit der globalen Gesundheitsdynamik umzugehen. Diese werden im Folgenden als „**Nationale Globale Gesundheitsstrategien**“ NGGS bezeichnet. Überlegungen zu einer deutschen NGGS sind schon im Gange und dieses Gutachten ist ein Teil dieses Prozesses. So finden Ressort übergreifende Treffen statt, ein erster Entwurf der Schwerpunktbereiche liegt vor und es sind Treffen mit der Zivilgesellschaft organisiert worden.

Beispiele:

Als erstes Land hat die Schweiz seit 2006 eine „*Gesundheitsaußenpolitik*“;

das Vereinigte Königreich UK hat 2008 „*Health is global*“ verabschiedet und beim Regierungswechsel 2011 überarbeitet;

Norwegen hat seit 2010 eine „*Norwegian WHO Strategy*“ und hat 2012 ein White Paper on global health in foreign and development policy vorgelegt;;

Schweden hat 2011 eine WHO Strategie verabschiedet „*Sweden’s strategy for WHO 2011-2015*“.

Auch andere Länder in Europa sind auf dem Weg auf nationaler Ebene kohärenter für globale Gesundheit zusammenzuarbeiten, so Finnland, Belgien und die Niederlande. Schweden beispielsweise integriert Globale Gesundheit im Rahmen seiner *Policy for Global Development*; die Niederlande hat eine gemeinsame Plattform für „*Global health Policy and research*“ eingerichtet;

Japan hat 2010 eine „*Global Health Strategy*“ ausformuliert;

die USA haben seit 2010 eine intersektorale Strategie und zudem 2011 eine globale Strategie „*Global Health Strategy*“ des Gesundheitsministeriums DHSS vorgelegt.

Strategische Positionierung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik

Deutschlands Rolle ist auch in der globalen Gesundheit gewachsen und bedeutender geworden. Obwohl Deutschlands Beitrag nicht so sichtbar sein mag wie der von anderen Ländern, beteiligt sich Deutschland durchaus durch zahlreiche Initiativen an der Gestaltung der globalen Gesundheitsarchitektur und wirkt in zahlreichen internationalen und regionalen Organisationen mit. Dazu gehört nicht zuletzt Deutschlands Engagement in der Reform der WHO, während der Mitgliedschaft im WHO Exekutivrat von 2009 bis 2012. Aber auch unter der deutschen G-8-Präsidentschaft in Heiligendamm 2007 sowie während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft wurden wichtige globale Gesundheitsthemen v.a. in der Bekämpfung von HIV und AIDS, Malaria und Tuberkulose vorangebracht.

Der Begriff globale Gesundheit taucht bereits 2000 in einem Positionspapier des Wissenschaftlichen Beirats des BMZ (BMZ 2000) auf. Bereits in diesem Bericht werden die Auswirkungen der Globalisierung und die zunehmenden Interdependenzen für Gesundheit aufgeführt. Gesundheit wird auch als Thema beschrieben, das auch andere Problemfelder mit einbezieht. In der Politik wurde globale Gesundheit nichtsdestotrotz weiterhin vorrangig als entwicklungspolitisches Thema behandelt.

Deutschland steht als Land, und im Kontext der Europäischen Union auch für bestimmte **Werte und Prinzipien in Bezug auf die Gesundheit**, insbesondere für Solidarität, soziale Sicherheit und universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten. Deutschlands politisches Engagement in der Globalen Gesundheit wird von außen als eher zurückhaltend wahrgenommen, obgleich Deutschlands

finanzieller und technischer Beitrag, v.a. im HIV/AIDS Bereich nicht unbedeutend ist (Kickbusch/Hein 2009, Hein 2007, Silberschmidt 2009).

DEU: In einer Reihe von Initiativen hat sich Deutschland als Mitbegründer hervorgetan. Beispielsweise hat Bundeskanzlerin Angela Merkel gemeinsam mit dem britischen Premierminister Gordon Brown 2007 die International Health Partnership (IHP+) initiiert, welcher sich mittlerweile 13 Geberländer, 25 Partnerländer sowie 12 internationale Organisationen angeschlossen haben. Im Rahmen der G8-Präsidentschaft in Heiligendamm hat Deutschland gemeinsam mit Frankreich die „Providing vor Health-Initiative“ (P4H) ins Leben gerufen. Auch die Social Protection Floor-Initiative wurde maßgeblich von Deutschland gemeinsam mit den Niederlanden angestoßen.

Deutschlands finanzielle Unterstützung für Gesundheit in Entwicklungsländern in den letzten 10 Jahren vervielfacht. Entsprechend der G8-Verpflichtung hat Deutschland €500 Mio. jährlich für den Gesundheitssektor zugesagt. Mit multilateralen Zusagen belaufen sich Deutschlands jährliche ODA (Official Development Assistance)-Zusagen im Gesundheitssektor auf mehr als €700 Mio. Damit macht der Gesundheitssektor 10% des BMZ-Budgets aus. Seit 2005 haben sich die ODA-Zusagen im Gesundheitssektor verdoppelt und seit 2000 mehr als verdreifacht. Im europäischen Vergleich ist Deutschland im Gesundheitssektor das zweitgrößte Geberland nach Großbritannien (E2Pi 2011). 2010 war Deutschland ist der drittgrößte Beitragszahler der regulären Beiträge der WHO nach den USA und Japan mit umgerechnet rund \$40 Mio.

Deutschland kann demnach auf vielen Initiativen aufbauen und könnte durch die strategische Bündelung wichtige Synergien erzielen. Am sichtbarsten ist weiterhin jener Teil der globalen Gesundheit der im Kontext der deutschen Entwicklungspolitik erbracht wird. Aber auch hier wird durchaus kritisch angemerkt, dass Deutschland einen größeren Beitrag leisten könnte. So zeigt eine Analyse der Umsetzung von G8 Beschlüssen zur Gesundheit (Kirton/Bracht 2012), dass Deutschland in der Umsetzung der Beschlüsse unter dem Durchschnitt liegt.

Zuständigkeiten

Globale Gesundheit als Politikbereich ist in Deutschland noch nicht Ressort übergreifend organisiert und strategisch verankert. In Deutschland fällt die Zuständigkeit für globale Gesundheit innerhalb der Bundesregierung sowohl dem **BMG** als auch dem **BMZ** zu. Während das BMG beispielsweise für die Zusammenarbeit und die Stärkung der WHO zuständig ist, fallen andere globale Gesundheitsstrukturen wie der Globale Fonds für AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) aber auch die Erfüllung internationaler entwicklungspolitischer Verpflichtungen wie die Millenniumsziele in das Ressort des BMZ. So unterstützt Deutschland den GFATM derzeit mit jährlich 200 Millionen Euro. Außerdem unterstützt Deutschland als erstes Geberland die "Debt2Health"-Initiative ("Schulden zu Gesundheit") des Globalen Fonds.

Das **Auswärtige Amt** hingegen ist für ein kohärentes Auftreten nach außen, v.a. im VN System zuständig. Daneben gibt es eine Reihe weiterer Ministerien wie das **BMU**, **BMBF**, **BMWi** und teilweise dem **BMAS**, die sich ebenfalls direkt oder indirekt mit globalen Gesundheitsthemen beschäftigen – und für die globale Gesundheitspolitik immer wichtiger werden.

DEU: In Deutschland ist das Thema globale Gesundheit über verschiedene Ressorts verteilt. In vielen Ressorts gibt es mittlerweile europäische und internationale Abteilungen, welche für die Bearbeitung von globaler Gesundheit relevant sind. Beispielsweise ist die internationale Abteilung des BMAS für Aktivitäten mit der ILO federführend, die internationale Abteilung im BMELV ist für die FAO zuständig. Einige der Ressorts verfügen aber auch über Referate, die sich spezifisch mit Gesundheit auseinandersetzen. So hat das BMU ein Referat zu Umwelt und Gesundheit, das beispielsweise für das Europäische Zentrum für Umwelt und Gesundheit der WHO in Bonn zuständig ist. Ein weiteres Referat ist für die gesundheitliche Folgen des Klimawandels zuständig.

Auch das BMBF hat neben einer internationalen Abteilung ein Referat zu Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft. Sowohl die internationalen und europäischen Abteilungen als auch gesundheitspezifische Abteilungen sind für die intersektorale und globale Bearbeitung von globaler Gesundheit wichtig.

Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Ressorts. In der Bundesregierung funktioniert die Koordinierung und Abstimmung zwischen den Ministerien laut Aussagen der Interviewpartner mittlerweile viel besser, obwohl viele Koordinierungsmechanismen nicht institutionalisiert sind. Ressorts und Fachabteilungen unterrichten sich gegenseitig, wenn das Referat betreffende Themen bearbeitet werden. Auch werden Dokumente an andere Ressorts zur Kommentierung verbreitet, um Positionen abzustimmen. Innerhalb der Ministerien findet ebenfalls ein intensiver Austausch mit den relevanten Fachreferaten, z.B. bei der Vorbereitung internationaler Abkommen, statt.

Seit Deutschlands Mitgliedschaft im WHO Exekutivrat haben sich koordinierende Aktivitäten zu Fragen der globalen Gesundheit mit anderen Ministerien deutlich intensiviert. Das haben viele der Interviewpartner als positiv angemerkt. Zur Koordinierung mit anderen Ressorts organisiert das BMG regelmäßige Ressort-übergreifende Treffen statt, die einem besseren Überblick über die verschiedenen WHO-bezogenen Aktivitäten in Deutschland dienen. Hieran beteiligen sich sowohl verschiedene Ministerien als auch zuständige Behörden, Ämter und Durchführungsorganisationen (BZGA, RKI, GIZ, KfW). Vor Exekutivratssitzungen oder der WHA organisiert das BMG auch anlassbezogene Treffen.

Insbesondere das BMZ betont, dass sich Gesundheit und andere Politikbereiche positiv verstärken und verfolgt aktiv einen intersektoralen Ansatz innerhalb der EZ (BMZ 2009a). Zur Umsetzung des intersektoralen Ansatzes steht das Gesundheitsreferat im kontinuierlichen Kontakt/Dialog mit Länder- und Sektorreferaten, der je nach Vorgang und Thema anfällt (reguläre Zusammenarbeit bei Antragsstellungen, Veranstaltungen, sektorale Beratung etc.). Darüber hinaus bestehen mehrere thematische Koordinierungsmechanismen, die die jeweils relevanten Akteure im Themengebiet zusammenbringen. Dazu zählen ein Runder Tisch zu dem u.a. zivilgesellschaftliche Organisationen eingeladen werden sowie verschiedene Arbeitsgemeinschaften (AGs) (z.B. zu NCD, Gesundheit und Wasser) zu denen sowohl BMZ Organisationseinheiten als auch anderen Ministerien (BMG, BMAS etc.) sowie Durchführungsorganisationen und die Zivilgesellschaft eingeladen werden.

2009: ein strategischer Neuanfang

In Deutschland haben besonders zwei Entwicklungen die Chance für ein neues strategisches Engagement in der Globalen Gesundheit eröffnet:

- das **Sektorkonzept Gesundheit** (BMZ 2009a), dass die strategische Ausrichtung des Sektors Gesundheit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit besonders in Bezug auf die UN Millenniumsziele ausführt und
- die Vorbereitung und Wahl der deutschen Vertretung in den **WHO Exekutivrat auf der 62. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2009.**

2009 besuchte die Generaldirektorin der WHO Margaret Chan in Deutschland und traf mit hochrangigen Politikern zusammen um Deutschlands Rolle in der WHO zu besprechen. Anlässlich des Besuches wurde in Berlin auch eine Veranstaltung des Forums für Globale Fragen veranstaltet. Damit wurde Gesundheit in den Katalog der globalen Fragen des AA aufgenommen. 2010 wurde der **Weltgesundheitsbericht 2010 "Finanzierung von Gesundheitssystemen – Der Weg zu universeller sozialer Absicherung im Krankheitsfall"** in Berlin von M. Chan anlässlich einer Ministerkonferenz vorgestellt. Anwesend waren sechzig Gesundheitsminister aus der ganzen Welt, aus Deutschland sowohl der Bundesgesundheitsminister sowie der Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Dabei betonte Letzterer die Bedeutung der Gesundheit für die deutsche Entwicklungspolitik:

"Gesundheit ist und bleibt einer der Schlüsselsektoren der deutschen Entwicklungspolitik. Mit jährlich über 500 Millionen Euro unterstützt die Bundesregierung den nachhaltigen Aufbau von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern. Einen besonderen Schwerpunkt werden wir dabei in Zukunft auf die Mütter- und Kindergesundheit setzen, denn Gesundheit ist

entscheidend für eine nachhaltige wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung." Bundesentwicklungsminister Dirk Niebel während der Vorstellung des Weltgesundheitsberichts 2010 in Berlin. (BMZ 2010b)

Auch außerhalb der Regierung wird Globale Gesundheit zum Thema. Im deutschen **Bundestag** wurde die Globale Gesundheitsdebatte aufgenommen und verschiedene Anträge von Regierung und Opposition zum Thema Reform der Vereinten Nationen und der WHO wurden vorgelegt. Im Parlament ist das Thema globale Gesundheit über mehrere Ausschüsse verteilt, die unterschiedlichen Ministerien zugeordnet sind. So ist es schwierig dem Ressort übergreifenden Charakter der globalen Gesundheit gerecht zu werden – meist wird sie im AWZ und nicht auch im Gesundheitsausschuss behandelt. Eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema hängt stark vom Interesse einzelner Mitglieder des Bundestages (MdB) ab.

Bei **zivilgesellschaftlichen Organisationen** ist eine verstärkte Beschäftigung mit globaler Gesundheit zu erkennen. Eine von medico international angestoßene Idee einer Deutsche Plattform für Globale Gesundheit nimmt ihren Ausgangspunkt von den sozialen Determinanten und umfasst ein breiteres Spektrum von Akteuren, inklusive Gewerkschaften und wissenschaftlichen Einrichtungen. Der regelmäßige Austausch von Regierungsstellen mit der Zivilgesellschaft zur Thematik globaler Gesundheit findet erst in Ansätzen statt.

2012: ein wichtiger Zeitpunkt für strategische Entscheidungen

Deutschlands Sitz im Exekutivrat der WHO endet im Mai 2012. Es ist deshalb besonders wichtig eine Standortbestimmung in Bezug auf die Globale Gesundheit vorzunehmen. Deutschland als Wirtschaftsmacht, als eines der größten Geberländer, als Mitgliedsland der EU und wichtiges Mitglied in G7/8/20 sowie in der WHO wie in anderen multilateralen Organisationen hat **Interessen wie Verpflichtungen** in Bezug auf globale Gesundheit. Die globale **Interdependenz** erfordert dass Deutschland durch aktives Handeln die globale Gesundheitspolitik mitgestaltet, um sowohl die Gesundheit der deutschen Bevölkerung in einer globalen Welt zu sichern wie auch zur kollektiven Sicherung der Gesundheit (health security) weltweit beizutragen.

Es stellen sich Fragen wie: Welche strategischen Ziele will sich Deutschland im Anschluss an diese wichtige Funktion setzen? Wie will es sich in der globalen Gesundheitspolitik positionieren? Wie will es seinen internationalen Verpflichtungen im Gesundheitsbereich nachkommen? Wie will es die innen- und aussenpolitischen Dimensionen der globalen Gesundheitspolitik strategisch verbinden? Wer soll in Deutschland in den regelmässigen Dialog zur Globalen Gesundheit eingebunden sein? **Dabei gilt es die strategischen Entscheidungen sowohl in Bezug auf die gesundheits- und entwicklungspolitischen Herausforderungen, sowie auf die außenpolitische Positionierung Deutschlands zu betrachten.**

Deshalb nimmt das Gutachten seinen Ausgangspunkt von einem **breiteren globalen Kontext**. Der Generalsekretär der Vereinten Nationen Ban Ki-moon hat in Bezug auf die Gestaltung des Folgeprozesses der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) im Rahmen der UN betont, dass die Staaten besonders die **Interdependenz zwischen den großen Herausforderungen** am Anfang des 21. Jahrhunderts in Angriff nehmen müssen.

“The first and greatest of these is sustainable development — the imperative of the 21st century. We must **connect the dots** between climate change, water scarcity, energy shortages, global health, food security and women’s empowerment. Solutions to one problem must be solutions for all.” (Ban Ki-moon 2012)

Entsprechend entwickelt das Gutachten Überlegungen zur neuen transnationalen und intersektoralen Dynamik der Gesundheit und verdeutlicht, warum Gesundheit zu einer neuen Dimension der Aussenpolitik geworden ist. Es zeigt die Veränderungen auf, die ein neuer Multilateralismus durch die Vielzahl der Akteure für die globale Governanz mit sich bringt und es schlägt eine Reihe von prioritären Handlungsbereichen vor, die sich aus der dargestellten Entwicklung ergeben.

Kohärenz wird als strategische Herausforderung immer bedeutsamer: auch das deutsche Außenministerium stellt dies in Hinsicht auf die Globale Gesundheit fest (Auswärtiges Amt 2010b). Es bedarf in der Globalen Gesundheit der besseren Integration der nationalen und internationalen Politik, einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Ressorts, einer besseren Abstimmung der bi-lateralen und multilateralen Vorgehensweisen und des koordinierten Handelns in unterschiedlichen formellen und informellen Entscheidungsgremien und internationalen Organisationen. **Kurz gesagt es braucht eine bessere globale Governanz.** Für die Entscheidung über die weiteren strategischen Schritte der Bundesregierung ist es deshalb hilfreich zwei sich überschneidende Bereiche der Governanz der Globalen Gesundheit) im Blickfeld zu haben:

- a) **Global Health Governance:** sie bezieht sich vorrangig auf die Governanz der explizit für Gesundheit zuständigen Organisationen, wie die Weltgesundheitsorganisation; die Rolle der neuen Organisationen wie UNAIDS; GFATM, GAVI und der großen philanthropischen Handlungsträger; die Finanzierung dieser Organisationen; die zunehmende Rolle von nicht-staatlichen Handlungsträgern und die Ausweitung der Akteure durch die Vielzahl von Gesundheitsinitiativen. **Derzeit ist die Gestaltung der Rolle der Weltgesundheitsorganisation – siehe WHO Reform Prozess - besonders bedeutsam.**

- b) **Global Governance for Health:** Immer wichtiger für die Gesundheit werden jene internationalen Organisationen, deren Entscheide Auswirkungen auf die Gesundheit und ihre Determinanten haben. Besonders hervorzuheben sind hier die Entscheidungen in Bezug auf den Welthandel (Welthandelsorganisation WTO), Umwelt (Klimaverhandlungen), die soziale Sicherheit (Internationale Arbeitsorganisation ILO), Nahrungsmittelsicherheit (Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen FAO). Alle sind wichtige Dimensionen der human security. Dies soll Schwerpunkt der Arbeit der neu gegründeten *Commission on Global Health Governance (sic!)* sein. (Ottersen/Frenk/Horton 2011) Aber auch Deutschlands Rolle in Organisationen wie der OECD, der UN Generalversammlung, in der Weltbank und im IMF, sowie der G7/8/20 ist hier bedeutsam – denn dort wird die globale Agenda gesetzt: z.B. durch den Vorschlag der Kanzlerin für eine globale Finanztransaktionssteuer.

Von daher wird es immer klarer, dass es einer dritten Handlungsebene bedarf: der nationalen und zunehmend der regionalen Strategien. Dafür ist der Begriff „*Good global health begins at home*“ geprägt worden. Es gilt in Deutschland **eine gemeinsame strategische Stoßrichtung** sowie eine **bessere Bündelung** des Gesamtbeitrages der Bundesregierung zur globalen Gesundheit zu entwickeln. Deswegen konzentriert sich das Gutachten insbesondere auf die strategischen Prinzipien

und Komponenten einer **Nationale Globalen Gesundheitsstrategie NGGS**. Für diesen Handlungsbereich der globalen Gesundheitsgovernanz schlägt dieses Gutachten den Begriff **Governance for Global Health** vor.

- c) Governance for Global Health:** sie bezieht sich auf das strategische Handeln auf nationaler und regionaler Ebene in Bezug auf globale Gesundheit. Er umfasst z.B.
- die politische, institutionelle und finanzielle Verankerung der globalen Gesundheit in der Regierung, dem Parlament und den Ministerien;
 - die Vernetzung der Fachreferate mit Blick auf ihre Bedeutung für globale Gesundheit;
 - das Abstimmen von Positionen in internationalen Organisationen in Hinblick auf *global health governance* aber auch *global governance for health*;
 - Verbindungsstrukturen mit anderen (z.B. im Fall Deutschlands mit EU Abkommen und Positionen) Entscheidungsgremien und Allianzen;
 - die Umsetzung globaler Abkommen auf nationaler Ebene; der Dialog mit anderen nationalen Handlungsträgern (z.B. Zivilgesellschaft) in Bezug auf globale Gesundheit.

Es ist eine der großen Herausforderungen diese drei Bereiche der globalen Governanz miteinander abzustimmen.

B. Die neue transnationale und intersektorale Dynamik der Gesundheit

Eine NGGS beruht auf einem konzeptuellen Verständnis von globaler Gesundheit, das sich in den letzten 20 Jahren herausgebildet hat. Darüber müssen sich alle an einer NGGS beteiligten Parteien verständigt haben. In diesem Abschnitt werden von daher einige konzeptuelle Ausführungen gemacht und zwei Bestimmungsmerkmale der globalen Gesundheitsdynamik erläutert: **die Globalisierung der Risiken und die Globalisierung der Ungleichheiten.**

Konzeptionelles Verständnis: von der internationalen Gesundheit zur globalen Gesundheit

Ausgangspunkt der Diskussion um Globale Gesundheit ist der Megatrend **Globalisierung und die transnationale Dynamik** die dadurch in vielen Bereichen und Ebenen ausgelöst wird. Die neuen Gesundheits Herausforderungen können ohne ein Verständnis der miteinander interagierenden Megatrends unserer Zeit nicht wirklich zugeordnet werden. Horx (2011) definiert Megatrends als

„Jene massiven, lang andauernden Triebkräfte des Wandels, die gesellschaftliche, soziale, ökonomische Systeme transformieren. Von der Verstädterung über die Individualisierung bis zur Verschiebung der Altersstrukturen. Von der Globalisierung über die Bildung bis zur „Vernetzwerkung“ unserer Welt durch das Internet. (Horx 2011, S. 8)

Megatrends wirken – so Horx – langsam und graduell; sie verändern die Welt von innen heraus, so auch die Gesundheit. Gesundheit ist aufs engste verbunden mit dem doppelten Prozess der **Globalisierung der Risiken** und der **Globalisierung der Ungleichheiten**, sowie mit anderen Megatrends wie Urbanisierung oder die sich verändernde demographischen Struktur – auch in den ärmsten Ländern. Diese Dynamik, in Verbindung mit einer geopolitischen Machtverschiebung, wird zunehmend die Schwerpunkte und die Herangehensweise in der globalen Gesundheitspolitik bestimmen.

Ein neues Paradigma:

Ein einflussreicher Artikel von Yach und Bettcher (1998) bezeichnet die „*Globalization of public health*“ als ein neues Paradigma, das von **international health** zu **global health** führt. *Global health* hat inzwischen im englischen Sprachraum den Begriff *international health* zunehmend abgelöst – auch wenn der eine Begriff den anderen nicht voll ersetzen kann oder soll. Inzwischen ergibt die Eingabe „*global health*“ bei der Google Suchmaschine 14 200 000 Ergebnisse, über doppelt so viele wie „*international health*“ mit 6 700 000 Ergebnissen. Die Suche in deutscher Sprache nach „Globale Gesundheit“ weist hingegen nur 38 600 Ergebnisse vor – internationale Gesundheit dominiert noch deutlich mit 86 400 Ergebnissen.

Es ist kein Zufall dass *global health* besonders in den USA - als man in den neunziger Jahren den Beginn eines globalen (aber doch amerikanischen) Zeitalters heraufbeschwor- von staatlicher Seite auf große Aufmerksamkeit stieß. Das globale Interesse war und ist in den USA immer zuvorderst ein nationales und ein sicherheitspolitisches. Das hoch angesehene *Institute of Medicine IOM* positionierte *global health* auf diese Weise schon 1997 in einer viel beachteten Publikation „*Americas vital interest in global health: Protecting our people, enhancing our economy and advancing our international interests*“. Diese drei Ausrichtungen sind auch heute noch (wenn auch mit etwas anderer Sprache) die Basis der Gesundheitsstrategie des amerikanischen Department of Health and Human Services (vergleiche S. 6 dieses Gutachtens).

DEU: Auch in Deutschland oszilliert die globale Gesundheit zwischen diesen beiden Globalisierungsdiskursen: sowohl dem Menschenrechts- sowie dem Armuts- und Ungleichheitsdiskurs als auch dem wirtschafts- und sicherheitspolitischen Diskurs. Die verschiedenen Ressorts vertreten diese Diskurse (traditioneller Weise) unterschiedlich stark. Es zeichnen sich auch Veränderungen ab: das traditionell eher von einem Menschenrechts- sowie dem Armuts- und Ungleichheitsdiskurs geleitete BMZ leistet neben dem BMG und dem RKI beispielsweise ebenfalls einen Beitrag zur Pandemieeindämmung (beispielsweise H1N1-Pandemie). Das deutsche Auswärtige Amt weist auf seiner Website auf diese zwei Handlungsstränge – Interdependenz und Entwicklung – hin und betont wie eng bei globalen Gesundheitsfragen unterschiedliche Politikbereiche vernetzt sind: Themenkomplexe wie der Zugang zu wichtigen Medikamenten in ärmeren Staaten berühren beispielsweise die Bereiche Gesundheit, Handel, Entwicklung, geistige Eigentumsrechte und Menschenrechtsschutz

Antriebskräfte: AIDS und SARS

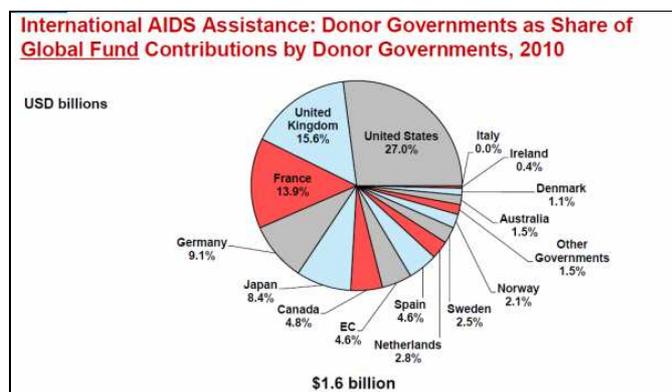
Die globale AIDS Epidemie und die Gründung des Global AIDS Programms bei der WHO 1986 und die SARS Krise von 2003 verbunden mit der Verabschiedung der IHR 2005 waren für die „globalization of public health“ richtungsweisend. Diese beiden Antriebskräfte zum kollektiven globalen Handeln für Gesundheit lassen sich durch das Prisma der kosmopolitischen Momente (Beck 2007a) fassen:

„solche Momente vermitteln den Akteuren in aller Deutlichkeit, dass sie kollektiv und global handeln müssen, um ein Problem zu lösen.“ (Beck 2007a)

Im AIDS Diskurs verbindet sich der globale Gesundheitsbegriff mit dem Menschenrechts- sowie dem Armuts- und Ungleichheitsdiskurs und dem Sektor übergreifendem Handeln.

DEU: In Deutschland wird laut dem Sektorkonzept Gesundheit „Der Bekämpfung von HIV und AIDS (...) eine Sonderstellung in der deutschen Entwicklungspolitik eingeräumt.“(BMZ 2009a). 2007 verabschiedete die Bundesregierung einen von BMG, BMZ, BMBF gemeinsam getragenen Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung von 2007-2010. Sie galt als „Richtschnur“ der Bundesregierung in der Bekämpfung von HIV/AIDS (BMG/BMZ/BMBF 2007).

Zusammen mit der Frauengesundheitsbewegung markieren die HIV/AIDS Bewegungen den Beginn der globalen sozialen Bewegungen für Gesundheit. Mit Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts werden nicht staatliche Akteure zur treibenden Kraft; neue Organisationsformen werden geschaffen (das WHO Global AIDS Programme, UNAIDS, der GFATM, GAVI, UNITAID) und neue Finanzierungsformen eingeführt. Zum ersten Mal wird ein Gesundheitsproblem im UN Sicherheitsrat und in der UN Vollversammlung auf die Tagesordnung gesetzt. Die finanzkräftigen Sonderfinanzierungen für vertikale Gesundheitsprogramme nehmen mit AIDS ihren Anfang und werden durch die globale Philanthropie verstärkt vorangetrieben. So begann das neue WHO Global AIDS Programme 1986 mit \$0, hatte 1987 schon \$30 Millionen und 1990 schon \$82 Millionen an freiwilligen Beiträgen. Innerhalb von 20 Jahren hat sich diese Summe vervielfacht:



(Garrett 2012)

Ganz anders wird in der **Folge der SARS Krise** die Bedeutung der „Globalen Gesundheit“ als wirtschafts- und sicherheitspolitische Thematik gefasst, die Verantwortung der Nationalstaaten hervorgehoben (so muss China im Verlauf der Krise seine Gesundheitsdaten zugänglich machen) und es wird 2005 in Windeseile ein neues internationales Regelwerk verabschiedet: die *International Health Regulations IHR*. Auch Europa reagiert 2005 mit der Gründung der EU Agentur *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* in Stockholm. Gefahrenabwehr kommt verstärkt ins Visier nicht nur der Gesundheits- sondern auch der Sicherheits- und Außenpolitiker. Auch hier wird die Verbindung zu anderen Politikbereichen und der Zusammenarbeit mit anderen Partnern zum zentralen Teil der Strategie.

In beiden Fällen – AIDS und SARS - verbindet sich eine klassische public health Thematik mit großen sozialen, politischen und ökonomischen Herausforderungen, transnationalen Übertragungswegen und multi-level Lösungen mit vielen Akteuren. Daraus entwickelt sich ein neuer Politikansatz, der nun auch für nicht übertragbare Krankheiten eingesetzt wird.

“Recognize that the rising prevalence, morbidity and mortality of non-communicable diseases worldwide can be largely prevented and controlled through collective and multisectoral action by all Member States and other relevant stakeholders at local, national, regional, and global levels, and by raising the priority accorded to non-communicable diseases in development cooperation by enhancing such cooperation in this regard.” §33 (Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (document A/66/L.1). (UN General Assembly 2011))

International Health – Global Health

International health bezieht sich weiterhin auf die Beziehungen zwischen Nationalstaaten im internationalen Raum häufig im Kontext internationaler Organisationen, *global health* schließt das transnationale Handeln auch nicht-staatlicher Akteure mit ein. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Definitionen von „globaler Gesundheit“. Eine breit akzeptierte wurde von Koplan et al. 2009 vorgeschlagen:

“Global health is an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care.” Koplan et al. 2009

DEU: In der deutschsprachigen akademischen Literatur ist ein Artikel von Wolfgang Hein und Sonja Bartsch aus dem Jahr 2003 einer der ersten Artikel, der den Begriff globale Gesundheit verwendet. Eine umfassende interdisziplinäre akademische Auseinandersetzung mit dem Begriff bleibt in Deutschland noch aus – es gibt auch keine großen Forschungsprogramme in diesem Bereich.

Auch deutschsprachige Literatur über eine eindeutige Abgrenzung der Begriffe International Public Health und Global Health sowie eine intensivere Debatte um die Definition fehlen, obwohl es einzelne Initiativen gibt sich mit dem Thema zu befassen. Aber bereits um die Begriffe International Health (Tropenmedizin Heidelberg und Berlin) und International Public Health (v.a. Bielefeld) gab es kein einheitliches interdisziplinäres/Fakultäten übergreifendes Verständnis.

Tendenziell wird der Begriff zwar nun häufiger verwendet, meist aber synonym mit Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. 2006 erschien von Razum et al. eine Einführung in International Public Health, das durch eine breite Auswahl an Themen auf eine Abkehr von einem nur entwicklungspolitischen Verständnis hindeutet. Bis heute ist das Buch der einzige Versuch einer systematischen Einführung in die Thematik.

Unter den Medizinern in Deutschland wird globale Gesundheit überwiegend als Aufgabengebiet der Tropenmediziner verstanden. Zwei Masterstudiengänge, die in Heidelberg und in Berlin von tropenmedizinischen Instituten zu International Health angeboten werden, beziehen sich überwiegend auf Gesundheitsprobleme in den ärmeren Regionen der Welt.

Seit 2010 wird Global Health in Heidelberg allerdings für Medizinstudierende als Wahlfach angeboten. Dies deutet möglicherweise auf ein erstes Umdenken an deutschen Universitäten hin. Auch der Projektbereich Internationale Gesundheitswissenschaften des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité Berlin arbeitet ebenfalls zu globaler Gesundheit und hat verschiedene Publikationen zu Global Health Education in Deutschland unterstützt (z.B. Bozorgmehr et al. 2010).

Auch von Medizinstudierenden kommt zunehmend die Forderung globale Gesundheit in Medizinstudiengänge zu integrieren. Die Globalisation and Health Initiative (GandHI) wurde 2006 von einer kleinen Gruppe Medizinstudierender ins Leben gerufen und möchte Kommilitonen für globale Gesundheitsthemen begeistern.

Momentan scheint vieles darauf hinzuweisen, dass die meisten solcher Initiativen von medizinischen Fakultäten ausgehen, obwohl eine interdisziplinäre Herangehensweise wie sie auch international der Fall ist wünschenswert wäre. Eine Dominanz der Fachdisziplin Medizin in Deutschland und ein damit einhergehender Verlust von Interdisziplinarität stellen bereits Hurrelmann, Laaser und Razum (2006, S. 23) auch für Public Health, fest. Die Schwäche von Public Health in Deutschland ist einer der wesentlichen Gründe für mangelnde akademische Verankerung von Global Health.

Dies muss aber auch in geschichtlichen Bezug gesetzt werden. Lange war die (Weiter-)Entwicklung von Public Health durch den Missbrauch des Nationalsozialismus gehemmt (Hurrelmann/ Laaser/ Razum 2006) und entwickelte sich erst sehr spät - in den 1980- in Deutschland. Dies obwohl viele inzwischen international anerkannte sozialhygienische Ansätze bereits im frühen 20. Jahrhundert entwickelt wurden: es gibt z.B. kaum einen deutschen Wissenschaftler, der in der internationalen public health Diskussion häufiger zitiert wird als Rudolf Virchow.

Globalisierung der Risiken und der Ungleichheit als zentrale strategische Ausrichtungen einer NGGS

Triebkräfte für die „*globalization of public health*“ sind die Globalisierung der Risiken und die Globalisierung der Ungleichheiten - in der globalen Gesundheitsdiskussion werden sie mit den Begriffen *health security* und *social determinants of health* gefasst. Das nationale Ziel die Gesundheit der eigenen Bevölkerung zu schützen und die internationale Verpflichtung den Zugang zu Gesundheit weltweit zu verbessern verbinden sich zu einer neuen Interdependenz.

Globalisierung der Risiken

Vorrangiges Ziel einer jeden nationalen Gesundheitspolitik ist es die Gesundheit der Bevölkerung eines Landes zu sichern. Dies erfolgt durch Maßnahmen in Bezug auf die Determinanten der Gesundheit, durch Public Health Maßnahmen und durch die Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Nationale Gesundheitspolitik ist aber im 21. Jahrhundert aufgrund zunehmender transnationaler Prozesse und Interdependenzen durch einen **Prozess der Entgrenzung** gekennzeichnet. Die NGGS des amerikanischen Gesundheitsministeriums drückt einen Aspekt dieser Dynamik deutlich aus:

While the majority of HHS's work to protect and promote the health of Americans is carried out within our borders, **the increasing interconnectedness of our world has demanded that HHS expand its global presence.** S. 4

Viele Gesundheitsprobleme sind **global** – das heißt sie manifestieren sich zwar vor Ort, haben ihren Ursprung aber in komplexen globalen Zusammenhängen, Entscheidungen in anderen Sektoren und auch in den politischen Entscheidungen anderer Staaten. (Kickbusch 1999). Sie sind von der Klimapolitik ebenso abhängig wie von der Finanzpolitik. Daraus ergeben sich komplexe Probleme der **multi level governance** – eine Vielzahl von Entscheidungsebenen ist in den politischen Prozess

eingebunden. Es gibt einen „gemeinsamen globalen Gefahrenraum“, der sowohl von „Externalitäten“ (die un-kompensierte Auswirkung des Handelns auf die Wohlfahrt eines unbeteiligten Dritten) wie von „spill-ins“ (von außen zugefügte negative externe Effekte) geprägt ist. Aber es gibt häufig noch keinen **gemeinsamen politischen Entscheidungsraum** der dieser Dynamik und diesen Interdependenzen entspricht. Das zeigt die derzeitige Finanz- aber auch die Klimakrise deutlich.

“The financial crisis has drained the world’s capacity for dealing with shocks. The frequency and severity of risks to global stability have amplified, while the ability of global governance systems to deal with them has not.” (WEF 2012)

Die schwedische Strategie für Entwicklungspolitik drückt dies wie folgt aus:

National, regional and global perspectives are increasingly intertwined. National policies are increasingly concerned with cross-border issues whose repercussions are international in scope. The need for coherence and cooperation across policy areas to deal with these common challenges has never been greater. Government Offices of Sweden (2008) .

In der Globalen Gesundheit manifestiert sich die globale Dynamik Bezug auf die Gesundheitsdeterminanten, auf Infektionskrankheiten („*Viren kennen keine Grenzen*“) wie auch für Fragen von Umwelt und Gesundheit; aber auch für die nicht-übertragbaren Krankheiten durch den Export gesundheitsschädlicher Güter, sowie von „Lebensstilen“. („*Smoking is a communicated disease*“) Auch die Sicherung des benötigten Gesundheitspersonals, Gesundheitsforschung, Innovation und Gesundheitswirtschaft sind zunehmend in grenzüberschreitende Prozesse eingebunden. Interdependenz erfordert nationales Handeln in Bezug auf den transnationalen Raum: **Gesundheitspolitik muss auf neue Weise gleichzeitig auf globaler und nationaler Ebene gestaltend wirksam sein und eine breite Vielfalt von Akteuren einbinden.**

Diese Herausforderungen betreffen viele Ressorts, sie erfordern neue Kompetenzen in den zuständigen Ministerien sowie neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Ministerien und zwischen Ministerien und anderen Akteuren. Für Deutschland schließt dies auch die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern und Kohärenz mit den Regelungen der EU ein. Die Notwendigkeit einer „Inklusivität“ vieler Akteure – horizontal und vertikal//multilevel - spricht auch die *Busan High level Forum IV Erklärung 2011* deutlich an:

We, Heads of State, Ministers and representatives of developing and developed countries, heads of multilateral and bilateral institutions, representatives of different types of public, civil society, private, parliamentary, local and regional organisations meeting here in Busan, Republic of Korea, **recognise that we are united by a new partnership that is broader and more inclusive than ever before**, founded on shared principles, common goals and differential commitments for effective international development. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness in Busan, South Korea (HLF-4, 29 November-1 December 2011)

Globalisierung der Ungleichheiten.

Vorrangiges Ziel der globalen Gesundheitspolitik ist es für alle Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitssystemen zu schaffen. Besonders durch den Druck der Zivilgesellschaft und nicht-staatlicher Organisationen hat sich eine neue globale Verantwortungsethik auch im Bereich der Gesundheit entwickelt. Wie schon in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1948 festgeschrieben wird Gesundheit in internationalen Vereinbarungen als Menschenrecht und zunehmend als globales öffentliches Gut anerkannt. Hier ist die Antriebskraft der Entwicklungszusammenarbeit und vielen NGOs verortet. Das Paradox des Globalisierungsprozesses bedeutet: „*as the world grows together, it is also growing apart.*“

Die Globalisierung der Risiken wird von einer neuen Ungleichheitsdynamik begleitet, diese ist zu einem **strategischen Ankerpunkt der globalen Gesundheitspolitik** geworden. geworden – z.B. in Bezug auf den Zugang zu Arzneimitteln. Diese Ausrichtung auf die Ungleichheit führt dazu, dass Fach- und Ressort bezogene Risiken (wie Gesundheit) auch international sehr viel breiter diskutiert werden – z.B. in der UN Vollversammlung oder im Menschenrechtsrat aber auch in Foren wie dem WEF. Der WEF Global Risk Report 2011 hat beispielsweise die wachsende soziale Ungleichheit zum größten weitweiten Risiko erklärt (WEF 2012)

Für die globale Gesundheit bedeutet dies u.a. die Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten für Gesundheit; das Einsetzen für breite soziale Sicherung und den universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten; Zugang zu Arzneimitteln; Forschung für neglected diseases. Die extrem hohen Unterschiede in der Lebens- und Gesundheitserwartung weltweit werden nicht mehr als selbstverständlich hingenommen und die Verantwortung für die externen Auswirkungen von internen Politiken wird eingefordert. In der nationalen und in der EU Diskussion hat sich dies durch die Akzeptanz von „**Health in All Policies**“ niedergeschlagen. So verbinden sich nun die Fragen nach der Bekämpfung der sozialen Ungleichheit mit Fragen der globalen Governanz. Auch der 2011 Global Risk Report des World Economic Forum macht dies deutlich:

“**Economic disparity** and **global governance** failures emerged from the Forum's Global Risks Survey 2010 as the two most highly connected risks and were perceived as both very likely and of high impact (see Global Risks Landscape and Risks Interconnection Map, in the Data Explorer). They influence the context in which global risks evolve and occur in two critical ways: first, they can exacerbate both the likelihood and impact of other risks; second, they can inhibit effective risk response”. (WEF 2012)

Zunehmend geht der Blick über die „engere“ Gesundheitspolitik hinaus und umfasst auch jene Bereiche, die als soziale und politische Determinanten von Gesundheit verstanden werden: Armutsbekämpfung, Partizipation, Zugang zu Schule und Ausbildung und Rechte von Frauen. (MDGs; WHO Erklärung von Rio über die sozialen Determinanten von Gesundheit, 2011) Dies wird als Beitrag zu einer „sozial verantwortlichen Globalisierung“ (Deacon 2000) verstanden und spiegelt sich zunehmend in den Ansprüchen an eine Sektoren-übergreifende Entwicklungszusammenarbeit sowie einer Vielzahl von innovativen Partnerschaften auf globaler Ebene wie **vor Ort wider**. Ein Teil der neuen strategischen Herausforderung ist, dass die größte Anzahl der Armen heute in Schwellenländern lebt und dass durch die Finanzkrise auch die Armut in Europa wieder zunimmt.

Vielen dieser Herausforderungen ist nur begrenzt mit technischen Lösungen beizukommen – sie werden neue Formen internationaler Abkommen brauchen, im Sinne eines internationalen Risikoausgleiches. Gerade von den Nicht Regierungsorganisationen wird die „Transnationalisierung sozialer Ungleichheit“ als politisches Problem gefasst. Sie kritisieren ein neoliberales Wirtschaftsmodell, das diese Prozesse hervorruft und beschleunigt. (Global Health Watch 2011)

C. Globale Gesundheit und Außenpolitik

Unterschiedliche Perspektiven

Globale Gesundheit kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden – im politischen Dialog bewegt sie sich häufig um bestimmte Metaphern. Stuckler und McKee (2008) identifizieren fünf Metaphern für die globale Gesundheit:

“an international foreign policy agenda, with a focus on trade and diplomacy; a global security issue, combating the combined threats of global bioterrorism and epidemic infectious disease; a philanthropic challenge to conquer poverty; an investment to maximize global economic development; or an international public health strategy, addressing the global burden of disease.” (Stuckler/McKee (2008) siehe auch Kickbusch 2010).

Der Bezug zwischen Außenpolitik und Gesundheitspolitik wird deutlicher. Darin spiegelt sich die sowohl die veränderte Aufgabe der Außenpolitik im 21. Jahrhundert wieder, wie die veränderten Gesundheitsherausforderungen. Auch Außenpolitik muss zunehmend zweierlei gleichzeitig leisten: die Sicherung der nationalen Interessen und die Sicherung der kollektiven Interessen –auch im Gesundheitsbereich.

Die politischen Herausforderungen der globalen Gesundheitspolitik sind jenen in der Umwelt- und der Finanzpolitik nicht unähnlich, sie erfordern zunehmend internationale Absprachen und gemeinsames Handeln. Das G8 Gipfeltreffen in Okinawa im Jahr 2000 hatte *Gesundheit als den Grundstein für Wohlstand* definiert und erstmals (auf Anregung der Weltgesundheitsorganisation) ein Gesundheitsthema aufgenommen. Der Kampf gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria kam prominent auf die Tagesordnung – und wurde regelmäßiger Bestandteil der Agenda. Auf dem G8-Gipfel in Evian 2003 wurde der erste G8 *„Gesundheitsaktionsplan“* verabschiedet; 2005 in Gleneagles vereinbarte man die Entwicklungshilfe für Afrika bis 2010 zu verdoppeln, sowie 2010 als Ziel für den universellen Zugangs zu HIV/AIDS Behandlung zu setzen. Auch in der Folge waren Gesundheitsfragen immer wieder auf der G7/8 und 20 Agenda. Von daher ist für eine deutsche Positionierung die Beziehung zwischen Außenpolitik und Globaler Gesundheit besonders bedeutsam.

DEU: Auf der Webseite des deutschen Außenministeriums heißt es: „Die Folgen der Globalisierung erfordern zunehmend **außenpolitische Antworten auf gesundheitspolitische Fragen**. Neue Technologien und offene Märkte haben die Mobilität von Menschen, Gütern und Dienstleistungen beschleunigt, damit jedoch auch die Verwundbarkeit durch Gesundheitsrisiken erhöht. Nur internationale Zusammenarbeit kann grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren wirksam eindämmen und die Potenziale der Globalisierung nutzen.“(Auswärtiges Amt 2010a)

Die Diskussion im die Beziehung zwischen Außenpolitik und Gesundheit bewegt sich um die Pole „hard“ and „soft“. Der *wirtschaftliche und politische Bedeutungszuwachs* der Gesundheit gab zu Annahme Anlass, dass Gesundheit von einem „weichen“ Thema zum „harten“ Bestandteil der Außenpolitik werden könnte – zum anderen aber wird Gesundheit gerade als Ausdruck von „soft power“ Strategien gesehen. Labonté und Gagnon haben sechs Sichtweisen (policy framing) von *“health as foreign policy“* vorgeschlagen:

“health and security, health and development, health and global public goods, health and trade, health and human rights und health and ethical/moral reasoning”. (Labonte/Gagnon 2011)

Eine vergleichende Analyse zeigt, dass einzelne Sichtweisen für bestimmte Länder bedeutsamer sind als für andere – so ist das sicherheitspolitische Argument in den USA besonders wichtig. Auch in

Deutschland gibt es Aktivitäten in diesem Bereich v.a. nach 9/11, trotzdem kann man in Deutschland kaum von einer „*securitization of public health*“ (Fidler /Gostin 2008) sprechen.

DEU: Deutschland war an der Gründung der GLOBAL HEALTH SECURITY INITIATIVE (GHSI) (November 2001) beteiligt: *“Ministers called for concerted global action to strengthen public health preparedness and response to the threat of international biological, chemical and radio-nuclear terrorism.”* Deutschland ist durch das BMG und das Robert-Koch-Institut (RKI) in verschiedenen internationalen und europäischen Gremien wie dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) oder in der Pandemic Influenza Working Group der von der GHSI gegründeten Global Health Security Action Group (GHSAG) vertreten. Mit der Einrichtung des Zentrums für Biologische Sicherheit (ZBS) nach 9/11 und den Milzbrandanschlägen wurde dem RKI ein neues Aufgabengebiet zugeteilt. Es *“entwickelt Verfahren zur Schnelldiagnostik bioterroristisch relevanter Erreger sowie Szenarien zur Abwehr bioterroristischer Anschläge und steht für Anfragen aus Bevölkerung und Fachöffentlichkeit zur Verfügung”* (RKI 2005).

Die kopernikanische Wende

Einige Beobachter entgegnen, dass die oben ausgeführten Beziehungen zwischen Gesundheits- und Außenpolitik sich zu sehr an herkömmlichen Modellen der politikwissenschaftlichen Analyse und traditionellen Aufgaben der Außenpolitik orientieren, welche vor der Dynamik der Globalisierung entwickelt wurden.

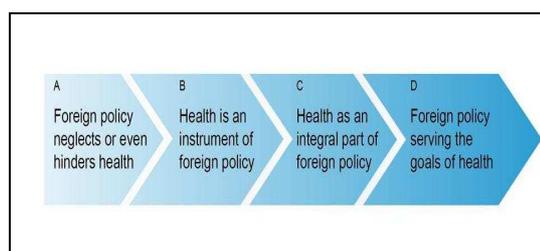
...we cling to the old models, working ever harder to fit the phenomena we observe into the forms of the past. (Burriss/Drahos/Shearing 2005)

Alcázar (2009) hingegen hat die neue Beziehung zwischen Außenpolitik und globaler Gesundheit als die **„kopernikanische Wende“ in der globalen Gesundheitspolitik** bezeichnet. Er bezieht sich auf die Initiative *„Global Health and Foreign Policy“* welche 2007 durch die Außenminister von Norwegen und Frankreich ins Leben gerufen wurde. Mit unterschrieben wurde die Oslo Ministerielle Erklärung von fünf weiteren Außenministern: Brasilien, Indonesien, Thailand, Senegal und Süd Afrika. Sie hat zu mehreren vielbeachteten Resolutionen der UN Vollversammlung geführt Die Gruppe der sieben Außenminister stellt fest:

Wir glauben dass Gesundheit die wichtigste, weitgehend vernachlässigte Langzeitaufgabe der Außenpolitik unserer Zeit ist.“ Oslo Ministerielle Erklärung 2007 (Amorim, C. et al. 2007).

Die Gruppe hat nun unter norwegischer Koordination zusammen mit der Zeitschrift *The Lancet* eine **Kommission gegründet die sich mit Fragen der Globalen Governanz für Gesundheit** beschäftigt wird. (Ottersen/Frenk/Horton 2011)

Das Verhältnis zwischen Außenpolitik und Globaler Gesundheit ist für die Formulierung einer NGGS von zentraler Bedeutung. Dieses Gutachten schlägt vor den strategischen Zugang anhand von vier Dimensionen zu betrachten: (Kickbusch 2011)



Unter A sind Maßnahmen zu verstehen, die sich **negativ auf die Gesundheit** auswirken, z.B. bestimmte Ansätze in der Handelspolitik oder in der Agrarpolitik. B umschreibt viele Ansätze der „**soft power strategie**“ die meist in Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt wird – besonders in jenen Ländern wo die EZ eng an das Außenministerium gekoppelt ist. Dies geschieht auch von höchster Regierungsebene, z.B.: das PEPFAR Programm von Präsident G.W. Bush oder die neuen Global Health Initiative von Präsident Obama. C: angesichts des Sicherheitsrisikos ist die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zum **integralen Teil der Außenpolitik** geworden, denn sie wird auch sicherheitspolitisch relevant. Auch die Europäische Union richtet 2005 das ECDC zur Koordination der Seuchenbekämpfung ein: „*with the aim to strengthen Europe's defences against infectious diseases.*“ (ECDC 2007)

Der auch von Alcázar vertretene neue Denkansatz D zum Verhältnis zwischen Gesundheit und Außenpolitik versteht die Gesundheit nicht mehr nur Teil der Entwicklungspolitik oder ein Instrument der Außenpolitik, sondern **ein Ausgangspunkt und eine Priorität für außenpolitisches Handeln**. Geradezu modellhaft illustriert ist dieser Ansatz durch die UN Resolution mit dem Titel „*Globale Gesundheit und Außenpolitik*“, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Dezember 2009 verabschiedet wurde. Ebenso ist es Gegenstand des am 15. Februar lancierten „White Paper on Global Health“ der Norwegischen Regierung. Darin wird Gesundheit als zentraler Gegenstandsbereich der Außenpolitik gesetzt, dessen Reichweite und Komplexität neue Erfordernisse sowohl an Nationalstaaten wie auch an internationale Organisationen stellt. Auch die von der Europäischen Union am 10. Mai 2010 im Rat für Auswärtige Angelegenheiten verabschiedeten Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik bringen die Ausrichtung D zum Ausdruck.

Aktivitäten der Schwellenländer

“The resurgence of interest in South South co-operation gives us clues as to how aid will look like in the coming era, with **mutual interest replacing apparent charity** as the prime motive.“ (Glennie 2011)

Die **BRICS Länder** - Brasilien, Russland, Indien, China und Süd Afrika – haben schon in den 90er Jahren begonnen die Ziele der nationalen Gesundheitspolitik – z.B. Zugang und Preise von Arzneimitteln – mit denen der Außenpolitik zu verbinden. China ist nach Aussagen hoher Beamter dabei eine NGGS zu formulieren. Inzwischen haben alle BRICS Länder „Entwicklungszusammenarbeitsagenturen“ eingerichtet. Zudem hat im Juli 2011 das erste Treffen der BRICS Gesundheitsminister in China stattgefunden, um ihre globale Gesundheitsstrategien abzustimmen. Ihre Deklaration, die „Beijing Declaration“ ist in gewisser Weise eine „*BRICS Global Health Strategy*“. Thailand hat das Modell einer *Thai National Health Assembly*, in dem auch globale Fragen erörtert werden und einen detaillierten und partizipativen Vorbereitungsprozess für die Weltgesundheitsversammlung. Länder wie Kenia und Mexiko streben mit den Abteilungen für internationale Gesundheit in ihren Gesundheitsministerien explizit die Interaktion von nationaler und globaler Gesundheitspolitik an.

Viele Länder sind sich der Machtverschiebung in einer multipolaren Welt sehr bewusst und setzen vermehrt auf **gleichberechtigte Zusammenarbeit** statt auf karitative Hilfsprojekte. Zugleich aber ist ein politischer und wirtschaftlicher Konkurrenzkampfes sowie einer **Auseinandersetzung um Werte, Entwicklungsmodelle und neue Formen transnationaler Politik** im Gange. Vermehrt wird im internationalen Raum die Ablösung des Washington Consensus durch den Beijing Consensus diskutiert (Halper 2010) oder die globale Machtverschiebung mit dem Wortspiel von Westphalia zu

Eastphalia umschrieben. (Fidler 2011) Daraus erklärt sich auch das **gestiegene Interesse vieler Regierungen an der Interaktion zwischen Globaler Gesundheit, Außenpolitik und wirtschaftlichen Interessen**. Diese Entwicklung wird von vielen NGOs sehr kritisch beobachtet.

In Europa ergibt sich noch eine zusätzliche Dimension. 27 Länder handeln gemeinsam unter dem Dach der Europäischen Union und werden entsprechend von der jeweiligen Präsidentschaft und dem Europäischen Auswärtigen Dienst der EU nach außen vertreten – auch in internationalen Gesundheitsorganisationen und in Bezug auf die Entwicklungszusammenarbeit. Während die EU schon lange durch die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich tätig ist, hat auch sie sich erst in den letzten Jahren der breiteren Ressort übergreifenden Global Health Thematik zugewandt.

Global Health ist seit 2008 ein zentraler Baustein der EU Gesundheitsstrategie im Direktorat SANCO und 2010 hat die Europäische Union „Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik“ (Rat der Europäischen Union 2010) verabschiedet.

„ In unserer globalisierten Welt lassen sich einzelstaatliche oder EU-weite Aktionen schwer von der globalen Politik trennen, da globale Gesundheitsfragen Einfluss auf die interne gemeinschaftliche Gesundheitspolitik haben und umgekehrt (...). Der Beitrag der EU zur globalen Gesundheit erfordert die Interaktion der Gesundheits-, Entwicklungs-, Außen-, Forschungs- und Handelspolitik. „ Europäische Kommission (2007).

Dadurch entsteht ein bedeutender zusätzlicher Interaktions- und Entscheidungsraum, der ebenfalls seine eigene Dynamik entwickelt hat – und wiederum auf nationaler Ebene neuen Koordinationsbedarf zwischen Abteilungen – z.B. für internationale Gesundheitspolitik; EU Gesundheitspolitik und Entwicklungszusammenarbeit - nach sich ziehen.

Das zeigt sich beispielsweise in der Wiederaufnahme des Entwicklungsdialogs zwischen der EU und den USA. Dazu fand im Juni 2011 ein Treffens zwischen dem EU-Kommissar Andris Piebalgs und dem Leiter der US-Entwicklungsbehörde USAID, Dr. Rajiv Shah, statt:

„Die EU und die USA werden als weltweit wichtigste Hilfegeber ihre Zusammenarbeit in den Bereichen globale Gesundheit, Klimawandel, Ernährungssicherheit und Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) intensivieren. Sie leisten insgesamt 90 % der öffentlichen Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich und beabsichtigen, eine Arbeitsgruppe von Gesundheitsexperten einzurichten, um die Möglichkeiten einer künftigen Zusammenarbeit im Rahmen der globalen Gesundheitspolitik der EU und der US-Initiative für globale Gesundheit (GHI) auszuloten.....“ Europäische Kommission (2011).

Verortung von Gesundheit als Bereich der deutschen Außenpolitik : der Wunsch nach einem kohärenten Politikansatz

Die Trennung der Aufgaben zwischen Außenpolitik und Gesundheitspolitik ist in vielen Ländern der in Deutschland sehr ähnlich. Dem untenstehenden Zitat zufolge ist Deutschland zumindest in der Rhetorik und auf der Webseite beim Ansatz „*Health as integral to foreign policy*“ angekommen:

DEU: „Neue Krankheiten, weltweite Epidemien und Bioterrorismus stellen Bedrohungen für die nationale wie internationale Sicherheit dar. Gesundheitsgefahren beeinträchtigen auch wirtschaftliches Wachstum und Entwicklungschancen sowie die soziale und politische Stabilität von ganzen Regionen. (...) Wachsende Gesundheitsgefahren erfordern, dass Regierungen und Fachleute schnell und effizient überregional zusammenarbeiten und Informationen austauschen – sei es zur Koordination der internationalen Pandemie-Eindämmung, dem weltweiten Kampf gegen Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Tuberkulose, Malaria und Polio oder der Stärkung von Gesundheitssystemen. Darum **sind globale Gesundheitsfragen heute fester Bestandteil der Außenpolitik.**“ (Auswärtiges Amt 2010a)

Die Notwendigkeit auf neue Weise zusammenzuarbeiten wird vom deutschen Außenministerium betont und bietet die Grundlage für die Entwicklung einer deutschen NGGS:

DEU: Angesichts der Vielfalt von Akteuren, Fragestellungen und Verfahren in der globalen Gesundheitspolitik sowie der Verknüpfung mit anderen Bereichen der Außenpolitik können internationale Gesundheitsfragen nicht mehr als klar abgrenzbare Fachaufgaben gesehen werden. Sie erfordern vielmehr einen **ganzheitlichen und kohärenten Politikansatz** unter Einbeziehung aller relevanten Regierungsstellen, aber auch der Akteure aus Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft. (Auswärtiges Amt 2009).

Die Trennung zwischen der Außen- und der Entwicklungspolitik in zwei Ministerien (in vielen Ländern handelt es sich um eine Entwicklungsagentur, die dem Außenministerium unterstellt oder zumindest zugeordnet ist) ist in Deutschland ausgeprägter als in vielen anderen Ländern.

Angesiedelt ist das Thema globale Gesundheit v.a. in **der Abteilung für Vereinte Nationen und globale Fragen VN 03**, das sich laut Organigramm konzeptionellen Fragen der VN-Politik widmet; politische Fragen in Generalversammlung und ECOSOC, Sozialentwicklung, Gleichstellung, Gesundheit in den VN (UNAIDS); Wahlkoordinierung; institutionelle und politische Fragen von WHO, ILO, UNESCO und WMO, Grundsatzfragen der Sonderorganisationen, GFATM. Für die Zusammenarbeit mit diesen Organisationen ist das Auswärtige Amt jedoch nicht federführend, sondern spiegelt Aufgaben anderer Ressorts wieder. Das Auswärtige Amt verfügt auch nicht über Gelder, die im Bereich der globalen Gesundheit verwendet werden können. Der Bereich Humanitäre Hilfe fällt ebenfalls in die Abteilung für Vereinte Nationen und globale Fragen (VN 05: Humanitäre Hilfe; Humanitäres Minenräumen; UNHCR, UNRWA, OCHA, ECHO; IKRK; Katastrophenvorsorge. Auch hier ergeben sich wichtige Gesundheitsdimensionen.

Im Jahr 1999 wurde im Auswärtigen Amt das Forum für Globale Fragen ins Leben gerufen. Damit wollte das Auswärtige Amt der Zivilgesellschaft und Regierung ein Forum bieten, um verschiedene globale Herausforderungen zu diskutieren, die im Prozess der Globalisierung nicht mehr nur von einem Staat oder von staatlichen Akteuren allein gelöst werden können (Webseite Auswärtiges Amt). Inzwischen wird *Globale Gesundheitspolitik* als einer von acht Schwerpunktbereichen des Forums aufgeführt. Auf der Webseite werden auch die derzeitigen Schwerpunkte der deutschen globalen Gesundheitspolitik benannt:

DEU: In der globalen Gesundheitspolitik engagiert sich Deutschland besonders in den Schwerpunktbereichen Pandemie-Eindämmung, Bekämpfung von tödlichen Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Tuberkulose, Malaria und Polio) sowie Stärkung von Gesundheitssystemen. Zudem gilt es, eine Balance zwischen geistigen Eigentumsrechten und gleichberechtigten Zugang zu Medikamenten zu finden sowie die Arzneimittelqualität zu erhalten. Die Schwerpunkte der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich Gesundheit liegen laut dem BMZ Sektorkonzept „Gesundheit“ auf (I.) der Stärkung von Gesundheitssystemen, der (II.) Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit/Sexuelle und Reproduktive Gesundheit sowie der (III.) Bekämpfung von HIV/AIDS und anderer übertragbarer Krankheiten (BMZ 2009a). Insbesondere betont das BMZ die Orientierung seiner Gesundheitsprogramme am menschenrechtsorientierten Ansatz.

Es wird sowohl auf die multilaterale Zusammenarbeit, wie auf die sehr intensive bilaterale Zusammenarbeit – in mehr als 40 Ländern – hingewiesen. Kohärenz wird vom Außenministerium auch in der Gesundheitsdiplomatie durch die Zusammenarbeit mit den ständigen Vertretungen in den Ländern und bei den Vereinten Nationen angestrebt. Das Auswärtige Amt hat mittlerweile in seiner Ständigen Vertretung bei den Vereinten Nationen in Genf einen Diplomaten als Gesundheitsattaché. Desweiteren gibt es eine vom BMZ an das AA abgeordnete Referentin für UNAIDS in Genf. Nach Aussagen der Interviewpartner haben in den letzten Jahren aufgrund der

veränderten Ausgangslage und des erhöhten Entscheidungsdruckes die Kontakte zwischen den Fachministerien und dem Außenministerium zugenommen.

Soft power

In der außenpolitischen Diskussion erfreut sich der Begriff „soft power“ zunehmender (teilweise inflationärer) Beliebtheit. Er wurde von dem amerikanischen Politologen Joseph D. Nye geprägt. Er unterscheidet drei Arten von Macht über die Länder zur Durchsetzung ihrer Interessen verfügen: Militärische Macht, wirtschaftliche Macht und **Soft power**, d.h. die Fähigkeit, die Präferenzen anderer durch Überzeugungskraft zu beeinflussen.

"Soft power is the ability to affect others to obtain the outcomes one wants **through attraction rather than coercion or payment**. A country's Soft power rests on its resources of culture, values, and policies. A smart power strategy combines hard and soft power resources. **Public diplomacy** has a long history as a means of **promoting a country's Soft power** and was essential in winning the cold war." Nye (2008).

Gesundheitsprogramme erfüllen viele Kriterien des soft power – und besonders die USA haben die Bedeutung dieser Form der Außenpolitik in der Folge des Irakkrieges gestärkt, Beispiel sind PEPFAR und die Global Health Initiative sowie die Teilnahme an einer Vielzahl von globalen Gesundheitsinitiativen. Aber auch ein Land wie die Schweiz orientiert sich an soft power:

Soft power erleichtert der Schweiz die Verfolgung ihrer Interessen im Rahmen der **bilateralen Interessenwahrung** oder der Wahrung der Schweizer Interessen im **multilateralen Kontext**. In einer Krise oder bei negativer Medienberichterstattung kann Soft power als **Puffer** wirken. Soft power kann nicht alleine von der Regierung und von der Außenpolitik geschaffen werden. Vielmehr beruht Soft power auf **Glaubwürdigkeit** und **Vertrauen**, das die Schweiz als Ganzes im Ausland auf Grund ihrer Handlungen in der Vergangenheit aufgebaut hat. Die kulturellen und politischen Werte eines Landes spielen dabei eine zentrale Rolle. (Eidgenössisches Departement des Äußeren, EDA)

Was positioniert Deutschland – was macht es attraktiv für andere? Wie steht es um Glaubwürdigkeit und Vertrauen in einer interdependenten und transnationalen Welt? Was bedeutet soft power angesichts einer wachsenden – auch kritischen beäugten – Rolle Deutschlands in Europa und der Welt? Soft power wird in Deutschland bisher eher in Hinblick auf den Kulturaustausch diskutiert so in dem Konzeptpapier zur Auswärtigen Kultur- und Bildungspolitik (Auswärtiges Amt 2011) oder in der Wissenschaftspolitik (Schütte 2006) in Hinblick auf Deutschland als Forschungsstandort.

Eine „soft power“ Bündelung der globalen Gesundheit mit hoher Sichtbarkeit ist in der deutschen Politik aufgrund sowohl der außenpolitischen Positionierung wie auch der Zersplitterung der Zuständigkeiten bisher nicht erfolgt – und wohl auch nicht angestrebt gewesen. Eine ausführliche Diskussion inwieweit ein strategischer Ansatz zur Globalen Gesundheit auch zur strategischen Außenkommunikation über Deutschland beitragen kann – über Werte, Positionen, Ziele – steht noch aus. Sie könnte im Rahmen der Formulierung einer NGGS stattfinden. Beispiele positiver Positionierung Deutschlands sind sicherlich in den Bereichen von *social protection* und *universal coverage*, sowie im Bereich von Umwelt und Gesundheit zu suchen. Von daher könnte nicht nur der Wunsch nach mehr Kohärenz wichtig für die Ausformulierung einer NGGS sein – sondern auch die Notwendigkeit **aufgrund der veränderten Rolle von Deutschland in Europa und der Welt auch im Rahmen von „soft power“ deutlicher aufzutreten und einen sichtbaren und verlässlichen Beitrag zur Lösung globaler Probleme zu leisten.**

Internationalisierungsstrategien einzelner Ressorts

In gewisser Weise ist der Ansatz einer NGGS in Deutschland auch Teil einer Internationalisierungsstrategie wie sie schon bei anderen Ressorts festzustellen ist. Bedeutsam für Globale Gesundheit sind besonders zwei dieser Strategien:

Die Internationalisierungsstrategie für Wissenschaft und Forschung der Bundesregierung besteht seit 2008 um Deutschlands Rolle in der globalen Wissensgesellschaft stärken – dies wird auch als „*science diplomacy*“ bezeichnet. Sie will die Zusammenarbeit der besten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler stärken; Innovationspotenziale international erschließen; Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern in Bildung, Forschung und Entwicklung nachhaltig stärken und International Verantwortung übernehmen, um globale Herausforderungen zu bewältigen.

DEU: So hat sich der Dialog mit den G8- und OECD-Staaten über eine internationale Forschungsagenda etabliert und Deutschland eine Führungsrolle übernommen. Die Themen: Der Klimawandel, die Sicherung der Energieversorgung sowie die **Bekämpfung von Armut und Infektionskrankheiten**. Der Schwerpunkt liegt jedoch eindeutig bei Fragen des Klimawandels – nicht der Gesundheit.

In diesem Zusammenhang hat das BMBF das Deutsche Institut für Entwicklungspolitik (DIE) beauftragt in Zusammenarbeit mit dem OECD-Sekretariat und dem Committee for Science and Technology Policy (CSTP) der OECD gemeinsam mit einem internationalen Forschungsnetzwerk das Forschungsprojekt „*Internationale Governance-Strukturen für Forschung und Innovation als Antwort auf die globalen Herausforderungen*“ durchzuführen.

Es soll bestehende internationale Strukturen im Bereich Forschung, Technologieentwicklung und Innovationen zu Themen von globaler Bedeutung analysieren und Empfehlungen zur Einführung neuer bzw. verbesserter multilateraler Kooperationsmechanismen entwickeln. Auf der Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse sollen OECD-Leitlinien für die multilaterale Forschungskooperation entwickelt und verabschiedet werden.

Ebenso bedeutsam für globale Gesundheit ist die kürzlich auf die Gesundheitswirtschaft hin initiierte Internationalisierungsstrategie des Wirtschaftsministeriums: **Exportinitiative Gesundheitswirtschaft: Health Made in Germany**. Die Exportinitiative Gesundheitswirtschaft unterstützt deutsche Unternehmen mit vielfältigen Maßnahmen dabei Auslandsmärkte zu erschließen. Ziel der Exportinitiative ist, Deutschland im Bereich der Gesundheitswirtschaft als eines der führenden Exportländer zu etablieren.

DEU: „Die Nachfrage nach Gesundheitsprodukten boomt weltweit. Deutschland wird von dieser Entwicklung profitieren. Denn hinter den USA und noch vor Japan ist Deutschland das zweitgrößte Exportland von Medizintechnik. Mit seiner Exportinitiative Gesundheitswirtschaft unterstützt das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) die deutsche Gesundheitswirtschaft auf ausländischen Märkten.“ (BMWi 2011).

Die strategische Einbindung dieser beiden Strategien wird für eine Positionierung Deutschlands in der Globalen Gesundheit von hoher Bedeutung sein. Die Busan 2011 Erklärung schlägt vor, derartigen Strategien gegenüber traditioneller „Entwicklungshilfe“ den Vorzug zu geben – man strebt eine globale Partnerschaft aller Akteure an. Die neue Initiative zwischen 13 Pharmafirmen, drei Regierungen (UK, USA und U.A.E.) sowie internationalen Organisation wie der WHO und der Weltbank sowie der Bill und Melinda Gates Foundation zur Bekämpfung der „neglected diseases“ (am 30. Januar 2012 lanciert) ist ein Beispiel der neuen Form von Zusammenarbeit. http://www.who.int/neglected_diseases/en/

Deutschland könnte sich hier mit einer wertebasierten Wissenschafts- und Wirtschaftszusammenarbeit deutlicher positionieren und diese Ressorts könnten signifikant zu einer NGGS beitragen. Die vielen Zuständigkeiten aber auch das erhöhte Interesse an Gesundheit aus verschiedenen Perspektiven und Interessen kann aber auch innerhalb der Regierung zu Konflikten führen. Hier einige der grundlegenden Konfliktlinien in Bezug auf eine NGGS angelegt. Fachentscheidungen können schnell als politisch motiviert interpretiert werden – und umgekehrt werden politische Entscheidungen als fachliche Notwendigkeit dargestellt. Sollen z.B. entwicklungspolitische Fragen einer außenpolitischen Ausrichtung untergeordnet werden? Gehen Menschenrechtsaspekte bei einer Einbindung wirtschaftlicher Akteure verloren? Lenken globale Güter von der Armutsbekämpfung ab? Die öffentliche politische Auseinandersetzung darüber ist aber Teil einer lebendigen NGGS.



부산 세계개발원조총회
**4th High Level Forum
on Aid Effectiveness**
29 Nov –1 Dec 2011, Busan, Korea

Outcome Document

4. As we reaffirm our development commitments, we realise that the world has changed profoundly since development co-operation began over 60 years ago. Economic, political, social and technological developments have revolutionised the world in which we live. Yet poverty, inequality and hunger persist. Eradicating poverty and tackling the global and regional challenges that have adverse effects on the citizens of developing countries are central to ensuring the achievement of the Millennium Development Goals and a more robust and resilient global economy for all. Our success depends on the results and impact of our joint efforts and investments as we address challenges such as health pandemics, climate change, economic downturns, food and fuel price crises, conflict, fragility and vulnerability to shocks and natural disasters.

Inclusion of new actors on the basis of shared principles and differential commitments

14. Today's complex architecture for development co-operation has evolved from the North-South paradigm. Distinct from the traditional relationship between aid providers and recipients, developing nations and a number of emerging economies have become important providers of South-South development co-operation. They remain developing countries and still face poverty at home. As such, they remain eligible to benefit from development co-operation provided by others, yet they have increasingly taken upon themselves the responsibility to share experiences and co-operate with other developing countries. The Paris Declaration did not address the complexity of these new actors, while the Accra Agenda for Action recognised their importance and specificities. While North-South co-operation remains the main form of development co-operation, South-South co-operation continues to evolve, providing additional diversity of resources for development. **At Busan, we now all form an integral part of a new and more inclusive development agenda, in which these actors participate on the basis of common goals, shared principles and differential commitments. On this same basis, we welcome the inclusion of civil society, the private sector and other actors.**

D. Der neue Multilateralismus als Herausforderung der Governanz

Die zunehmende Bedeutung von Globaler Governanz

Die Einsicht, dass Länder gemeinsam für die Gesundheit handeln müssen nimmt zu. Vier Aspekte stehen im Vordergrund:

- Alle Länder müssen nicht nur zur Eindämmung von **globalen Epidemien** beitragen (Gefahrenabwehr), sondern auch zum Abbau **gesundheitlicher Ungleichheiten** (globale Verantwortungsethik);
- Die gesundheitspolitischen Handlungsschwerpunkte zwischen verschiedenen Teilen der Welt werden sich immer ähnlicher: so sehen sich fast alle Länder der Welt der rapiden Zunahme der **NCDs/chronischen Erkrankungen** gegenüber – diese sind heute weltweit das höchste Sterberisiko;
- Eine einfache Unterscheidung von Nord und Süd angesichts der rapiden **Entwicklung der Schwellenländer** nicht mehr möglich, von daher herrscht in der Globalen Gesundheit eine große Interessensvielfalt, die auch zu neuen Formen der Zusammenarbeit führt – der größte Teil der armen Menschen lebt heute in Schwellenländern;
- Gleichzeitig gilt es dem **Umgang mit fragilen Staaten** (Kharas 2011) besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Ca. eine Milliarde Menschen leben in Ländern, die nicht an der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben bzw. deren Situation sich verschlechtert, da sie verschiedenen Entwicklungsfallen (Konfliktfalle, Ressourcenfalle, schlechte Regierungsführung) gleichzeitig ausgesetzt sind. (Collier 2008).

Aus diesem Grund sind Fragen der **Steuerung (Global Governance)** stark in den Vordergrund der Diskussion um globale Gesundheitspolitik getreten. Viele der NGGS bezeichnen denn auch die Governanz als ihren zentralen Gegenstandsbereich, viele verweisen dabei auch explizit auf die Stärkung der Rolle der WHO

„Globale Governanz bezeichnet die Steuerung globaler Kontexte durch Organisationen, Institutionen, Regel-systeme, Vertragswerke und andere Vereinbarungen.“ (Willke 2006, S. 5)

Die ersten Analysen Globaler Governanz postulierten den Verlust staatlicher Macht und damit auch internationaler Organisationen in einer globalisierten Welt, die von Anarchie gekennzeichnet ist. Das lässt sich aber – trotz der vielen Gesundheitsakteure und der Macht des Privatsektors - angesichts der zunehmenden Regulierungsdichte auf globaler und regionaler Ebene und des Aufstiegs von „staatskapitalistischen“ Staaten wie China oder Brasilien kaum so undifferenziert aufrecht erhalten. Wir erleben die **Ausformung eines neuen Multilateralismus**, der – auch im Gesundheitsbereich – durch eine Vielzahl von Machtverschiebungen, Akteuren und Netzwerken, einer Fülle von Mechanismen und Instrumenten, sowie vom rapiden Wandel gekennzeichnet ist.

“Governance today is characterized by a plurality of actors (states, corporations, the World Trade Organization, institutions of ‘civil society’, criminal and terrorist gangs) forming more or less interconnected governance networks; a plurality of mechanisms (force, persuasion, economic pressure, norm creation and manipulation); and rapid adaptive change.“ (Burris/Drahos/Shearing 2005)

Entsprechend werden im Folgenden einige wichtige Kennzeichen der Governanz der globalen Gesundheit (oder auch der globalen Gesundheitsarchitektur) ausgeführt:

- Vielzahl und Pluralität der Akteure

- Hybride Organisationsformen
- Rolle der Zivilgesellschaft
- Zunehmende Bedeutung regionaler Akteure und von Klubmodellen
- Geopolitische Machtverschiebungen
- Veränderte Aufgaben der Weltgesundheitsorganisation

Kennzeichen: Vielzahl und Pluralität der Gesundheitsakteure

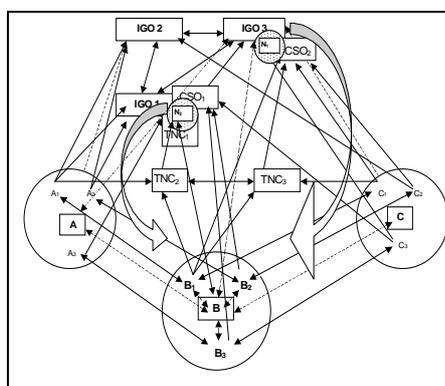
Heute haben über 100 verschiedene Organisationen die Verbesserung der globalen Gesundheit als ihren Schwerpunkt: dabei handelt es sich um ca. 40 bilateral Organisationen, 26 UN Organisationen, 20 globale and regionale Fonds, multilaterale Institutionen, private Stiftungen und Philanthropen und mehr als 90 globale Gesundheitsallianzen. Allein bei der Weltgesundheitsorganisation sind noch über 250 große und kleinere Gesundheitspartnerschaften beheimatet.

Als Folge haben sich ebenfalls eine Reihe neuer Koordinationsmechanismen etabliert: zum Beispiel die *H8* und das *International Health Partnership IHP*, welche versuchen die wichtigsten Geldgeber zusammenzubringen. Auch in der Entwicklungshilfe gibt es Bestrebungen die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit zu erhöhen, so durch die Erklärung von Paris im Frühjahr 2005 und den Aktionsplan von Accra 2008 und neuerdings – mit einer bedeutenden Neuorientierung – Busan 2011.

Die Einbindung der zunehmenden Anzahl von Akteuren auf bilateraler und multilateraler Ebene und ihre Pluralität ist eine Herausforderung für die bestehende internationale „Architektur“ und damit dominantes Thema der derzeitigen Diskussion über die globale Gesundheit. Aber es braucht wahrscheinlich ein radikaleres Umdenken: für das polyzentrische und hybride globale Gesundheitssystem erweist sich der „Architekturbegriff“ oft als zu statisch. (Fidler 2007) Ein solch polyzentrisches System lässt sich nicht mehr zentral steuern sondern entwickelt seine Effizienz durch viele Handlungs- und Entscheidungszentren, die jeweils in wechselnden Allianzen auf einander Bezug nehmen und in ein Netz von Regulierung und Selbstregulierung eingebunden sind. Daraus entwickelt sich eine sogenannte „nodal governance“.

“Governance in (complex) systems is substantially constituted in nodes — institutions with a set of technologies, mentalities and resources — that mobilize the knowledge and capacity of members to manage the course of events. Nodes are normally but not essentially points on networks, but networks are a prime means through which nodes exert influence”. (Burris/Drahos/Shearing 2005)

Hein (2008) hat dies in einem Schaubild verdeutlicht:



Global Politics in a Post-Westphalian System (Hein 2008)

Es mehren sich die Forderungen, dass das globale Gesundheitshandeln aller Akteure (neue Organisationen, grosse Stiftungen, nicht staatliche Organisationen, privat wirtschaftliche Akteure) in diesem polyzentrischen System durch von allen akzeptierten Grundprinzipien und Verfahrensregeln abgestützt werden muss – so z.B. durch eine *Global Health Convention* (Gostin 2008).

Kennzeichen - hybride Organisationsformen:

Nicht nur die wachsende Anzahl der Akteure in der Globalen Gesundheit ist bedeutsam - eines ihrer beachtlichsten Kennzeichen sind die neuen **hybriden Organisationsformen**, die sich herausgebildet haben. Diese Zwitter beherrschen inzwischen das Alltagsgeschäft der globalen Gesundheit. Ähnlich wie im Privatsektor sind diese Organisationformen in der globalen Gesundheit entstanden um **Transaktionen effizienter** zu gestalten und eine dezentrale Erbringungsform mit gleichzeitig strengen Kontroll- und Weisungssystemen durch die zentrale Organisation zu verbinden (wie beim GFATM). Sie haben deutlich zugenommen je mehr sich privatwirtschaftliche Stiftungen (besonders aus den USA) im Feld der globalen Gesundheit engagiert haben – damit ist eine Innovationsform aus dem privatwirtschaftlichen Bereich in den bisher sehr an staatlicher Entwicklungshilfe und traditionellen Erbringungsformen orientierten Sektor der internationalen Gesundheit eingeführt worden. **Die Hybride sind damit auch ein Ausdruck des „globalen“ und einer neuen Form des Multilateralismus: des Marktmultilateralismus, der dazu beiträgt kollaterale Güter (s.u.) zu sichern.**

We argue that related to global development issues a **new form of multilateralism** has emerged, one that involves collaboration not only between states, but also private actors – including business and foundations closely linked to large corporations – and multilateral organizations. Market multilateralism *does* engage private actors in norm-governed behavior, but it has a certain direction: it does *not* challenge the principles of the market and the *long term* interests of large corporations. Rather it attempts to find collaborative solutions within the frames set by the market. (*Bull /McNeill 2007*)

Sicher waren einzelne amerikanische Stiftungen wie z.B. die Rockefeller Stiftung schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der internationalen Gesundheit aktiv. Es wurde jedoch 1997 ein neues Signal grenzüberschreitender Stiftungsaktivitäten gesetzt als Ted Turner die *UN Foundation* gründete – explizit um zur **gemeinsamen Bewältigung globaler Probleme** im Kontext der Vereinten Nationen beizutragen. Dies wurde durch die Bill und Melinda Gates Stiftung aufgegriffen, die mit ihrer Gründung 2001 den Ansatz der „venture philanthropy“ in die globale Gesundheit einbrachte. Ursprünglich wurden sie als Public-Private-Partnerships bezeichnet. Wie viele davon es inzwischen gibt ist unklar – Schätzung liegen zwischen 200-500, in ganz unterschiedlichen Grössenordnungen.

Viele der neuen Global Health Initiatives und globalen Organisationen bringen staatliche und nicht-staatliche Akteure zusammen, so z.B. der *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)*, die *Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)*, *Roll Back Malaria*, *Stop TB Partnership*, und das *Global Network for Neglected Diseases*; zunehmend binden sie auch die Geber- wie auch die Empfängerländer in die Entscheidungsprozesse ein.

War man noch vor einigen Jahren noch begeistert über das Ansteigen der vielen Initiativen und der gewaltigen Zunahme der finanziellen Mittel so ist doch Ernüchterung eingetreten. Nun beklagt man die Fragmentierung, die Ineffizienz und den Zuständigkeitswirrwarr. (Missoni 2011) Auch für Staaten haben sich neue Probleme ergeben – denn sowohl für Empfänger- wie Geberländer haben sich paradoxerweise durch die Vielzahl der Hybriden nicht nur die Transaktionskosten erhöht, sondern es haben sich Machtverschiebungen im Gesamtsystem ergeben. Daraus erklärt sich die Diskussion um

den Macht- und Funktionsverlust der WHO. Der Druck auf die Staaten die Hybriden kontinuierlich zu finanzieren ist ausserordentlich hoch und steht in Konkurrenz zur Finanzierung des Multilateralismus alter Prägung. Es erscheint dann weniger problematisch das Budget der WHO zu begrenzen, als durch Kürzungen beim GFATM armen Menschen die AIDS Medikamente zu verweigern.

Auch eine weitere neue Problematik aufgezeigt: so wird die Hybridorganisation GFATM zu über 90% von Staaten finanziert aber nicht mehr gesteuert. In einer Krisensituation sind die Entscheidungsmechanismen – also die Rolle der starken Staaten wie z.B. die USA – aber dann doch nicht so anders als in UN Organisationen. Die Positionierung der Hybriden gegenüber den UN Organisationen wird weiter Thema der Governanz Diskussion bleiben. Die bisherigen Kooperationsmechanismen sind keinesfalls ausreichend – die Kohärenz des Handelns der Mitgliedsländer lässt zu wünschen übrig, besonders was die Rolle der WHO betrifft.

Kennzeichen: Rolle der Zivilgesellschaft

Die Rolle der Zivilgesellschaft hat in der globalen Gesundheitspolitik signifikant zugenommen. In den letzten Jahren – besonders seit dem Beginn des WHO Reform Prozesses – hat eine wichtige Veränderung stattgefunden. Waren die Organisationen am Anfang stark entwicklungspolitisch orientiert und oft an einzelnen Themen oder Krankheiten ausgerichtet so setzen sie sich nun zunehmend mit Machtfragen in der globalen Governanz auseinander.

The structures and dynamics of Global Health Governance (GHG) are dominated by the big powers (in particular, USA and Europe) and by large transnational pharmaceutical corporations. The big players operate through the UN system, the Bretton Woods system and a plethora of global public private partnerships. They also operate directly through bilateral and regional trade agreements; through the operations of bilateral health-related assistance; and through direct advice and pressure. The operating paradigm of this regime is strongly influenced by the ideology of neoliberalism which is promoted through a much wider range of channels including the commercial media and various corporate peak bodies (such as at the World Economic Forum). (*Global Health Watch 2011a*).

Im Bereich Governance for Global Health steht besonders der Zugang zu Medikamenten im Vordergrund und damit die Rolle der Welthandelsorganisation in Hinblick auf Gesundheit. Hier ist *Medecins Sans Frontieres* ein gewichtiger Akteur. Das [People's Health Movement: A people's Campaign for Health For All - Now](#) (People's Health Movement s.d.) agiert insbesondere für Gesundheit als Menschenrecht, Primary Health Care und den allgemeinen Zugang zu Gesundheitsdiensten, wie auch für eine Politik, die die Gesundheitsdeterminanten in Angriff nimmt. Sie veranstaltet regelmässig das *People's Health Assembly*. Wichtig ist hier die starke Vertretung von Organisationen und Individuen aus den Ländern des globalen Südens. Sie legen in regelmässigen Abständen einen „*Alternative World Health Report*“ vor. (z.B. Global Health Watch 2011b).

Eine neue Initiative *Democratizing Global Health* Coalition setzt sich aus 9 Partnerorganisationen zusammen und beschäftigt sich derzeit vorrangig mit dem WHO Reform Prozess. Eine Hauptsorge dieser Organisationen ist die Unabhängigkeit der WHO:

We write to express our concerns about governance of the World Health Organization (WHO) and other public health bodies, as regards the management of conflicts of interest. ... It is therefore widely recognized that governments and public health institutions like the WHO must avoid conflicts of interest in all aspects of governance. WHO can only respond meaningfully to the challenges of public health through greater transparency and accountability guided by the priorities of Member States and the advance of public interest. However, transparency is a necessary but not sufficient safe guard:

there must also be a clear approach and policy to ensure that those representing commercial interests are not part of policy and norm setting decision making. (Hai Europe Staff Blog 2011)

Die nicht-staatlichen Organisationen haben auch eine WHO Watch eingerichtet um ihrer Aufgabe besser nachkommen zu können, auf einer Webseite wird regelmässig über die WHO und anstehende Verhandlungen informiert. Auch die Stellungnahmen dieser Organisationen bei WHO Versammlungen erlangen mehr Aufmerksamkeit und Einfluss. Anlässlich der Sitzung des Exekutivrates der WHO im Januar 2012 wurde ihnen von der Generaldirektorin explizit ein Dank ausgesprochen. Aus dem Kreis dieser Organisationen wird die Forderung nach einer „Globalen Gesundheitskonvention“ (Gostin 2008) besonders unterstützt.

Kennzeichen: zunehmende Bedeutung regionaler Akteure und von Klubmodellen

Die wachsende Bedeutung transnationaler Herausforderungen in der Gesundheit – sowohl des globalen Gefahrenraums wie auch der zunehmenden Ungleichheit und der daraus erwachsenden Verpflichtungen - hat Gesundheit zum Thema in regionalen Zusammenschlüssen und in Klubmodellen G7/8/20 werden lassen. Für Deutschland besonders bedeutsam sind die Entwicklungen in der Europäischen Union. Am 10 Mai 2010 wurden im Rat für Auswärtige Angelegenheiten Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik verabschiedet. Mit diesem Dokument wird zum ersten Mal ein politischer Rahmen für die EU in diesem Handlungsfeld gesetzt. Es heißt darin u.a.:

„Der Rat fordert die EU und ihre Mitgliedstaaten auf, bei sämtlichen einschlägigen innen- und außenpolitischen Strategien und Maßnahmen gemeinsam zu handeln, indem sie vorrangig die Weiterentwicklung umfassender Gesundheitsversorgungssysteme in den Partnerländern unterstützen, die für die Bewältigung sämtlicher globaler Herausforderungen im Gesundheitsbereich von größter Bedeutung sind.“ (Rat der Europäischen Union 2010)

Kennzeichen: geopolitische Machtverschiebungen

Der neue Multilateralismus ist auch Ausdruck einer neuen multipolaren Welt. Noch wenig analysiert – im Gegensatz zum Marktmultilateralismus - ist wie die geopolitische Machtverschiebung zu neuen Positionen und Herangehensweisen in der globalen Gesundheit führt. Ein Großteil der Literatur – und der Aktivitäten der nicht staatlichen Organisationen - beschäftigt sich weiterhin mit den Verpflichtungen der westlichen Länder für die Entwicklung, mit der Zunahme der Akteure und mit den Auswirkungen der Macht großer Konzerne auf die Gesundheit. In den letzten zehn Jahren haben sich die „rising powers“ aber zunehmend auch in der globalen Gesundheit positioniert. (Bliss 2010) Brasiliens Aktivitäten in der portugiesisch sprechenden Welt und Chinas Aktivitäten in Afrika sind Beispiele (Freeman 2011).

Alle BRICS Staaten haben seit 2011 Entwicklungsagenturen – diese entwickeln sogenannte South-South Partnerships und vertreten einen neuen Ansatz von „effective development“ der auch in der Busan 2011 Erklärung deutlich zum Ausdruck kommt. Hinzu kommt ein starkes Interesse an trilateralen Gesundheitspartnerschaften – wie z.B. zwischen Deutschland (GIZ), China und Äthiopien.

Diese Länder bestehen auf der Bedeutung des UN Systems um ihre Entwicklungsagenda –zusammen mit ihren Partnerländern - auch in Gesundheitsbereich umzusetzen. Sie sind in der WHO sehr aktiv und Nutzen die UN Vollversammlung als Instrument. Inzwischen haben sie sich zudem parallel als Klubmodell organisiert: 2011 fand das erste Treffen der BRICS Gesundheitsminister statt. Fast alle BRICS Staaten haben in den letzten Jahren Afrika Summits veranstaltet um neue Formen der

Zusammenarbeit mit dem Kontinent zu entwickeln. Die enge Verbindung zwischen der nationalen Gesundheitspolitik und globalen Entscheidungen ist diesen Ländern sehr bewusst und sie setzen auch höchste Diplomaten bei der Aushandlung von internationalen Abkommen ein. Zusätzliche Dimensionen ergeben sich durch staatskapitalistische Ausprägungen: so ist die Tabakindustrie in China voll in staatlicher Hand.

Darüber hinaus aber sind diese Länder ganz besonders an einem Wissensaustausch interessiert: sie stehen vor immensen Herausforderungen um in kürzester Zeit Gesundheitssysteme auszubauen und zu finanzieren, alte und neue Krankheiten zu bekämpfen, auf den demographischen Wandel zu reagieren, Gesundheitspersonal auszubilden und Forschung in Gesundheitswesen zu entwickeln. Dafür suchen sie Austausch und Partnerschaften mit den high income economies, nicht mehr Entwicklungszusammenarbeit auf traditionelle Weise. Zudem werden diese Länder in einer Reihe von Bereichen der Gesundheits-wirtschaft und der Forschung zu Konkurrenten auf dem Weltmarkt.

Diese geopolitischen Veränderungen sind bestimmender Teil der Diskussion um neue Formen der Entwicklungszusammenarbeit und des verantwortungsvollen und gemeinsamen Handelns im globalen Raum. **Diese Länder werden die globale Governanz – nicht nur von Gesundheit - in den nächsten Jahren stark prägen.**

Kennzeichen: Veränderte Aufgaben der WHO

Aus diesen Entwicklungen der Governanz **wachsen der WHO veränderte Schwerpunktsetzungen und neue Aufgaben zu.** Die WHO ist herausgefordert angesichts des neuen Multilateralismus auf andere Weise (nicht nur international sondern global) die in ihrer Verfassung festgeschriebenen Funktionen ausüben: *“to act as the directing and co-ordinating authority on international health work” (WHO Constitution 1946, Article 2).* Die WHO ist wie andere internationale Organisationen einem Paradox der Governanz ausgeliefert:

“The policy authority for tackling global problems still belongs to the states, while the sources of the problems and potential solutions are situated at transnational, regional or global level.” (Thakur/Van Langenhove, 2006)

Organisationen können nicht mehr isoliert handeln. Ein neue Paradigma der Zusammenarbeit ist am sich entwickeln. Das spiegelt sich auch in der Arbeit der WHO:

- Bei der Erarbeitung von Normen und Standards, internationalen Abkommen, Verfahrensregeln und der Sicherung von globalen öffentlichen und kollateralen Gütern – die viele Mitgliedsstaaten als die zentrale Rolle der WHO sehen - werden mit anderen internationalen Organisationen und nicht nur mit den Ministerien für Gesundheit entwickelt werden müssen. Die Verhandlungen um die Ausarbeitung von Teilbereichen des Rahmenabkommens FCTC zeigen dies deutlich.
- Es gibt Ansätze für neue Arbeitsweisen: als aktuelles Beispiel können die Verhandlungen in Folge der WHO Kommission zu Geistigem Eigentum, Innovation und Gesundheit dienen, die allen Handlungsträgern (Nationalstaaten, NGOs und Privatwirtschaft) die Anhörung ermöglichte. Ein Hearing der verschiedenen nicht staatlicher Positionen – inklusive der Industrie - wurde auch anlässlich der Moskauer Ministerkonferenz zu NCDs 2011 organisiert.

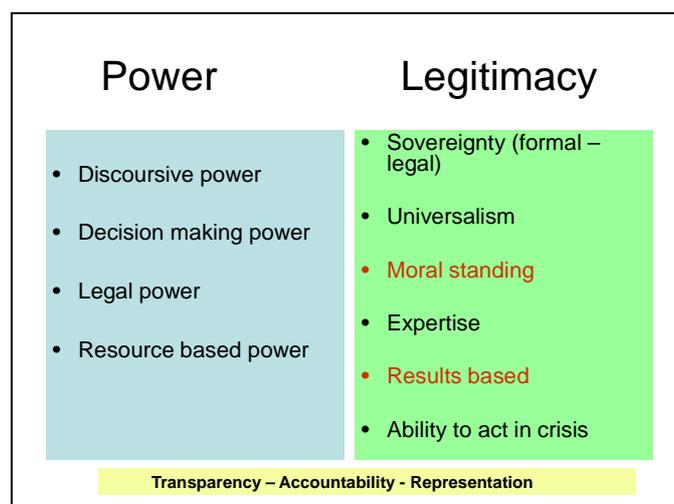
- Die Interventionen der nicht staatlichen Organisationen bekommen in den WHO Gremien deutlich ein größeres Gewicht.
- Eine Innovation stellt auch die immer häufigere Interaktion zwischen der WHO und der UN Vollversammlung dar. Die Behandlung von Gesundheitsthemen in der UN Vollversammlung – so z.B. Gesundheitsziele der Millennium Development Goals, AIDS, NCDs, Global Health and Foreign Policy - bedeutet sowohl, dass sich Außenministerien zunehmend mit dem Gesundheitsthema beschäftigen müssen und dass Gesundheitsministerien in einem für sie neuen politischen Kontext agieren müssen. Auch daraus ergibt sich eine wachsende Bedeutung der Gesundheitsdiplomatie.

Multilateralismus 2.0

Van Langenhove (2010) schlägt für diesen Veränderungsprozess der internationalen und globalen Zusammenarbeit den Begriff **Multilateralismus 2.0** vor. Er hat dafür einige typische Charakteristika herausgearbeitet:

- Die Zunahme und Diversifikationen der multilateralen Organisationen – inzwischen gibt es über 400. Sie sind zunehmend untereinander vernetzt – das Konzept einer *lead agency* ist immer weniger realisierbar
- Die nicht staatlichen Akteure nehmen an Macht zu – besonders auf regionaler Ebene.
- Politikbereiche sind zunehmend horizontal vernetzt – ihre Vernetzung wird Programm
- Die Zivilgesellschaft wird immer bedeutender.

Das Ergebnis ist ein komplexes Netz von horizontalen und vertikalen Beziehungen, die Hauptherausforderung ist die jeweilige Legitimität der Akteure. In der Globalen Gesundheit oszilliert sie zwischen verschiedenen Formen der Macht und der Legitimität – wobei der Ergebnis basierten Legitimität besondere Bedeutung zukommt. .



Einige Autoren – wie z.B. Hill 2011- plädieren dafür die Vielfalt der Akteure, Handlungsebenen, Allianzen, Ansätze und Auffassungen mit einem systemischen Ansatz zu erfassen anstatt an ihr zu

verzweifeln. **Die globale Gesundheitspolitik und ihre Akteure gilt ihnen als ein *komplex-adaptives System*, das sich ständig verändert und neu konstituiert** - und damit die Dynamik der Globalisierung widerspiegelt. Resilienz und Anpassungsfähigkeit werden dabei besonders wichtig: das System muss für unvorhergesehene Krisen gewappnet sein (z.B. mangelnder Finanzfluss aufgrund von Wirtschaftskrisen) aber durch die Offenheit und Vielheit sollen auch neue unvorhergesehene Lösungen möglich werden.

Auch die *Busan Erklärung* 2011 hebt die Resilienz eines komplexen Systems hervor und sieht partnerschaftliche Allianzen als ein Weg unvorhergesehene Probleme zu meistern: *Partnering to strengthen resilience and reduce vulnerability in the face of adversity*.

„Die Resilienz eines Systems besteht in einer Kombination von Differenzierung, Autonomie und Vernetzung. Zukunftsfähig sind Organisationen, in denen die einzelnen Subsysteme eine gewisse Selbststeuerungsfähigkeit aufweisen.“ (Horx 2011, S. 309)

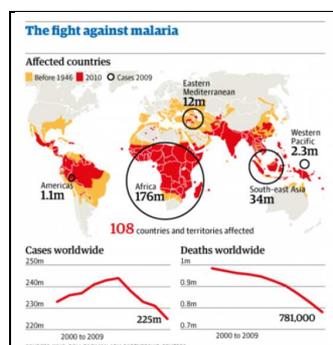
Schliesslich betont auch der kürzlich vorgelegte Bericht des High Level Panels on Global Sustainability – vom UN Generalsekretär einberufen – die Resilienz und hat sich *„Resilient People – Resilient Planet“* zum Titel gewählt. (UN Secretary-General’s High-level Panel on Global Sustainability 2012)

Empfehlung: Die Reform der „globalen Gesundheitsarchitektur“ oder (in der Begrifflichkeit die dieses Gutachten vorzieht) der „globalen Governanz“ ist eine der zentralen Herausforderungen in der globalen Gesundheitspolitik. **Sie muss in einer deutschen NGGS ein wichtiger strategischer Schwerpunkt sein.** Ein Schlüssel dazu ist sicherlich die Rolle der WHO – aber es gilt darüber hinaus zu innovativen Ansätzen im Kontext eines Multilateralismus 2.0 aktiv beizutragen. Viele der prioritären Gesundheitsprobleme (siehe den folgenden Abschnitt) können nur gelöst werden, wenn **neue Zusammenarbeitsmodelle** (*policy networks*) zwischen der Vielzahl von Akteuren in Betracht gezogen werden.

E. Prioritäre Handlungsbereiche in der globalen Gesundheit

Auf dem Weg zu einem systemischen Ansatz

In den letzten 20 Jahren wurden die großen Herausforderungen der globalen Gesundheit vorrangig als Kampf gegen einzelne Krankheiten oder für die reduzierte Sterblichkeit einzelner Gruppen definiert und so auch in den Millenniumszielen MDGS festgehalten: *Die Kindersterblichkeit um zwei Drittel verringern; die Müttersterblichkeit um drei Viertel senken, die Ausbreitung von Aids, Malaria und andere Krankheiten stoppen und zurückdrängen.* Um das zu erreichen sind eine Vielfalt von neuen Organisationen, Initiativen und Reformen ins Leben gerufen worden. Diese komplexe Gesundheitslandschaft hat zu neuen Lösungen aber auch zu neuen Problemen geführt – wie schon ausgeführt. Man erhoffte sich durch das gezielte Vorgehen die größte Wirkung –und kann durchaus auch auf Erfolge zurückblicken, wie die folgenden Zahlen zu Malaria aufzeigen:



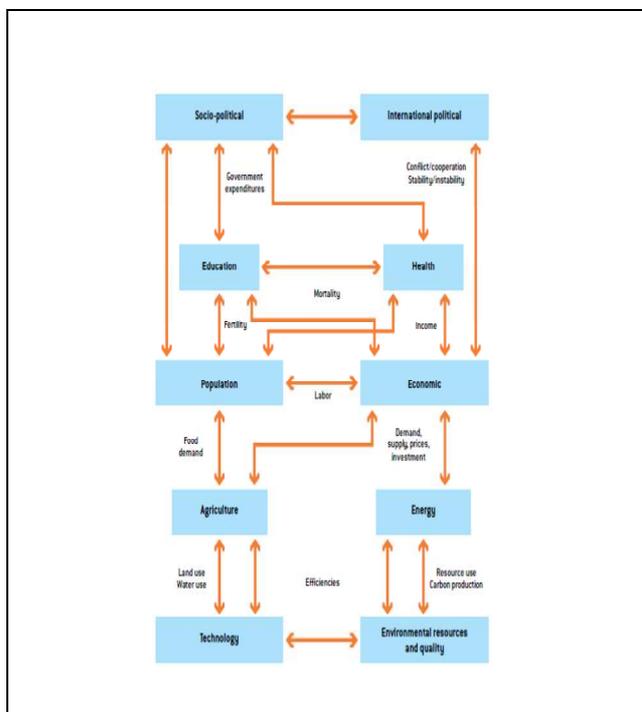
(Quelle: Garrett 2012)

Doch man unterschätzte dabei ursprünglich sowohl die Bedeutung von Gesundheitssystemen wie von internationalen Organisationen wie der WHO. Schon 2005 haben die Mitgliedsstaaten der WHO darauf hingewiesen, dass es eine Priorität sein muss, Ländern beim **Aufbau und der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme** zu unterstützen, damit eine breite und kontinuierliche Versorgung möglich ist und die Verantwortung für Gesundheitsprobleme bei den nationalen Regierungen und nicht bei internationalen Gebern liegt. Das beinhaltet ein anderes Modell der Gesundheitsentwicklung, das auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist.

Recognizing this, Member States of the World Health Organization (WHO) committed in 2005 to develop their health financing systems so that all people have access to services and do not suffer financial hardship paying for them. This goal was defined as **universal coverage**, sometimes called universal health coverage. World Health Report 2010

Zudem sind die globalen Herausforderungen untereinander stark vernetzt. Von daher fällt es nicht leicht **prioritäre Handlungsbereiche der Globalen Gesundheit** zu bestimmen – da Prioritätensetzung meist von unterschiedlichen Denkmodellen und strategischen Handlungsmustern beeinflusst wird. Margaret Chan hat anlässlich ihrer Bewerbung zur Wiederwahl als Generaldirektorin der WHO ihre persönlichen Prioritäten genannt: universeller Zugang zu Gesundheitsdiensten; die transnationalen und intersektorale Dimension bei der Bekämpfung der nicht übertragbaren Krankheiten NCDs und die Beschäftigung mit den **sozialen und umweltbezogenen Determinanten** von Gesundheit. Damit ist auch der Bezug gesetzt zu unterschiedlichen – mit einander interagierenden - globalen Krisen und

Herausforderungen. Die **systemische Interaktion der Gesundheitsdeterminanten** (siehe folgendes Schaubild) muss deutlich im Vordergrund strategischer Überlegungen stehen.



Quelle: Hughes et al.2011, S. 31

Die Stimmen mehren sich, da deshalb für einen neuen Zugang zur Globalen Gesundheit plädieren, das karitative Großprojekt für Globale Gesundheit ist nicht mehr ausreichend. (Kickbusch 2010) Die Analyse der Dynamik der transnationalen Gefahren und Ungleichheiten erfordert einen gemeinsamen politischen Entscheidungsraum. Das erfordert auch das Zusammenführen der beiden Denkmodelle Interdependenz und Entwicklung. Nancy Birdsall brachte dies schon 2009 angesichts eines „triple whammy of global crisis: food, fuel and finance“ deutlich zum Ausdruck:

“It is time to put aside the 20th-century conception of the development project as primarily about charity or aid from rich to poor nations. The global economic crisis illustrates that we live in what is now an interdependent global system, in which the prosperity and security of people in the rich world can no longer be guaranteed within rich countries’ own sovereign borders”. (Birdsall 2009)

Dieser Ansatz ist in der Busan 2011 Erklärung deutlich unterstützt worden und ist auch Grundlage der Entwicklungszusammenarbeit der Schwellenländer. Sie muss auch für die Gesundheit gelten. Daraus ergeben sich fünf intersektorale Schwerpunkte globalen Gesundheitshandelns, die hier kurz vorgestellt werden:

1. Soziale Sicherung – Universelle Absicherung (universal coverage) - Gesundheitssysteme – Gesundheitspersonal – Zugang zu Arzneimitteln

Die Stärkung von Gesundheitssystemen wurde auf der gesundheitspolitischen Agenda lange Zeit vernachlässigt. Man bevorzugte krankheitsspezifische Vorgehensweisen, weil man sich davon schnellere und messbarere Resultate erhoffte – dies führte zu großen neuen Gesundheitsinitiativen.

Heute weiß man: eine Stärkung von Gesundheitssystemen ist unabdingbar - beispielsweise auch für die Erreichung der MDGs. 2007 hat die WHO ein *“Framework for action for strengthening health systems”* hervorgebracht (WHO 2007). In diesem definiert die WHO sechs Bausteine, die Gesundheitssysteme konstituieren, nämlich:

- service delivery;
- health workforce;
- information;
- medical products, vaccines and technologies;
- financing;
- leadership and governance.

Diese verdeutlichen, dass die Stärkung von Gesundheitssystemen eng mit anderen Politikfeldern, innerhalb und außerhalb der betroffenen Länder wie der europäischen Migrationspolitik (health workforce) oder der Handelspolitik (medical products) zusammenhängen. Im Bereich Gesundheitspersonal hat die WHO beispielsweise den *„Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“* (WHO 2010a) entwickelt, um Interessen des Gesundheitspersonals, der Ursprungsländer und der Zielländer auszugleichen. Der Zugang zu Medikamenten ist schon seit mehreren Jahren ein wichtiges Thema bei der Doha-Handelsrunde und bleibt mit der Verhandlung von bilateralen Freihandelsabkommen zwischen der EU und Generika produzierenden Schwellenländern auf der Agenda.

Auch das Thema Soziale Sicherung und insbesondere die Frage nach der Finanzierung der Gesundheitssysteme stehen in einem engen Zusammenhang mit der Stärkung von Gesundheitssystemen. Nach wie vor verursachen out-of-pocket payments finanzielle Barrieren für Millionen von Menschen zu Gesundheitsdienstleistungen oder führen zu katastrophalen Ausgaben und Verarmung. Die 58. Weltgesundheitsversammlung verabschiedete 2005 eine Resolution zu *„Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance“*. Darin fordert die WHO die Mitgliedsstaaten auf, Vorauszahlungen und Risiko streuende Maßnahmen in Gesundheitsfinanzierungssystemen einzusetzen, um katastrophale Gesundheitsausgaben zu vermeiden und universelle Absicherung zu erreichen (WHA 2005).

Der 2010 veröffentlichte Weltgesundheitsbericht stellt das Thema „Finanzierung von Gesundheitssystemen - Der Weg zu universeller Absicherung im Krankheitsfall“ in den Vordergrund und bestätigt damit die verstärkte Rückbesinnung der WHO auf horizontale Ansätze im Sinne der Gesundheitssystementwicklung und -stärkung. Mit dem Titel wird betont, dass das übergeordnete Ziel von Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitssystemstärkung die universelle Absicherung gegen Gesundheitsrisiken sein sollte. Das heißt der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sollte ohne anfallende Kosten in finanzielle Not zu geraten gewährleistet werden. Universell bedeutet dabei nicht nur die Absicherung der gesamten Bevölkerung, sondern beinhaltet eben-falls den Umfang des zugänglichen Leistungskatalogs als auch den Umfang der Kostenübernahme (Holst 2010).

Auch hier ist die Intersektoralität (auch zwischen internationalen Organisationen) im Sinne einer Global Governance for Health unabdingbar. Die ILO bietet vor allem zum Auf- und Ausbau von Systemen der sozialen Sicherung allgemein ihre Expertise an. **Im April 2009 wurde die von WHO und ILO getragene Initiative UN Social Protection Floor (SPF) vom United Nations System Chief Executives Board (CEB) vor dem Hintergrund der Weltfinanzkrise ins Lebens gerufen.** Sie hat sich zum Ziel gesetzt universellen Zugang zu essentiellen Sozialtransfers und Dienstleistungen zu fördern, um die Realisierung ihrer Rechte sicherzustellen.

DEU: Deutschland ist im Bereich Stärkung von Gesundheitssystemen und soziale Sicherung bereits sehr gut aufgestellt.

Zahlreiche Aktivitäten weisen auf Deutschlands zunehmendes Engagement im Bereich universelle Absicherung/Gesundheitssystemstärkung hin. Nachdem bereits der Weltgesundheitsbericht 2010 „Finanzierung von Gesundheitssystemen – Der Weg zu universeller sozialer Absicherung im Krankheitsfall“ (WHO 2010b) von WHO-Generalsekretärin in Berlin vorgestellt wurde, hat Deutschland beispielsweise eine Resolution zu Gesundheitssystemfinanzierung und sozialer Absicherung im Krankheitsfall in der WHO eingebracht. Diese wurde bei der 64. Weltgesundheitsversammlung der WHO im Mai verabschiedet. Weiterhin war Deutschland maßgeblich an der Initiierung der Social Protection Floor- Initiative beteiligt und hat während des G8-Gipfel in Heiligendamm gemeinsam mit Frankreich die Providing-for-Health (P4H)- Initiative ins Leben gerufen.

Andere Länder schreiben Deutschland im Bereich soziale Sicherung eine große Kompetenz zu. Deutschland hat nicht nur das älteste, seit Bismarck existierende, System der sozialen Sicherung - Deutschlands System der sozialen Sicherung basiert auch auf bestimmten Werten wie Solidarität, Access, Umverteilung. Insbesondere asiatische Länder, die momentan ein rasantes Wachstum verzeichnen, aber die Umverteilung noch nicht gut funktioniert schätzen diese Wertebasierung. Die Beratungsnachfrage ist vor allem aus diesen Schwellenländern, die einen Ausgleich von sozialer Entwicklung und wirtschaftlichem Wachstum (Stichwort soziale Marktwirtschaft) anstreben besonders groß. Hier kann Deutschland mit seinem wertebezogenen Ansatz besonders punkten.

Ein zentraler Akteur in Deutschland ist das BMAS, das sich für Deutschland sowohl auf europäischer als auch auf internationaler Ebene für eine menschengerechte Sozial- und Beschäftigungspolitik einsetzt (BMAS 2009). Im Rahmen der Twinning-Projekte unterstützt das BMAS beispielsweise Projekte die der Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz (BMAS s.d.). Das BMAS engagiert sich auch im Bereich der Koordinierung von sozialen Sicherungssystemen in der EU. Das BMZ und seine Durchführungsorganisationen (GIZ, KfW) unterstützen Partnerländer sowohl in der Stärkung von Gesundheitssystemen als auch beim Aufbau von Systemen der sozialen Sicherung, inkl. soziale Absicherung im Krankheitsfall (sozialer oder gemeindebasierte Mikro-Krankenversicherungen, Gutscheine für Gesundheitsdienstleistungen, Unterstützung bei der Reform von Gesundheitsfinanzierungssystemen).

Das Thema soziale Sicherung ist jedoch noch nicht strategisch verankert und – so sagten unserer Interviewpartner – die Förderung des Themas stand bisher in der Abhängigkeit interessierter Einzelpersonen. Nach wie vor herrscht in der Bundesregierung nicht genügend Klarheit über das Angebot, das Deutschland anderen Ländern zur Verfügung stellen kann. Gleichzeitig hält die Nachfrage von außen jedoch kontinuierlich an.

2. Die Globalisierung der Lebensweisen: die NCD Herausforderung

Im April 2011 fand die erste ministerielle Konferenz zu nicht-übertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases, NCD) in Moskau statt. Im September desselben Jahres kamen die UN Mitgliedsstaaten auf einem *special summit* während der VN- Generalversammlung zusammen, um eine richtungsweisende politische Deklaration zu NCD "*Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*" (UN General Assembly 2011) abzugeben. Nach AIDS waren NCD damit das zweite gesundheitspolitische Thema, das von der Generalversammlung behandelt wurde.

Mit der Globalisierung und der damit einhergehenden Veränderung der physischen und sozialen Lebenswelten der Menschen sowie ihrer Lebensweisen, verschieben sich v.a. in Schwellen- und Entwicklungsländer die Krankheitsbilder zunehmend. Die steigende Lebenserwartung, die rasante Urbanisierung und die Globalisierung eines ungesunden Lebensstils – wie erhöhter Tabak- und Alkoholkonsum, mangelhafte Ernährung und Bewegungsmangel – gelten als Hauptursachen für die Zunahme chronischer Erkrankungen. Somit sind die NCD zu einer wahrhaftig globalen Herausforderung geworden. Jährlich sterben ca. 36 Mio. Menschen von NCD. 80% davon in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens (low- and middle income countries, LMIC) (WHO 2011a).

Gemeinsames globales Handeln ist erforderlich – besonders angesichts eines massiven Drucks von Seiten bestimmter globaler Industrien. Breites Umdenken ist gefordert – nicht nur Staaten sondern auch private globale Stakeholders – wie die Pharma-, Lebensmittelindustrie, etc. – müssen ihrer Verantwortung nachkommen. Eine Vielzahl bedeutender Allianzen hat sich schon gebildet um diese Agenda voran zu bringen. Denn sie kann trotz aller anderen Probleme – z.B. in Hinblick auf die MDGs - nicht auf später verschoben werden, da die insbesondere die in Schwellenländern bevorstehende Zunahme chronischer Erkrankungen der Bevölkerung zu verheerenden ökonomischen und gesundheitspolitischen Konsequenzen führen wird.

Von Seiten der WHO liegen schon verabschiedete Strategiepapiere zu einzelnen wichtigen Handlungsbereichen sowohl auf globaler wie auf regionaler Ebene vor: so zum Alkohol, zur Ernährung und zur Bewegung. Äußerst bedeutsam ist natürlich die verstärkte Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO-Tabakkonvention).

DEU: Deutschland wird seinen Beitrag in diesem Bereich ausbauen müssen. Dies wird auch aus einer Erklärung der Parlamentarischen Staatssekretärin, Annette Widmann-Mauz, MdB anlässlich der 64. Weltgesundheitsversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) deutlich, die NCDs als eine „große Herausforderung“ für Gesundheitssysteme sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern bezeichnete.

Auch das BMZ erkennt auf seiner Webseite an, dass in Zukunft weitere Anforderungen wie zum Beispiel die Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten wie Diabetes oder Krebs sowie der Kampf gegen die Folgen von Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum an die Entwicklungspolitik hinzukommen werden.

Die NCDs sollten jedoch nicht als Konzept der EZ sondern als Zusammenarbeit zwischen Staaten zu einem gemeinsamen globalen Problem behandelt werden. Eine Vielzahl von deutschen Instituten – z.B. das RKI, die BzGA – können hier bedeutend mitarbeiten.

3. Die sozialen Determinanten von Gesundheit

Mittlerweile ist die Erkenntnis, dass der Gesundheitsstatus einer Person eng an die soziale Situation dieser Person gebunden ist, unumstritten. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind die Konditionen in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und alt werden. Diese Bedingungen werden wiederum durch die Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen auf globaler, nationaler und lokaler Ebene beeinflusst, welche wiederum von Politikentscheidungen abhängen.

Im Zentrum der Debatte um soziale Determinanten steht die Frage um Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich. Unterschiede im Gesundheitszustand sind sowohl zwischen Ländern als auch innerhalb eines Landes zu verzeichnen. Zahlreiche Evidenzen weisen darauf hin, dass der Gesundheitsstatus eng an die soziale Situation einer Person gebunden ist. Die internationale Gemeinschaft hat sich mit der Gründung der WHO Kommission der sozialen Determinanten von Gesundheit im Jahr 2005 diesem Thema angenommen.

*Die Kommission legte 2008 einen umfassenden Bericht über soziale Determinanten vor (WHO 2008a), 2011 führte eine **WHO Ministerkonferenz in Rio** zu einer Minister Deklaration, in der sich die Mitgliedsstaaten zur Implementierung des Ansatzes der sozialen Determinanten zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten politisch verpflichteten. Besonders hervorgehoben werden, dass Gesundheit nicht nur durch Gesundheitspolitik adressiert werden kann, sondern intersektorale Ansätze erfordert, die auch andere Politikbereiche einschließen.*

Dies gilt auch für die Erreichung der MDG. Auch die Debatte um den Zugang zu Medikamenten, hat die Auswirkungen von Handelspolitik und der Sicherung intellektueller Eigentumsrechte auf Gesundheit aufgezeigt. Die Abwerbung von Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern, welche zur Schwächung dortiger Gesundheitssysteme beiträgt ist eng mit der hiesigen Migrationspolitik verknüpft. Diese Beispiele verdeutlichen, dass Gesundheit in allen Politikbereichen mitgedacht werden muss (Health in all Policies) und nicht allein der Gesundheitspolitik zufallen kann, sondern so genannte whole-of-government approaches erfordern.

Die Erreichung der drei gesundheits-spezifischen Ziele der Millennium Development Goals bis 2015 wird ebenfalls zunehmend unter dem Aspekt der sozialen Determinanten gefasst. Sie hängen stark von der Umsetzung der Ziele zum Armutsabbau (MDG 1) oder dem Schulzugang für Mädchen (MDG 2 und 3) oder vom Zugang zu Nahrung (MDG 1) ab. Das ist auch strategisch für die Weiterführung der Arbeit an den Zielen nach 2015 von hoher Bedeutung.

DEU: Die Grundidee der sozialen Determinanten von Gesundheit spiegelt sich durchgängig in der Arbeit des BMZ wider, welche insbesondere den verbesserten Zugang zu Gesundheitsdiensten, gesundheitsbezogenen Informationen und gesunden Lebensbedingungen der armen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen zum Ziel hat. Sie werden durch die Aktivitäten zur sozialen Sicherung wie unter 1. Dargestellt mit abgedeckt. Die Aktivitäten des BMZ zur Armutsbekämpfung, der MDGs, Mikrokrediten, women's empowerment fallen klar unter diesen Bereich. Die „Menschenrechtsorientierte Entwicklungs-zusammenarbeit im Gesundheitssektor beruht im Kern auf dem Recht auf Gesundheit (Sozialpakt, Artikel 12), das die zugrunde liegenden Determinanten von Gesundheit, wie zum Beispiel den Zugang zu sauberem Wasser, einschließt.

Aber auch andere im Sozial- und Zivilpakt niedergelegte Rechte, wie das Recht auf Nahrung, die Rechte in der Arbeit, das Recht auf Partizipation sowie das Gleichheitsgebot, sind zentral für den Gesundheitssektor.“ (BMZ 2009c). Diese Aktivitäten des BMZ sollten systematisch als Beitrag Deutschlands zur Bekämpfung der transnationalen Ungleichheiten zusammengefasst und dargestellt werden.

Hier können auch die Erfahrungen deutscher Sozialpartnerschaft und der Gewerkschaften im Bereich Arbeitsplatz Gesundheit eingebracht werden. Hier wird sich in den Schwellenländern ein hoher Bedarf entwickeln.

4. Die enge Verbindung zwischen Klima-Umwelt-, Agrar- und Gesundheitspolitik

Der bevorstehende Rio+20 Summit öffnet ein wichtiges window of opportunity das Thema Gesundheit und Umwelt auf die Agenda zu setzen. Schon der vierte Bericht des *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC) von 2007 betonte, dass Klimawandel bereits Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit hat und zeigte somit die besondere Dringlichkeit dieses Handlungsbereiches auf (Confalonieri et al. 2007). In einer Resolution der Weltgesundheitsversammlung von 2008 werden Mitgliedstaaten aber auch die WHO aufgefordert hinsichtlich der Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit zu handeln (WHA 2008). Klimawandel und Extremwetterereignisse bringen schwerwiegende Konsequenzen für die menschliche Gesundheit mit sich sowie humanitäre Katastrophen. Hitzestress, Atemwegserkrankungen sowie Mangelernährung sind nur einige der möglichen gesundheitlichen Folgen des Klimawandels. Besonders besorgt ist die Weltöffentlichkeit in Bezug auf die Verbindung von Klimaentwicklungen und Nahrungsmittelsicherheit – hier wird eines der großen gesundheitspolitischen Themen der nächsten Jahre liegen.

Neuerdings haben Strategien zur Minderung des Klimawandels eine besondere Relevanz für die menschliche Gesundheit. Beispielsweise betont der Beitrag der Working Group III "*Mitigation of Climate Change*" des IPCC Berichts von 2007 die positiven Effekte der Minderung von CO²-Ausstößen

auf menschliche Gesundheit (health co-benefits) (Metz et al. 2007). Eine Serie von Publikationen in *The Lancet* (2009) bestätigt dies (Watts 2009). Auch die WHO hat sich diesem Thema zugewendet. Eine Publikationsreihe zu „*Health in the Green Economy series*“ untersucht welchen Effekt Strategien zur Reduzierung von Treibhausgasen auf menschliche Gesundheit haben (WHO 2012). Untersucht wurden beispielsweise der Transportsektor, der Wohnbausektor sowie der Gesundheitssektor selbst. Während einige Strategien positive Nebenwirkungen auf Gesundheit haben gibt es jedoch auch solche die Risiken für die menschliche Gesundheit hervorrufen. Während solche Studien die Relevanz von Gesundheit für nachhaltige Entwicklung aufzeigen und auch das Input-Dokument der WHO für die Rio+20-Agenda den Zusammenhang von Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung betonen, steht Gesundheit nicht unbedingt an vorderster Stelle der Rio+20 Agenda. Auf der Homepage der Rio+20 United Nations Conference on Sustainable Development ist Gesundheit beispielsweise nicht als eines der sieben ‚*Critical Issues*‘ aufgeführt (UN 2011).

Neben Klimawandel haben aber auch andere Umweltthemen wie Chemikaliensicherheit, Innenraumluftqualität, etc., Relevanz für menschliche Gesundheit. Nicht zuletzt das WHO Zentrum für Umwelt und Gesundheit in Bonn nimmt sich diesen und weiteren Themen an und arbeitet eng mit den anderen deutschen WHO Collaborating Centers zusammen.

DEU: Der umweltbezogene Gesundheitsschutz ist sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene ein zentrales Handlungsfeld der deutschen Umweltpolitik und umfasst die Bereiche Chemikaliensicherheit, Lebensmittelsicherheit, Luftreinhaltung, Badegewässer, Innenlufttraum sowie Anpassung an den Klimawandel. Deutschland ist Vorreiter im internationalen Klimaschutz und kann einen vergleichsweise hohen Standard an Umweltgesetzgebung erreichen.

Deutschland weist bereits eine Reihe von internationalen Aktivitäten im Bereich Umwelt und Gesundheit auf. Beispielsweise werden entwicklungspolitische Maßnahmen zur Umsetzung der Rotterdamer sowie der Stockholmer Konvention in Asien Afrika und Lateinamerika durchgeführt. Auch hat das BMU durch seine internationale Klimaschutzinitiative 2009 und 2010 sieben Projekte des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Südosteuropa und Zentralasien zur gesundheitlichen Anpassung an den Klimawandel gefördert. 2010 eine internationale Fachkonferenz zum Thema „Klimawandel, Extremwetterereignisse und Gesundheit“ in Bonn statt (BMU et al. 2009).

Seit Anfang 2012 wird das 2001 in Bonn eingerichtete ein Büro des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit ausgebaut und mit rund €3,4 Mio. (vorher waren es rund €1Mio.), ungefähr der Hälfte des Jahresbudgets des Zentrums, unterstützt. Thematische Schwerpunkte im Bereich Umwelt und Gesundheit sollen sowohl Luft, Wasser und Boden, als auch spezifische Umweltthemen wie Innenraumluftqualität und die Anpassung an den Klimawandel sein. Weiterhin ist geplant unterschiedliche Lebensbedingungen der WHO Region Europa (z.B. Wasserqualität in Aserbaidschan) statistisch zu erfassen und Verbesserungsvorschläge daraus abzuleiten (v.a. Zentralasien).

Nach wie vor ist mehr Sensibilisierung für den Zusammenhang von Gesundheit und Umwelt bzw. Klima notwendig, nicht nur dort wo es um mögliche co-benefits geht – sondern auch wo mögliche Zielkonflikte entstehen- beispielsweise zum Thema Quecksilber (zur Herstellung von Amalgam) oder DDT (zur Bekämpfung von Malaria). Auch können Umwelt- oder Klimaschutzmaßnahmen durchaus auch neue Gesundheitsprobleme hervorrufen. So kann Wärmedämmung zu Schimmelbildung und Radonansammlung in Innenräumen führen.

Die verheerende Hungerkrise am Horn von Afrika im vergangenen Jahr ist das jüngste Beispiel, das Hunger nach wie vor eines der zentralen globalen Herausforderungen bleibt. Nahrungsmittelsicherheit ist sowohl eng mit Klima- und Umweltpolitik als auch mit Agrarpolitik verknüpft. Bereits seit Beginn der Nahrungsmittelkrise 2007 sind eine Reihe neuer politischer Prozesse und Institutionen im Bereich der Landwirtschaft und Ernährungssicherung entstanden.

Auch bei den G8/G20 Gipfeln stand das Thema auf der Agenda. 2008 wurde beispielsweise eine von VN-Generalsekretär Ban Ki-moon eine **High-Level Task Force zur globalen Nahrungsmittelkrise**

eingerrichtet. Des-weiteren wurde auf dem dritten Welternährungsgipfel 2009 eine Globale Partnerschaft für Landwirtschaft, Nahrungssicherheit und Ernährung ins Leben gerufen, die auf eine stärkere Koordinierung und Kohärenz der Maßnahmen zur Sicherung der Welternährung zielt. In L'Aquila verabschiedeten die G8 eine Gemeinsame Erklärung zur Globalen Ernährungssicherung und machte Zusagen von \$20 Milliarden für die Bekämpfung des Hungers. Bei der G20 2009 wurde mit dem **Global Agriculture and Food Security Program (GAFSP)** ein Treuhandfonds eingerichtet, der Programme zur Entwicklung der Landwirtschaft und Nahrungssicherheit unterstützt. 2011 verabschiedete die G20 einen Aktionsplan zu Lebensmittel-Preisschwankungen und Landwirtschaft (BMELV s.d.). Seit 2008 wird die FAO reformiert, um ihre Aufgaben effektiver und effizienter zu erfüllen.

Über den **Codex Alimentarius** werden internationale Lebensmittelstandards in einheitlicher Form gesammelt. Ein gemeinsames Gremium der WHO und FAO, die Codex-Alimentarius-Kommission, entwickelt und beschließt abgestimmte Standards und verwandte Texte zur Anwendung in nationalen Rechtsvorschriften und im internationalen Lebensmittelhandel. Der Codex Alimentarius ist allerdings nicht ganz unumstritten.

DEU: Laut des BMELV nimmt Deutschland eine führende Rolle bei der Bekämpfung des Hungers durch die FAO ein: „Als drittgrößter Beitragszahler unterstützt Deutschland die FAO nachdrücklich dabei, die Anzahl der Hungernden bis zum Jahr 2015 zu halbieren, die Erzeugung und Verteilung von Agrarerzeugnissen zu verbessern, günstige Lebensverhältnisse für die ländliche Bevölkerung zu schaffen und die weltwirtschaftliche Entwicklung zu fördern (...)“ (BMELV s.d.). Beispielsweise fördert Deutschland seit 2002 im Rahmen eines Bilateralen Treuhandfonds Projekte der FAO im Bereich der Ernährungssicherung mit €8.3 Mio. jährlich. Auch die Bekämpfung der "Vogelgrippe" in Laos und Kambodscha wurde durch den Fonds finanziert. Deutschland ist seit 2009 auch Schauplatz der jährlichen Agrarministertreffen (Global Forum for Food and Agriculture (GFFA)). Im Rahmen der Twinning-Projekte unterhält das BMELV Projekte in den Bereichen der Lebensmittelüberwachung, im Verbraucherschutz, im Veterinär- und Pflanzenschutzsektor sowie in der Entwicklung des ländlichen Raumes (BMELV 2011). Deutschland ist zudem Mitglied im Codex Alimentarius.

5. Krankheitsbekämpfung – auch der vernachlässigten Krankheiten – durch Einsatz von neuen Partnerschaften in der Forschung, Produktentwicklung und Technologie

Große Herausforderungen bestehen weiter in Bezug auf die vernachlässigten (tropischen) sowie armutsbedingten Krankheiten. Ihnen ist in den letzten Jahrzehnten, weder in der Forschung noch in der Entwicklung von Impfstoffen und Medikamenten, aufgrund fehlender wirtschaftlicher Anreize, kaum Aufmerksamkeit geschenkt worden. Das hat dazu geführt, dass es kaum notwendige Medikamente, Impfstoffe, etc. für diese Krankheiten gibt oder der Zugang zu Präventions- und Behandlungsmaßnahmen unzureichend ist.

In den letzten Jahren wurde das Thema jedoch verstärkt aufgenommen. Es haben sich neue Allianzen gebildet, die diese Thematik verstärkt voran bringen. Auch hier wird vermehrt davon ausgegangen, dass dies nicht nur über Entwicklungszusammenarbeit geschehen kann sondern auch über neue Partnerschaften und Investitionen. Beispielsweise wurden sogenannte Produktentwicklungspartnerschaften kreiert, die sich der Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen annehmen.

Auch in der HIV AIDS Bekämpfung haben neue medizinische Entwicklungen zu größerem Optimismus geführt. Es wird eine der größten Herausforderungen in der globalen Gesundheit sein wie die rasante Entwicklung von Forschung und Technologie verbunden mit dem Anwachsen einer globalen

Gesundheitswirtschaft auch für die ärmsten Länder genutzt werden kann. Auch hier kommt den Schwellenländern eine zunehmende wichtige Bedeutung zu.

Auch hier sind neue Regelwerke in der Diskussion z.B. ist eine Konvention zu Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich in der Diskussion. Auch die Problematik der gefälschten Medikamente sowie der Resistenz wird immer bedeutsamer. Hier gibt es auch wichtige Initiativen der EU.

Bedeutsam ist hier nicht nur die Entwicklung von Medikamenten und Medizintechnologie sondern insbesondere die Informationstechnologie. Eine Vielzahl von Projekten arbeitet zum Beispiel am Einsatz von Mobiltelefonen und andere elektronischer Hilfsmittel für Gesundheitsversorger und Patienten in Afrika und Asien. M-health kann zu einem der großen Chancen in Ländern mit schwacher Infrastruktur werden. Dazu muss es aber möglich sein, auf das breite weltweite Wissen zugreifen zu können.

DEU: Deutschland ist insbesondere für seine traditionell bedeutende Rolle in der internationalen medizinischen Forschung, v.a. im Bereich der Infektionskrankheiten bekannt (Hein 2007), hat dieses Potenzial aber bei weitem noch nicht für seine internationale Arbeit ausgeschöpft. Mit der im Februar 2008 im Bundeskabinett verabschiedeten Strategie der Bundesregierung zur Internationalisierung von Wissenschaft und Forschung soll das zunehmende internationale Wissenspotenzial für die deutsche Forschungslandschaft durch Kooperationen erschlossen werden. Das BMBF fördert daher verstärkt den Ausbau von internationalen Kontakten und Netzwerken deutscher Hochschulen, Forschungseinrichtungen und Unternehmen. In der Vergangenheit wurden verschiedene Förderprogramme für Kooperationen und Forschungspartnerschaften u.a. mit Subsahara Afrika, Brasilien und Russland bei denen u.a. Gesundheit als Forschungsbereich genannt wird, ausgeschrieben.

Ein wichtiger Förderbereich ist die Forschung zu vernachlässigten Krankheiten. Die Unterstützung von Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs) ist ein wichtiges Element des neuen Förderkonzeptes „Vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten“. Das BMBF fördert bis 2015 3 PDPs mit €20 Millionen (BMBF 2011). Die PDPs wurden insbesondere in Hinblick auf ihren Beitrag zur Verbesserung der Kindersterblichkeit und zur Verbesserung der Gesundheit der Mütter (Erreichung der MDGs 4 und 5) ausgewählt.

Im Rahmen des Förderkonzeptes stärkt das BMBF auch die deutsche Forschungsszene im Bereich der vernachlässigten und armutsassoziierten Erkrankungen und baut Forschungskapazitäten auf. Desweiteren werden klinische Studien zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose im subsaharischen Afrika im Rahmen von EDCTP (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership) gefördert (ebd.).

Auch der Trend der Public Private Partnerships (PPP) im Gesundheitsbereich wird anhalten. Hervorzuheben ist die „German Healthcare Partnership“, welche gemeinsam vom BMZ und dem Bund Deutscher Industrieverbände (BDI) begründet wurde. Die aus über 20 privaten und staatlichen Mitgliedern bestehende Partnerschaft hat sich zum Ziel gesetzt die Gesundheitsinfrastruktur in Entwicklungs- und Schwellenländern zu verbessern (BDI 2011).

F. Die strategischen Prinzipien einer deutschen NGGS

Die Interdependenz ist auch durch den Begriff der „**Weltinnenpolitik**“ umschrieben worden. Sie ist von drei Notwendigkeiten getrieben, die auch für die Gesundheitspolitik gelten:

- zum einen bedarf es eines verlässlichen Regelwerkes für das Handeln der vielfältigen globalen Akteure,
- zum anderen gilt es die wichtigsten Infrastrukturleistungen für Interdependenz aufzubauen und zu sichern,
- zum dritten gilt es die Externalitäten der Entgrenzung im Griff zu halten.

Deutschlands Beitrag zur globalen Gesundheitspolitik muss sich nicht nur auf bestimmte Gesundheitsprioritäten konzentrieren sondern diese mit bestimmte Prinzipien globalen Handelns verbinden. Von ganz besonderer Bedeutung sind zwei prinzipielle Orientierungen, die weiter oben schon kurz angesprochen worden sind:

* eine **Umorientierung in der Entwicklungspolitik**, wie sie Nancy Birdsall (2009) fordert. Sie erläutert, dass Entwicklung als globaler Sozialvertrag (global social contract) umdefiniert werden muss. Sie beschreibt drei wichtige Zielvorgaben eines solches Projektes: **Solidarität, Globale öffentliche Güter und die Investition in Transformationsprozesse:**

The objective, through economic development and state-building, is transformation of developing countries into middle-class societies in which citizens hold their governments accountable for provision of physical security and basic social services. This objective is addressed primarily through investments meant to increase economic growth and livelihoods, including in physical infrastructure, and investments to build more competent and responsible state institutions. (Birdsall 2009).

* die Notwendigkeit in einer globalen und ungleichen Welt die **bestehenden globalen Institutionen zu stärken** – ohne solche Institutionen wird es nicht möglich sein ein solches „neues Entwicklungsprojekt“ umzusetzen. (Birdsall 2009)

Daraus lassen sich für eine deutsche Globale Gesundheitspolitik bzw. NGGS zwei zentrale strategische Orientierung ableiten: **das Einsetzen für die Finanzierung öffentlicher und kollateraler globaler Güter und die Unterstützung von internationalen Organisationen und wichtiger globaler Regelwerke** Dies sollte in enger Zusammenarbeit mit der EU und ihren Mitgliedsländern erfolgen – z.T. auch durch spezielle Partnerschaften, wie z.B.: Deutschland/Frankreich.

Sicherung Globaler öffentliche Güter: zwei Finanzierungsströme

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass die zur Verfügung stehenden Finanzmittel für Globale Gesundheitsinitiativen signifikant angewachsen sind, auch wenn viele Geberländer – auch Deutschland - noch weit von der 0.7.BIP Verpflichtung entfernt sind. Die Finanzierungsgrundlage für globale öffentliche Güter und internationale Organisationen bleibt hingegen weiterhin schwach. Welches sind die kollektiven Gütern, die der „*Globalisierung der Risiken*“ und der Ungleichheit entgegenwirken können? In Bezug auf Gesundheit wird diskutiert inwieweit – basierend auf dem Verständnis von Gesundheit als einem Menschenrecht – Gesundheit selbst ein **globales öffentliches Gut** (global public good) ist, oder ob bestimmte Vorbedingungen für Gesundheit –z.B. ein globales

Warnsystem für Epidemieausbrüche, oder ein Regelwerk wie die IGV/IHR - – das öffentliche Gut darstellen.

“Global Public goods are therefore considered public goods, the effects of which – costs and benefits – are transnational, transregional and sometimes even transgenerational. (Kaul/Gleicher 2011)

Die Sicherung globaler öffentlicher Güter – wie z.B. der Seuchenbekämpfung – erfordert internationale Abkommen, verlässliche Rechtsgrundlagen, sowie die Investition in handlungsfähige und nachhaltige Institutionen auf allen Ebenen. Zu den institutionellen Rahmenbedingungen dieses globalen Gesundheitssystems gehört eine für internationale Belange zuständige Organisation, die Weltgesundheitsorganisation; diese kann völkerrechtlich verbindliche Abkommen abschließen. Sie gerät zunehmend an ihre Grenzen, weil weder ihr Arbeits- noch ihr Finanzierungsmodell den neuen Aufgaben im globalen Handlungsbereich gewachsen sind – und es ist noch nicht klar, in welchem Ausmaß die Mitgliedsstaaten bereit sind die Organisation zu reformieren. Die Stellungnahme der EU betont insbesondere die normative Aufgabe der WHO, ebenso wie viele europäische Mitgliedsländer der Organisation, so auch Deutschland. .

DEU: Die deutsche Stellungnahme zur zukünftigen Finanzierung der WHO betont die koordinierende Rolle der WHO in der globalen Gesundheitsarchitektur und erkennt sie als einzige globale Gesundheitsorganisation an, die über eine allumfassende Mission als auch universeller Legitimität verfügt. Insbesondere wird hervorgehoben, dass sich die Reform auf die **Kernfunktionen der WHO, nämlich der Normsetzung, der Koordination, der Evaluierung und Gesundheitssicherheit konzentrieren** sollte um somit die finanzielle Situation zu konsolidieren. Andere Funktionen wie die Bereitstellung von finanziellen Mitteln oder operative Implementierung sollten von anderen globalen Gesundheitsakteuren übernommen werden. Deutschland betont ebenfalls, dass ein systemischer, horizontaler Ansatz zur Stärkung von Gesundheitssystemen notwendig ist anstatt einem krankheitsspezifischen, der zu Fragmentierung führt.

In den letzten Jahren ist deutlicher geworden, dass es **Globale öffentliche Güter nicht umsonst gibt: ihre Gestaltung und Finanzierung im Rahmen des Nationalstaates** ist zum einen Teil der Außen- und Sicherheitspolitik und zum anderen Teil der Wirtschafts- und Entwicklungspolitik sowie zunehmend der einzelnen Fachressorts. Besonders bedeutsam – auch für die Ausformulierung einer NGGS - ist der Modus der Finanzierung der globalen öffentlichen Güter. **Die UNDP schlägt in ihren Berichten zu den globalen öffentlichen Gütern zwei unterschiedliche Finanzströme vor:**

1. einen der weiterhin als Entwicklungszusammenarbeit gefasst wird und
2. ein zweiter, der globale öffentliche Güter sichern hilft.

Dies ist für den Finanzierung von globaler Gesundheit als transnationalem und intersektorialem Vorgehen sehr wichtig und beinhaltet ein grundsätzliches Umdenken, denn es gilt über den zweiten Strom abzusichern, **so dass auch in anderen Ressorts Mittel zur Verfügung zu haben um die Sicherung globaler öffentlicher Güter** unterstützen zu können. Dies lässt sich z.B. in Hinblick auf zusätzliche Finanzierung der Weltgesundheitsorganisation im Vergleich zur Finanzierung des Global Fund GFATM verdeutlichen. Angesichts der Veränderung in der Entwicklungszusammenarbeit werden diese beiden Ströme ev. auf neue Weise zusammenwachsen müssen. Schon heute deutet sich das durch Budgetzuwachs für das internationale in machen Gesundheitsministerien und der Übernahme globaler Aufgaben in manchen Organisationen der EZ. So hat die englische EZ Organisation DfID einen *Director-General Policy and Global Programmes*.

Deutlich wird diese Verschiebung der Prioritäten hin auf öffentliche globale Güter besonders wenn man die Schwerpunkte (Objectives) der *Global Health Strategy* des amerikanischen Gesundheitsministeriums betrachtet, welche bewusst so gewählt sind, dass sie **zugleich** die Gesundheit der amerikanischen Bevölkerung wie andere Länder unterstützen:

USA

- enhance global surveillance to detect, control and prevent diseases and health concerns;
- prevent infectious diseases and other health threats from crossing borders;
- prepare for and respond to international outbreaks and public health emergencies;
- increase the safety and integrity of global manufacturing and supply chains for medical products, food and feed;
- strengthen and implement international science-based international health and safety standards;
- catalyze biomedical and public health research and innovation for new interventions that improve health and well-being;
- identify and exchange best practices to improve health strategies and health systems;
- address the changing global patterns of death, illness and disability;
- support the President's Global Health Initiative to achieve major improvements in health outcomes for women, children and families; and
- advance health diplomacy through scientific and technical expertise.

Besonders **der Wissensaustausch als globales Gut** muss hier betont werden. Auch die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag einen deutlichen Auftrag and die Bildungspolitik formuliert: „*Bildung und Forschung werden zu einem Schwerpunkt in der Zusammenarbeit mit Schwellen- und Entwicklungsländern.*“

Kollaterale Güter: ein dritter Finanzierungsstrom

Die Vereinten Nationen (UNDP) heben hervor, dass viele globale öffentliche Güter nicht allein durch national staatliche Akteure hergestellt werden können, sondern dass auch die territorial nicht gebundenen Wirtschaftsakteure und nicht staatliche Handlungsträger eingebunden werden müssen solche Güter zu erbringen. Für solche Güter kann der Begriff der „**kollateralen Güter**“ hilfreicher sein. (Willke 2006). Darunter versteht man eine neue Kategorie von Kollektivgütern deren Bereitstellung einer neuen Form des Zusammenspiels zwischen öffentlichen und privaten Akteuren bedarf.

„Es sind Güter an denen ein öffentliches (ich würde hier einfügen ein globales IK) Interesse besteht, deren Produktion eine Positivsummenbilanz erzeugt, deren Herstellung aber weder spontan auf dem Markt erfolgt noch autoritativ von der Politik dekretiert werden kann.“ (Willke 2006, S. 106)

Gerade im globalen Gesundheitsbereich häufen sich die Beispiele für solche kollaterale Güter, wie die Bereitstellung von Medikamenten und Impfstoffen oder die von der G8 2010 lancierte Muskoka Initiative für die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern im Rahmen der Umsetzung der MDGs. Eine deutlichere Trennung zwischen globalen öffentlichen Gütern, die über Abkommen zwischen Staaten und kollateralen Gütern, die über Abkommen zwischen vielen Handlungsträgern erbracht werden könnte hilfreich sein. Birdsall (2009) kategorisiert letzteres unter dem Begriff der Solidarität - ein etwas anderes Verständnis von Solidarität als in europäischen Umfeld. Kollaterale Güter – so Birdsall - sind einfacher zu finanzieren weil sie auch einfacher verstanden werden:

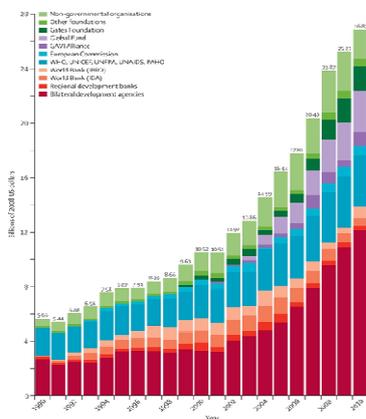
Solidarity programs seem to be more easily understood and broadly endorsed by taxpayers in rich countries, because they help people and possibly because it is easier to “see” results; the evangelical movement in the United States has been particularly supportive of health programs in poor countries and of debt reduction on the grounds that high debt service was undermining the ability of poor countries to finance health and schooling and other services with an immediate and clear impact on people’s lives. (Birdsall 2009).

Brown et al. (2006) bringen den Begriffswandel von internationaler zu globaler Gesundheit mit einer neuen (Selbst-) Positionierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Verbindung bringen. Diese Analyse ist aber viel zu eng gefasst **Besonders bedeutsam für die Durchsetzung des Begriffes *global health* war aber, dass ihn die globale (d.h. die amerikanische) Philanthropie verwendet hat.** Besonders die *Bill and Melinda Gates Foundation* hat das Verständnis des Begriffes stark geprägt. Als bedeutendster nicht-staatlicher Akteur, der grenzüberschreitend in einer durch Globalisierung definierten Welt handelt, kann die Stiftung sich mit dem Begriff *international* nicht identifizieren - mit dem Begriff *global* aber umso mehr. Wenn einer der größten Geldgeber einen Begriff auf eine bestimmte Weise verwendet so ergibt sich eine Definitionsmacht: denn der Begriff bestimmt was als globale Gesundheit verstanden wird und finanziell unterstützt wird.

DEU: Dieses verengte Verständnis von Globaler Gesundheit spiegelt sich dann auch in policy briefs, die in enger Verbindung mit der Stiftung entstehen: so beschreibt der policy brief *“GLOBAL HEALTH POLICYMAKING in Germany – a country profile“* der *E2Pi Evidence to Policy Initiative* vorrangig die deutschen Geldflüsse in der gesundheitsbezogenen Entwicklungspolitik. Auf andere Aspekte des „*Global Health Policy Making*“ wird im policy brief nicht eingegangen (E2Pi 2011).

So wurde denn auch um die Jahrtausendwende eine neue Ära der globalen Gesundheitspolitik ausgerufen, die sich über das rasch anwachsende Geld für globale Gesundheitsinitiativen definierte. (Kickbusch 2010) Auch die Zeitschrift *The Economist* setzt bei der Finanzierung an, wenn sie von den „*ambitious promises for global health*“ (The Economist 2011). spricht, die nicht mehr eingelöst werden: zwar wächst das Geld für globale Initiativen weiter um ca. 4% im Jahr – aber um einiges weniger als in den Jahren zwischen 2001 und 2008. (siehe Graphik) Neueste Berechnungen gehen sogar nur von einem Wachstum von 1-2% aus.

Development Assistance for Health from 1990 to 2011 by Channel of Assistance



Note: The bar graph represents the contributions of specific (groups of) donors in the same sequence as in the legend. (BMGF: Bill and Melinda Gates Foundation; GAVI: Global Alliance on Vaccines and Immunization) Source: Murray et al., 2011: S. 8-10.

Nur zehn Jahre später spricht man von „*a tremendous shake up throughout global health*“ (Garrett 2012) der als Besorgnis erregend eingestuft wird – auf jeden Fall von westlichen Beobachtern. The Economist führt den Einbruch zum einen auf „weniger Enthusiasmus“ zurück, auch weil die „alten“ Geberländer angesichts der Finanzkrise nicht mehr so großzügig sind. Es sind auch keine großen neuen „Geber“ wie die Bill and Melinda Gates Foundation auf den Plan getreten sind. Auch die neuen Finanzstrukturen, die mit dem GFATM oder GAVI eingeführt wurden, stoßen an ihre Grenzen. Zum Teil als Gegenmodell zur „ineffektiven UN“ ins Leben gerufen sind sie nun ebenfalls durch Korruptionsvorwürfe und von Managementfehler belastet. Darauf reagiert auch Deutschland als

eine der großen Geber des Fonds, die deutschen Gelder werden von der Reform des GFATM abhängig gemacht.

Noch ist es nicht möglich einzuschätzen wie genau sich der Eintritt der BRICS Länder in die globale Gesundheitslandschaft verändern wird. Es breiten sich andere Entwicklungs- und Investitionsmodelle aus - besonders in Afrika. (Brautigam 2009) Es geht um neue Formen der Zusammenarbeit (z.B. Süd-Süd Partnerschaften; Triangulare Partnerschaften) und eine neue **Globale Partnerschaft vieler Akteure, die das** Geber- Empfänger Modell überwinden **soll** - diese werden in der Busan Erklärung von 2011 angesprochen. Die Beiträge der BRICS Länder zur globalen Gesundheit durch andere Mechanismen lassen sich noch nicht berechnen – von daher könnten die Wachstumsraten für global health Finanzierung auch viel zu knapp berechnet worden sein.

Die gemeinsame Finanzierung von kollateralen Gütern als dritter Finanzstrom - wird zunehmend an Bedeutung gewinnen: zur Finanzierung kollateraler Güter sollen alle globalen Akteure in die Pflicht genommen werden, z.B. durch eine Anbindung an die Produkte und Dienstleistungen der Globalisierung. Die von Frankreich und einigen anderen Ländern eingeführte Flugticketabgabe ist ein Weg in die richtige Richtung; die Nutzung einer globalen Transaktionssteuer wäre ein anderer. Es ist nicht einsichtig, dass große finanzstarke Akteure von den internationalen Regelwerken profitieren, sie mitunter durch ihr Lobbying signifikant beeinflussen aber keinen regulären und transparenten finanziellen Beitrag zu ihrer Finanzierung leisten. Die Bill und Melinda Gates Foundation ist inzwischen zum dritt größten Beitragszahler der WHO geworden – nach den USA und Japan. Wie soll dieser Beitrag zugeordnet werden? Wie wird er entschieden? Wie beeinflusst er die Organisation?

Viele der nicht-staatlichen Organisationen stehen einer zunehmenden Einbindung des Privatsektors sehr kritisch gegenüber (Dentico 2009) – dies kam in der Diskussion um den WHO Reform Prozess deutlich zum Ausdruck als der (wenig ausformulierte) Vorschlag eines World Health Forum ad acta gelegt wurde. Sowohl die NGOs wie einige Staaten waren der Meinung, dass die Autorität und Unabhängigkeit der WHO durch ein solches Forum untergraben würde. Andere Akteure aber sind überzeugt, dass ein Prozess des gemeinsamen Lernens erfolgt, der schlussendlich zu einer gewissen Wertekonvergenz führt. (Bull/McNeil 2009)

Unterstützung von internationalen Organisationen (besonders WHO) und wichtiger globaler Regelwerke

Globale Gesundheitspolitik ist aber dadurch gekennzeichnet dass es um weit mehr als um finanzielle Ressourcen geht: **alle Akteure im globalen Gesundheitssystem haben Verpflichtungen und alle sind an der globalen Governanz beteiligt.** Die globale Welt braucht Regelwerke und die damit verbundenen Infrastrukturen - entsprechend nimmt auch die Anzahl der internationalen Regelwerke, Institutionen und Initiativen mit Bezug auf die globale Gesundheit zu – sowohl im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation, wie auch in anderen internationalen Gremien. Für Mitgliedsländer der Europäischen Union ergeben sich noch zusätzliche Formen der Verpflichtung und Zusammenarbeit auf europäischer und globaler Ebene. Van Langenhove (2010) sieht als eine der Hauptaufgaben der EU und ihren Mitgliedsstaaten als „change agent“ im UN system zu wirken. Der Ruf der EU nach einem effektiven Multilateralismus muss um einiges dezidierter durch eigenes Handeln umgesetzt werden – Deutschland könnte hier (auch aus Eigeninteresse) eine wichtige Rolle spielen.

„Either the EU participates in the shaping of the coming order and becomes one of its major poles, or it will be relegated to the position of a mere spectator in global affairs.“ (Renard 2009, S.7)

Hier wird die Positionierung im Verhältnis zu den Schwellenländern immer bedeutender. Gerade angesichts der globalen Finanzkrise zeigen sich tektonische Verschiebungen und neue Interessengegensätze und eventuell längerfristig auch Werteverstärkungen.

In der Globalen Gesundheit sind wichtige (hard and soft) Regelwerke für die verstärkte, grenzüberschreitende Zusammenarbeit verabschiedet worden um die Gesundheit in allen Teilen der Welt zu verbessern; Staaten müssen sowohl internationalen Verpflichtungen „für andere“ nachkommen (z.B. 0.7 BIP für Entwicklungszusammenarbeit) und sie sind verpflichtet Regelwerke national umzusetzen (z.B. Tabakkonvention oder Internationale Gesundheitsvorschriften (IHR)). Im politischen Umfeld und in der Außenpolitik hat sich eine „health summitry“ entwickelt – z.B. bei Treffen der Regierungschefs im Rahmen der G8 und der Parlamentarier in der Interparlamentarischen Union werden zunehmend globale Gesundheitsfragen aufgegriffen und Verpflichtungen eingegangen (Kirton 2010). Übereinkünfte wie die Millenniumsentwicklungsziele der Vereinten Nationen oder politische Erklärungen wie zu NCDs auf dem 2011 UN Gipfel oder die Erklärung von Busan 2011 zur Entwicklungszusammenarbeit prägen ebenfalls die globale Gesundheitspolitik. Die globalen Hybridorganisationen und die großen Stiftungen im globalen Gesundheitsbereich berufen sich auf einen „prinzipientreuen Pragmatismus“ (2006 UN Sonderbeauftragter für Menschenrechte) – sind aber durch keine Abkommen gebunden. Diese Schwachstelle findet immer mehr Aufmerksamkeit und wird vom Busan Gipfel 2011 betont:

*“At the same time, we recognise that **we are all** part of a development agenda in which we participate on the basis of common goals and shared principles. “*

Es ist es sicherlich auch wertvoll weitergehende Vorschläge möglicher Abkommen zu diskutieren. Vorschläge beinhalten eine „Global Health Convention“ (Gostin 2008) oder eine „Global Health Constitution“ (Ruger 2011a). Beide müssten wahrscheinlich über den Rahmen der WHO hinaus verhandelt und abgestützt werden müssten.

Strategische Schwerpunkte einer deutschen NGGS

Aus den oben entwickelten Ausführungen zur transnationalen Dynamik, zum Multilateralismus 0.2, zu den strategischen Prinzipien und zu den inhaltlichen Schwerpunkten in der globalen Gesundheit ergeben sich fünf mögliche Schwerpunkte einer deutschen NGGS:

*Schwerpunkt 1:

die Unterstützung von internationalen Organisationen und wichtiger globaler Regelwerke und das gestalterische Mitwirken an einer effektiveren globalen Gesundheitsarchitektur (*global health governance*);

* Schwerpunkt 2:

Die Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit (*global health security*) und der Einsatz für die Finanzierung öffentlicher und kollateraler globaler Güter durch neue Finanzierungsmodelle

* Schwerpunkt 3:

der Beitrag zum Abbau globaler Ungleichheiten durch soziale Sicherung und universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten (auch als Beitrag zu den Gesundheitsdeterminanten);

* Schwerpunkt 4:

die enge Verbindung von Klima-, Umwelt, Agrar- und Gesundheitspolitik (auch als Beitrag zu den NCDs);

* Schwerpunkt 5:

Die Krankheitsbekämpfung – auch der vernachlässigten Krankheiten - durch Einsatz von neuen Partnerschaften in der Forschung, Produktentwicklung und Technologie.

G. Komponenten einer Nationalen Globalen Gesundheitsstrategie NGGS im Vergleich

Im folgenden Abschnitt wird das Potential einer NGGS für Deutschland anhand von zehn Komponenten ausgelotet. Dazu werden die Aussagen, Erfahrungen und Instrumente der schon bestehenden NGGS sowie einige zusätzliche Erfahrungen aus strategischen Initiativen im außenpolitischen und Entwicklungsbereich auf ihren Nutzen für eine deutsche NGGS überprüft. Auch die Aussagen, die in einer Vielzahl von Interviews gemacht wurden fließen hier mit ein. Wichtig bei der Formulierung einer NGGS ist es, stets die Grundzüge der Governanz von komplexen adaptiven System in Auge zu behalten:

“It is counterproductive in a complex adaptive system to try to micro-manage, over-structure, or preordain. Rather we need to establish joint principles, so-called boundary conditions, such as equity, safety, common norms, transparency and accountability; and make sure that looser structures of governance adhere to these principles. *Nils Daulaire, Director of Global Health Affairs USA 2010 (Daulaire, N. 2010).*”

Begründungen für eine NGGS

Schon zu Beginn dieses Gutachtens ist auf die doppelte Dynamik der globalen Gesundheit hingewiesen worden. Für ein Ministerium wie das BMG bedeutet die Arbeit an einer NGGS deutlich einen Schritt zur verstärkten Internationalisierung eines vorrangig innenpolitisch ausgerichteten Ressorts. Dies ist den Internationalisierungsstrategien anderer Ressorts nicht unähnlich und sicherlich erforderlich.

Alle NGGS argumentieren mit der veränderten Gesundheitslandschaft, den anstehenden Gesundheitsproblemen, der Notwendigkeit global aktiv zu sein um die Gesundheit der eigenen Bevölkerung zu schützen; sowie den Erfordernissen internationalen Verpflichtungen nachzukommen und wichtige Werte zu vertreten. Auch die zwei vorliegenden kanadischen Gutachten für eine NGGS argumentieren ähnlich.

CH: Die Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik argumentiert z.B. „*dass international koordinierte Antworten für die Lösung „nationaler“ Gesundheitsprobleme unabdingbar geworden sind.*“

UK: Das englische Gesundheitsministerium betonte anlässlich der Veröffentlichung der überarbeiteten Strategie: „*a strategic approach to global health is essential if we are to assure domestic and global security and prosperity*“

Mit einer NGGS positioniert man sich in einer Welt, in der die Gesundheitszusammenarbeit auch Teil von außenpolitischen „soft power“ Strategien ist. Auch Deutschland muss dies angesichts seiner sich verändernden Rolle in der Welt deutlicher in Betracht ziehen. Die CH NGGS heißt denn auch „Gesundheitsaussenpolitik“. Mit einer NGGS macht man das eigene Handeln und die Absichten sichtbar und bündelt vielfältige Initiativen in verständlicher und strategischer Weise. Man wird transparenter – aber auch angreifbarer – sowohl im nationalen wie im internationalen Kontext. Interessant ist von daher, dass sowohl die Schweizer wie auch die englische NGGS darauf verweisen, dass seine NGGS dazu beitragen kann, Interessenkonflikte deutlich darzustellen. Die Schweiz verweist z.B. auf die Balance zwischen dem Einsatz für Menschenrechte und den Erfordernissen eines Standortes globaler Pharmafirmen, die UK verweist in ihren Prinzipien auf mögliche Konflikte zwischen einzelnen Politikbereichen:

UK: Ensure that the effects of foreign and domestic policies on global health are much more explicit and that we are **transparent** about where the objectives of different policies may conflict.

DEU: Auch in Deutschland sind gerade aufgrund der Verteilung von globaler Gesundheit über verschiedene Ressorts hinweg Zielkonflikte unvermeidbar. Hinzu kommen Konflikte die mit der Zusammensetzung der Koalition und der politischen „Couleur“ der jeweiligen Minister zusammenhängen.

Kommentar: Bei den Befragungen für diese Studie wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass man im In- und Ausland und im Kontext der internationalen Organisationen zu wenig über die global health Ziele der deutschen Regierung weiß und es auch sehr schwierig ist einen Überblick über die vielen deutschen Aktivitäten zu erlangen. Auch ist vielen Gesprächspartnern häufig nicht klar, wer nun der Ansprechpartner für globale Gesundheit in Deutschland ist und auf welcher hierarchischen Ebene diese verankert sind.

Es wird als positiv angesehen, dass Deutschland sich in der globalen Gesundheitspolitik nicht „imperialistisch“ gebärdet und auch, dass es in den letzten Jahren (besonders seit der EB Mitgliedschaft) aktiver geworden ist - aber zugleich wird vermerkt, dass Deutschland durchaus eine wichtigere Rolle spielen könnte. Gerne hätte man mehr Klarheit über die Werte, Prinzipien und Bereiche für die sich Deutschland **langfristig** einsetzen wird. Dazu könnte sicherlich eine NGGS beitragen, die Ziele über einen längeren Zeitraum hinweg setzt.

Diese mangelnde Sichtbarkeit und die Abwesenheit der globalen Gesundheit als Politikfeld in der deutschen Diskussion entsprechen weder dem finanziellen Beitrag Deutschlands noch der neuen breiten politischen Bedeutung dieses Handlungsbereiches. Von daher sollte das Interesse an einer solchen NGGS auch im Kanzleramt verankert sein.

Kohärenz mit Zielen der EU

Eine deutsche NGGS muss einen deutlichen Bezug zur Europäischen Union haben. Besonders zu betonen ist damit (neben den sektoralen Strategien innerhalb der EU) die im Rahmen der EU am 10 Mai 2010 im Rat für Auswärtige Angelegenheiten verabschiedeten Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik. Mit diesem Dokument wird zum ersten Mal ein politischer Rahmen für die EU und ihre Mitgliedsländer in diesem Handlungsfeld gesetzt. Es heißt darin u.a.

„Der Rat fordert die EU und ihre Mitgliedstaaten auf, bei sämtlichen einschlägigen innen- und außenpolitischen Strategien und Maßnahmen gemeinsam zu handeln, indem sie vorrangig die Weiterentwicklung umfassender Gesundheitsversorgungssysteme in den Partnerländern unterstützen, die für die Bewältigung sämtlicher globaler Herausforderungen im Gesundheitsbereich von größter Bedeutung sind.“ ([Europäische Kommission 2010](#))

Auch wenn diese Erklärung weiterhin etwas „entwicklungslastig“ ist und nicht die volle Breite der von der Kommission für diesen Themenbereich vorgelegten Mitteilung der Kommission an den Rat, das Parlament, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen „Die Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik“ ([Europäische Kommission 2010](#)) wiedergibt, so

kommt ihr doch als politisches Dokument eine hohe Bedeutung zu. Es wird klar ausgesprochen, dass der EU bei der Bewältigung der globalen Herausforderungen im Gesundheitsbereich, einschließlich der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele und der nichtübertragbaren Krankheiten, eine **maßgebliche** Rolle zukommt. Ebenso wird betont dass die Aktivitäten in diesem Bereich auf **Werten** basieren: auf das Recht eines jeden Menschen auf ein Höchstmaß an physischer und psychischer Gesundheit zu schützen und zu fördern und auch auf die von der EU vereinbarten gemeinsamen Werte der Solidarität im Hinblick auf eine gerechte und flächendeckende hochwertige Gesundheitsversorgung. Schwerpunkte werden in der Politikkohärenz in den folgenden **prioritären Bereichen** gesetzt: Handel und Finanzierung, Migration, Sicherheit, Ernährungssicherheit und Klimawandel, welche alle grossen Einfluss auf die globale Gesundheit haben, dazu werden einige Massnahmen besonders genannt. Zuletzt wird auch noch auf die Notwendigkeit hingewiesen, innerhalb der EU **gemeinsame Fachkompetenz in globalen Gesundheitsfragen** zu entwickeln.

Kommentar:

Eine deutsche NGGS muss auch in den von der EU verabschiedeten Werten und Erklärungen zur globalen Gesundheit verankert sein. Diese haben noch nicht die nötige Aufmerksamkeit erlangt, gerade weil sie einen Ressortübergreifenden Ansatz zur globalen Gesundheit vertreten. Deutschland könnte seine NGGS dazu nutzen den Bezug zur EU Politik herzustellen und sich zum Ziel zu setzen, **aktiv an deren Umsetzung mitzuwirken.** Es wäre durchaus vorstellbar, dass Deutschland, im Anschluss an seine Rolle im Exekutivrat der WHO es sich zum Ziel setzt daran mitzuwirken, die Rolle der EU und ihrer Mitgliedsstaaten in der globalen Gesundheit zu verbessern – insbesondere in Bezug auf bestimmte Kohärenzbereiche z.B. Ernährungsmittelsicherheit und Klimawandel. Man könnte sich dies auch in Zusammenarbeit mit einem anderen EU Mitgliedsland vorstellen – z.B. Frankreich. Der World Health Summit in Berlin als deutsch-französische Initiative könnte hierzu einer der Transmissionsriemen sein. Die Erfahrungen Deutschlands in der WHO auf globaler Ebene (im Exekutivrat) und auf regionaler Ebene könnten hier für die EU Politik sehr nützlich sein und ebenfalls zur Kohärenz und Vermeidung von Doppelarbeit in der globale Gesundheitsgovernanz beitragen. Das bedeutet, dass auch innerhalb des BMG mehr Zusammenarbeit zwischen Referaten in Fragen der EU und globaler Gesundheit stattfinden muss.

Werte

Eine NGGS ist nicht nur ein „steering mechanism“ sie ist zugleich auch ein „rule system“. Die Prinzipien einer deutschen NGGS werden sich aus mehreren wichtigen Quellen speisen: einerseits auf nationaler Ebene den Prinzipien deutscher Außenpolitik, der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wie der deutschen Gesundheitspolitik. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit orientiert sich beispielsweise an „**humanistischen Werten**“ und setzt sich für „**Freiheit, Menschenrechte und Solidarität** innerhalb und zwischen Gesellschaften“ ein (BMZ 2011a). Spezifisch für den Gesundheitssektor betont das BMZ den menschenrechtsbasierten Ansatz sowie die Gleichberechtigung der Geschlechter als Ziel aller Aktivitäten im Gesundheitssektor (BMZ 2009c).

In seiner Rede anlässlich einer Rede zum Festakt "50 Jahre BMZ" im November 2011 betont Entwicklungsminister Niebel "Menschenrechte dürfen niemals und nirgendwo zur Disposition stehen

(...)Die Basis unserer Arbeit sind **Menschenrechte und Demokratie**, unser Leitbild ist eine zukunftsfähige globale Entwicklung. Wo Menschenrechte verletzt werden, lösen“ (Nebel 2011).

Im Koalitionsvertrag sind Schwerpunkte der deutschen EZ aufgeführt, von denen einige ebenfalls eher prinzipiellen Charakter haben (BMZ 2010a):

- Armut nachhaltig bekämpfen
- Strukturdefizite abbauen
- Engagement der Zivilgesellschaft stärken
- Das Engagement der Wirtschaft entwicklungspolitisch stärken
- Die Wirksamkeit der deutschen Entwicklungszusammenarbeit stärken
- Die Sichtbarkeit verbessern

Auch von der EU verständigte Werte sollten sich in einer deutschen NGGS wiederfinden lassen. In den Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik hebt der Rat „die von der EU vereinbarten gemeinsamen Werte der **Solidarität im Hinblick auf eine gerechte und flächendeckende hochwertige Gesundheitsversorgung** als Grundlage der EU-Strategien“ hervor.

Die Mitteilung der Kommission zur globalen Gesundheit betont zudem die gemeinsamen Werte **Solidarität, Gleichbehandlung, Universalität und Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität** auf die sich die EU in den Schlussfolgerungen des Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen“ verständigt hat. Auch verweist die Mitteilung auf eine 2009 veröffentlichte Kommissionsmitteilung, die sich mit der **Frage des Abbaus gesundheitlicher Ungleichheit** in der EU befasst.

Auf internationaler Ebene bilden sowohl Verfassungen der WHO und UN-Organisationen, als auch zahlreiche internationale Abkommen und Konventionen eine wichtige Grundlage. Dazu ist zwischen verschiedenen Ressorts zu klären inwiefern diese verbindliche oder empfohlene Verpflichtungen darstellen.

Auch aus intersektoralen Verpflichtungen lassen sich bestimmte Werte ableiten. In der Ratifizierung von ILO-Übereinkommen liegt Deutschland in der Spitzengruppe weltweit mit 83 ratifizierten von 188 Konventionen. Dies liegt nicht zuletzt an der übereinstimmenden Grundorientierung. Auf der Webseite der ILO-Vertretung in Deutschland heißt es, dass „das die ILO kennzeichnende Strukturprinzip der Dreigliedrigkeit, in vielen ihrer Mitgliedstaaten eher fremd und gewöhnungsbedürftig, ist in Deutschland ebenso vertraut wie unumstritten. Daher gibt es zwischen Deutschland und der ILO nur selten größere Meinungsunterschiede im Hinblick auf die Ausrichtung und die Maximen sozial- und gesellschaftspolitischen Handelns.“ (ILO 2011).

Insbesondere in der Umweltgesetzgebung hat Deutschland bereits einen sehr hohen Standard erreicht. Internationale Übereinkommen in der Chemikaliensicherheit hat Deutschland eins zu eins ins deutsche Gesetz übersetzt. Deutschland war eines der ersten Länder, das die Stockholmer Konvention (POP-Konvention), die die Herstellung und den Gebrauch von zwölf langlebigen, organischen Schadstoffen (persistent organic pollutants, POPs) verbietet, ratifizierte. Auch das Rotterdamer Übereinkommen, das den internationalen Handel mit gefährlichen Chemikalien reguliert ratifizierte Deutschland als eines der wichtigsten Chemieexporteure die Konvention.

Werte CH: Die CH Gesundheitsaußenpolitik lässt sich von folgenden übergeordneten Prinzipien und Werten leiten: „Good Governance, Gerechtigkeit und Armutsfokus, Globale Verantwortung, Interessenwahrung und Kohärenz und „Swissness“ – auf eigene Stärken bauen“.

DEU: „Der menschenrechtsbasierte Ansatz – wie in verschiedenen Publikationen des BMZ ausgeführt – sollte in allen Bereichen der Strategie zur globalen Gesundheitspolitik zum Ausdruck kommen. Die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte bilden dabei die Eckpfeiler des MR-Ansatzes. Es geht darum, ein Bewusstsein zu schaffen und Maßnahmen zu fördern, die auf Gleichheit beruhende Kooperationen zwischen Pflichtenträger und Rechteinhaber ermöglichen, um so nationale Prozesse einer Selbstheilung in Gang zu setzen. Gerade im Gesundheitsbereich sollten die Prinzipien von ausreichender Verfügbarkeit, Zugänglichkeit ohne Diskriminierung, kultureller Angemessenheit und guter Qualität leitend sein.“ (Venro AG-Gesundheit 2011)

Kommentar: Werte einer deutschen NGGS: Die Prinzipien einer deutschen NGGS werden sich aus mehreren wichtigen Quellen speisen: einerseits auf nationaler Ebene den Prinzipien deutscher Außenpolitik, der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wie der deutschen Gesundheitspolitik. Hinzu kommen die Werte die in anderen Abkommen – z.B. ILO oder im Bereich nachhaltiger Entwicklung – festgeschrieben sind. Ebenfalls bedeutsam sind und Prinzipien, die in der EU Position „EU as a global health actor“ ausformuliert worden sind, die WHO und die UN Werte. **Sie umfassen Nachhaltigkeit, Menschenrechte und Gleichberechtigung der Geschlechter. Wichtig und explizit sollten auch Werte wie Solidarität und universal coverage verankert sein.**

Prinzipien

In den vorliegenden NGGS ähneln sich die Prinzipien, was auf einen gewissen Konsensus im Verständnis von globaler Gesundheit hindeutet. Durchgängig wird auf Werte der UN und der WHO verwiesen. Daulaire (einer der Architekten der US DHHS Strategie) nennt fünf Prinzipien: *equity, safety, common norms, transparency and accountability*; das UK Global Health Outcomes Framework formuliert zehn Prinzipien:

The ten guiding principles are that we will:

1. Promote **health equity** within and between countries through our foreign and domestic policies, particularly through action on the social determinants of health.
2. Promote outcomes on global health that support the **achievement of the Millennium Development Goals (MDGs)** and the MDGs Call for Action.
3. **Protect the health of the UK** proactively, by tackling health challenges that begin outside our borders.
4. **Learn from other countries'** policies and experience in order to improve the health and well-being of the UK population and the way we deliver healthcare.
5. Base our global health policies and practice on **sound evidence**, especially public health evidence, and work with others to develop evidence where it does not exist.
6. Set out to **do no harm** and, as far as feasible, evaluate the impact of our domestic and foreign policies on global health to ensure that our intention is fulfilled.
7. Work for **strong and effective leadership on global health** through strengthened and reformed international institutions such as the World Health Organisation (WHO).
8. **Work in partnership** with other governments, multilateral agencies, civil society and business in pursuit of our objectives.
9. Ensure that the effects of foreign and domestic policies on global health are much more explicit and that we are **transparent** about where the objectives of different policies may conflict.
10. Use health as an **agent for good in foreign policy**, recognising that improving the health of the world's population can make a strong contribution towards promoting a low-carbon, high-growth global economy. **UK Global Health Outcomes Framework 2011-2015**

Kommentar: Es erscheint angebracht, dass in der Vorbereitung zu einer deutschen NGGS die Prinzipien, wie sie als Beispiel in Kapitel D entwickelt worden sind vertieft diskutiert werden. Denn eine NGGS ist immer auch ein Normen- und Politikexport – und es gilt die Grundlagen für die Partner sichtbar und verständlich darzulegen. Eine deutsche NGGS könnte beispielsweise folgende Prinzipien beinhalten:

- Eine deutsche NGGS konzentriert sich auf transnationale und intersektorale Problemstellungen wie sie in diesem Gutachten entwickelt worden sind
- Sie bemüht sich um die Stärkung internationaler Institutionen und wirkt aktiv am WHO Reform Prozess sowie an anderen Prozessen der globalen Governanz in Bezug auf Gesundheit mit, auch aktiv im Rahmen der UN Vollversammlung
- Deutschland steht für bestimmte Governanz Prinzipien und hilft mit sie in internationale Organisationen umzusetzen: z.B. Transparenz, Rechenschaft; Mitwirkung der Zivilgesellschaft
- Sie trägt zur Sicherung und Finanzierung globaler öffentlicher Güter sowie kollateraler Güter bei, die von den Vereinten Nationen und der WHO als Priorität identifiziert worden sind (z.B. durch globale Gipfel)
- Sie positioniert Deutschland als Partner für systemische „Komplettlösungen“ – auch in der fließenden Verbindung/Verzahnung der bi- und der multilateralen Zusammenarbeit - sie steht für Beratung bei Transformationsprozessen (z.B. Aufbau von Gesundheitssystemen, Entwicklung einer Krankenversicherungssysteme) – auch ein Alignment mit der Forschung aber auch mit der Wirtschaftsförderung und Innovation in Partnerländern könnte angestrebt werden
- Sie verschreibt sich der in Busan vorgelegten Richtungsvorgabe von Programme impact zu development impact und wirkt an der globalen Partnerschaft besonders für globale Gesundheitsfragen mit

Unterstützung von höchster Regierungsebene und vom Parlament

Alle bisherigen NGGS haben die Unterstützung und das Interesse der zuständigen Minister und darüber hinaus der Regierungschefs. Die UK Strategy „Health is Global“ wurde in ihrer ersten Fassung explizit von Premier Gordon Brown unterstützt. Auch die inzwischen von der neuen Regierung überarbeitete Version, das *Global health outcomes framework* hat die Unterstützung von Downing Street. In der Schweiz wird die Gesundheitsaußenpolitik dem Bundesrat vorgelegt – eine neue Vorlage steht kurz vor der Verabschiedung.

In den USA sind die Präsidenten – G.W. Bush hat PEPFAR lanciert, das weltweit umfangreichste Gesundheitsprojekt, das aufgelegt wurde - stark an globaler Gesundheit interessiert: zum einen als Teil der Sicherheitsagenda zum anderen als Teil der „soft power“ Strategie. Barak Obama hat schon früh in seiner Amtszeit die von G.W. Bush initiierte *Global Health Initiative* (GHI) neu ausgerichtet und gestärkt: sie hat ein Budget von ca. \$50 Milliarden für sechs Jahre und obliegt der direkten Aufsicht der Aussenministerin Hillary Clinton.

Auch in Ländern ohne NGGS haben sich die Regierungschefs sehr sichtbar für globale Gesundheit eingesetzt. Die Gründung von UNITAID geht auf den französischen Präsidenten Chirac zurück; die Muskoka Initiative zu Frauen und Kindergesundheit auf den kanadischen Premier Harper. Häufig werden Treffen auf höchster Ebene –G8 – von Staatschefs als Anlass genommen neue Initiativen zur

globalen Gesundheit zu lancieren. In Heiligendamm kündigten Staats- und Regierungschefs an, \$60 Milliarden für die Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria in Afrika zur Verfügung zu stellen.

Am Heiligendamm Gipfel wurden 43 Gesundheitsverpflichtungen eingegangen – das ist die zweithöchste Zahl nach dem Gipfel in Russland 2008 (61 Verpflichtungen) (Kirton/Bracht 2012). Zudem wurde im Rahmen der deutschen G8-Präsidentschaft die „Providing for Health“- Initiative (P4H) von Deutschland und Frankreich ins Leben gerufen. Die Vorbereitungen der 50 Jahr Feiern zum Elysee Vertrag würden ebenfalls die Gelegenheit für eine deutsch-französische Globale Gesundheitsinitiative bieten.

In den USA wird Globale Gesundheit wegen seiner außenpolitischen Bedeutung sowie der hohen Budgets auch in Parlamentsausschüssen behandelt. Dort kann man bei den Anhörungen auf bedeutende Champions zurückgreifen: so wurden sowohl Bill Gates und Bill Clinton in einer Sitzung des US Senatsausschusses zur Außenpolitik (Senate Foreign Relations Committee Hearing) anlässlich der von Präsident Obama vorgeschlagenen GHI zur Bedeutung von Investitionen in globale Gesundheit befragt. Dabei wird deutlich, dass genug politischer und gesellschaftlicher Konsens vorhanden sein muss, um NGGS nicht nur parteipolitische zu verankern – sonst sind sie bei einem Regierungswechsel gefährdet. Gerade die Beispiele USA und UK zeigen, dass ein solcher Grundkonsens durchaus möglich ist.

“Former President Bill Clinton and Microsoft’s Bill Gates testified before a Senate Foreign Relations Committee hearing on how US foreign policy and aid should work in concert with President Obama’s new Global Health Initiative (GHI) being driven by USAID. Bill Gates discussed the impact of his foundation on international health care and Bill Clinton talked about how his foundation has worked in Haiti relief efforts and global health initiatives he has lead throughout Africa and Asia.” (Hanchard 2011)

Der *Council on Foreign Relations* – dort treffen sich hochrangige Entscheidungsträger - organisiert regelmäßige Veranstaltungen zu global health und hat einen *fellow on global health*, finanziert von der Bill und Melinda Gates Foundation. In England hat das prestigeträchtige *Chatham House* mit Unterstützung der „Health is Global“ NGGS ein Programm zu „Health Security“ eingerichtet:

“The [Centre on Global Health Security](#) focuses on disease threats and determinants that transcend borders; access to health-related products, technologies and services; and international affairs, governance and health.” Chatham House (2012)

Kommentar: Auch in Deutschland wäre ein deutlich geäußertes Interesse auf höchster Regierungsebene hilfreich. Ein Champion für Globale Gesundheit fehlt jedoch in deutschen Regierungskreisen und darüber hinaus. Keiner der derzeitigen Minister äußert sich regelmäßig und öffentlichkeitswirksam zum Thema. Auch der Bundespräsident hat sich zu globalen Gesundheitsfragen noch nicht geäußert. Die Kanzlerin hat sich am G8 Gipfel in Heiligendamm v.a. für afrikanische Staaten stark gemacht. Die G8 verständigten sich \$60 Milliarden für die Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose in Afrika zur Verfügung zu stellen. Deutschland sagte €500 Mio. jährlich bis 2015 zu. Erst kürzlich hat die Kanzlerin sich bei einem Besuch des Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AWZ) im Bundestag zu den Millenniumszielen bekannt.

Eine NGGS könnte auch dazu beitragen, dass bei wichtigen Reisen und politischen Gesprächen der Kanzlerin und auch des Außenministers globale Gesundheitsfragen angesprochen werden. Dazu

muss die NGGS auch im Kanzleramt und im AA verankert sein, so dass dies auch von Seiten der deutschen Vertretungen im Ausland vorgeschlagen wird. Die USA beispielsweise baut sehr systematisch diese Art der Gesundheitsdiplomatie aus.

Auch die Oppositionsführer haben sich des Themas noch nicht mit hoher Sichtbarkeit angenommen – auch wenn in einzelnen Fällen durchaus Anfragen den deutschen Bundestag formuliert worden sind. Ein deutlicheres Interesse deutscher Parlamentarier an Fragen der globalen Gesundheit könnte die Diskussion vorabringen – besonders eine **Parteienübergreifende Allianz für Globale Gesundheit**. Derzeit sind vier für die globale Gesundheitspolitik wichtigen Ministerien (BMG, AA, BMZ, BMWi, BMJ) in der Zuständigkeit des kleineren Koalitionspartners. Das ist einerseits eine große Chance – andererseits muss die Diskussion einer NGGS jedoch parteiübergreifend sein so dass eine solche Strategie auch über eine Legislaturperiode hinaus Bestand hat. Schlussendlich sollte sie vom ganzen Kabinett bewilligt werden und auch von der Opposition in ihren groben Richtlinien gutgeheißen sein.

Der deutsche CFR – die **Gesellschaft für Außenpolitik** könnte ebenfalls zum Thema einladen – und ev. zusammen mit einer deutschen Stiftung - einen *global health fellow* einladen, um die Entwicklung von global health in der deutschen Politik zu erforschen und darüber öffentlich zu berichten.

Die Aktivitäten der **Zivilgesellschaft** waren bisher stark auf die Entwicklungszusammenarbeit, die humanitäre Hilfe und die Millenniumsziele, sowie den Zugang zu Medikamenten konzentriert. Eine neue Initiative will nun eine breitere Verankerung der NGOs im Bereich globale Gesundheit anstreben. Dies könnte auch der Politik signalisieren, dass man aktiver werden sollte.

Der World Health Summit Berlin: Die Bundeskanzlerin ist zusammen mit Präsident Sarkozy die Schirmherrin des World Health Summit, der seit drei Jahren (seit 2009) regelmäßig in Berlin stattfindet. Damit steht ein Gefäß zur Verfügung, um die deutschen Aktivitäten auch einer Weltöffentlichkeit vorzustellen.

Der Weltgesundheitsgipfel ist die jährliche Konferenz der M8-Allianz akademischer Gesundheitszentren und medizinischer Universitäten (*M8 Alliance of Academic Health Centers and Medical Universities*) gemeinsam mit nationalen Akademien. Der Gipfel ist einer der weltweit führenden Zusammenkünfte von Experten aus Wissenschaft, Politik, Industrie und Zivilgesellschaft, um gemeinsame Strategien zu entwickeln und Maßnahmen zu ergreifen, die zentrale Herausforderungen in medizinischer Forschung, globaler Gesundheit und Gesundheitsdienstleistungen mit dem Ziel ansprechen die politische, wissenschaftliche und soziale Agenda zu gestalten. Er wurde 2009 aus dem Anlass des 300th Jahrestages der Gründung der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ins Leben gerufen.

Die Kanzlerin hat dieses Forum jedoch noch nicht genutzt um eine deutsche Position zu global health darzustellen oder eine neue Initiative zu lancieren – ob allein oder gemeinsam mit Frankreich, bzw. anderen Ländern. Einzelne Initiativen so wie beispielsweise das neue Förderkonzept für Forschung und Entwicklung zu vernachlässigten und armutsassoziierten Krankheiten des BMBF wurden auf dem WHS vorgestellt. Bislang waren Frau Schavan (2009), Herr Rösler (2010, damals GM) und diverse Staatssekretäre (BMBF, BMG, BMZ, AA) beim Summit als Redner beteiligt. Zur Vorbereitung des WHS

besteht ein interministerieller runden Tisch aus den Ministerien BMG, BMZ, BMBF, AA und Kanzleramt.

Kommentar:

Der WHS könnte sehr viel aktiver von der deutschen Politik und vielen Handlungsträgern, die in Deutschland in der globalen Gesundheit aktiv sind genutzt werden. Hochrangige politische Vertreter aus Partnerländern könnten zu dem Anlass eingeladen werden – man könnte sich auch einen *Virchow Preis für globale Gesundheit* vorstellen, der vom Bundespräsidenten verliehen wird. Eine deutsche NGGS könnte beim WHS 2012 präsentiert werden.

Prioritäten und Ziele:

Die NGGS sind unterschiedlich aufgebaut und strukturiert. Alle NGGS spiegeln die spezifische Positionierung des Landes sowie die Grundlagen ihrer allgemeinen Außenpolitik in Bezug auf die Gesundheit wider. So verdeutlicht die UK NGGS diese explizite Verbindung

“The outcomes framework looks to support this Government’s priorities on foreign policy,⁵ international aid commitments⁶ and improving the UK’s population health outcomes to be amongst the best in the world.”

Zwei Punkte können in Hinblick auf die Zielfindung hervorgehoben werden:

Synergiebildung ist zentral. Prinzipiell ist zu empfehlen Zielbereiche einer NGGS so zu formulieren, dass sie es ermöglichen (und auch dazu motivieren) komplexe Problembereiche ganzheitlich gemeinsam anzugehen. Trotzdem kann mit Hilfe einer NGGS auch auf ev. Konfliktfelder bzw. Interessensabwägungen zwischen Ressorts aber auch zwischen nationalem und globalem Interesse hingewiesen werden.

Zu viele und zu umfassende Zielvorgaben sind zu vermeiden. Eine Evaluation der ursprünglichen UK Strategie hat aufgezeigt, dass man sich zu viel vorgenommen hatte (Mott MacDonald 2010). Folglich wurden die hatte 41 Prozessindikatoren und 31 Ergebnis-indikatoren (outcome indicators) auf 12 breit formulierte outcomes reduziert.

Ziele können sowohl als inhaltliche Bereiche wie als zentrale Prozesse formuliert werden.

UK: Die Zielbereiche in der UK NGGS werden als drei große inhaltlich-strategische Handlungsbereiche definiert, die aber außerordentlich breit und sehr klassisch formuliert sind; sie erfüllen den Synergieanspruch nur begrenzt:

- Area for Action 1: Global health security
- Area for Action 2: International development
- Area for Action 3: Trade for better health.

Für jeden der Bereiche werden die gewünschten Ergebnisse (outcomes) definiert, in diesem Fall insgesamt 12 – und es werden klare Verantwortlichkeiten (lead department und die unterstützenden Abteilungen) genannt.

NORW: das neue White Paper, das gemeinsam von drei Ministerien (Aussenpolitik, Gesundheit, Umwelt) erarbeitet wurde r setzt drei Ziele:

- (i) Mobilising for women's and children's rights and health
- (ii) Reducing the burden of disease with emphasis on prevention
- (iii) Promoting human security through health

CH: Die Schweizer NGGS wählt drei eher Prozess bezogenen **Zielbereiche:**

- **Gouveranz:** hier steht die Arbeit in der WHO, sowie die Leistungsfähigkeit der internationalen Gesundheitszusammenarbeit (globale Gesundheitsarchitektur) und die Gesundheitsdiplomatie im Vordergrund
- **Wechselwirkungen mit anderen Politikbereichen:** hier stehen die Armutsbekämpfung und die Gesundheitsdeterminanten im Vordergrund, aber auch die Grundlagen- und Arzneimittelforschung
- **Gesundheitsfragen:** hier liegt der Schwerpunkt auf public health, den Armutskrankheiten auch die NCDs, Gesundheitssystemfragen inklusive dem Gesundheitspersonal.

Für jeden prioritären Bereich werden gemeinsam Ziele verfasst, die gewünschten Ergebnisse und die dafür erforderlichen Maßnahmen aufgeführt. Hier ist der Synergieanspruch schon klarer angestrebt.

UK: Die englische Strategie fasst manche dieser Punkte eher unter dem Stichwort **Implementation** und identifiziert fünf (wieder eher klassische) Handlungsstränge:

IMPLEMENTATION

- WORKING IN PARTNERSHIP
- GOVERNMENTAL AND NON-GOVERNMENTAL PARTNERS
- BILATERAL RELATIONSHIPS
- MULTILATERAL RELATIONSHIPS
- GOVERNANCE AND ACCOUNTABILITY

Kommentar: wie weiter oben im Gutachten ausgeführt sollte Deutschland in der NGGS einer begrenzten Anzahl von Zielen widmen. Es sollten die sein, die eine intensive transnationale und intersektoral Zusammen-arbeit erfordern und den (zu beschließenden) Prinzipien entsprechen. Es soll also nicht von einer Liste der derzeitigen vorrangigen Gesundheitsprobleme ausgegangen werden – sondern in der NGGS muss das angegangen werden, was man mit einer sektoralen Strategie nicht kann. In diesem Gutachten sind aufgrund einer Reihe von Kriterien fünf solcher Bereiche identifiziert worden:

*Schwerpunkt 1: die Unterstützung von internationalen Organisationen und wichtiger globaler Regelwerke und das gestalterische Mitwirken an einer effektiveren globalen Gesundheitsarchitektur (*global health governance*);

* Schwerpunkt 2: Die Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit (*global health security*) und der Einsatz für die Finanzierung öffentlicher und kollateraler globaler Güter durch neue Finanzierungsmodelle

- * Schwerpunkt 3: der Beitrag zum Abbau globaler Ungleichheiten durch soziale Sicherung und universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten (auch als Beitrag zu den Gesundheitsdeterminanten);
- * Schwerpunkt 4: die enge Verbindung von Klima-, Umwelt, Agrar- und Gesundheitspolitik (auch als Beitrag zu den NCDs);
- * Schwerpunkt 5: Die Krankheitsbekämpfung – auch der vernachlässigten Krankheiten - durch Einsatz von neuen Partnerschaften in der Forschung, Produktentwicklung und Technologie. .

Kohärenz: Die Bedeutung von Ressort übergreifende Strukturen

Alle NGGS sind sich einig, dass sie weit über das Gesundheitsressort hinaus weisen müssen – das Streben nach Kohärenz wird großgeschrieben. Diese ist erforderlich damit die jeweiligen Akteure aus den verschiedenen Ressorts nach außen eine einheitliche Position vertreten, die zuerst **gemeinsam** verhandelt worden ist. Bedeutsam ist aber auch – und bedingt durch die erhöhte politische Bedeutung des Gesundheitsbereiches – dass die Grundlinien der Außenpolitik gewährleistet sind.

Die Erfahrungen der Schweiz zeigen, dass die **Gesundheitsaußenpolitik** als Arbeits- und Steuerungsinstrument die Zusammenarbeit zwischen den Dienststellen der Bundesverwaltung stark verbessert und „**eine ergebnisorientierte Koordination und größere politische Kohärenz ermöglicht**“ hat. Man sieht sich im internationalen Auftreten dadurch gestärkt – man kann auf sehr viel breiter gelagerte Kompetenzen zurückgreifen. Man ist aber auch auf „added value“ für alle Beteiligten bedacht. Dies wird auch in der UK Strategie betont.

CH: „Ziel ist es, dass alle mitbeteiligten Politiksektoren langfristig in ihrem eigenen Sektor „bessere“ Politiken betreiben können, die Glaubwürdigkeit, Transparenz und Synergien stärken. Die Instrumente der GAP sollen im Normalfall zu einem Konsens der Akteure führen können“ GAP 14.10.2011 S. 9

UK: „To maintain effective cross-Government working, especially in times of scarce resources, we need to identify when and where departments can add value to one another’s efforts“ UK Strategy S 10

Alle NGGS haben Strukturen für die Ressort übergreifende Zusammenarbeit.

CH: Für dieses Gutachten ist die Schweizerische GAP besonders interessant – zum einen, weil sie inzwischen seit 5 Jahren besteht und sich bewährt hat. Zum anderen weil es sich um ein föderatives Regierungssystem handelt, auch wenn die Bundesratsstruktur – und damit die ministerielle Rolle – anders ist.

Die Schweizerische GAP führt sieben Instrumente auf. Davon erscheinen einige für die Ausgestaltung einer deutschen NGGS besonders wichtig, sie werden im Folgenden dargestellt und durch Instrumente in anderen NGGS ergänzt:

Anregung 1: Die Schweizerische NGGS = GAP stellt sicher, dass Fragen der globalen Gesundheit **regelmäßig auf verschiedenen Arbeitsebenen** diskutiert werden. Eine jährliche *Interdepartementale Konferenz Gesundheitsaußenpolitik* (IK GAP) wird auf der Ebene der Amtsleiter/ Staatssekretäre gemeinsam geleitet. Es werden andere Ressorts hinzugezogen (manche regelmäßig, andere nach Bedarf und Interesse). Wichtig ist die Einbindung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (also der kantonalen Ebene). Die IK GAP legt die *aktuellen Prioritäten und gemeinsamen Projekte* fest und

befindet über eine *gemeinsame Jahresplanung* samt Offenlegung der dafür zur Verfügung stehenden Mittel.

UK: Die UK benutzt ein bestehendes ministerielles Gremium, das hochrangige *Public Health Sub Committee*, das sich mit allen public health Fragen beschäftigt und sich 3x im Jahr trifft; global health Vorschläge zur Tagesordnung werden vom Cabinet Office, Downing Street entgegengenommen und koordiniert – es werden dann für die globale Gesundheitsfragen auch andere Ministerien dazu geladen.

Kommentar: Ein Gremium auf **Staatssekretär-Ebene** wie in der CH wäre durchaus auch für Deutschland denkbar. Darüber hinaus wäre die regelmäßige Information an verschiedenen **Bundestagsausschüsse** von Bedeutung – die Vorsitzenden dieser (Unter-)Ausschüsse könnten ev. auch hinzu geladen werden, wie auch Vertreter des **Bundesrates** z.B. GMK; UMK; IMK.

Anregung 2: Die IK GAP wird von *Inter-departementalen Arbeitsgruppen* unterstützt; diese stehen jeweils auch unter Ko-Leitung und halten jeweils mindestens zweimal pro Jahr ordentliche Sitzungen ab. Die Erfahrungen und Anliegen nicht-staatlicher Akteure im Gesundheitsbereich werden je nach Thema und Expertise konsultiert.

Kommentar: In Deutschland bestehen schon einige **Ressortübergreifende Arbeitsgruppen** in Bezug auf globale Gesundheitsfragen. Sie müssten ev. in Inhalt und Zusammensetzung angepasst werden. Ähnlich wie im bereits im BMZ sollte der Dialog mit zivilgesellschaftlichen Organisationen und der Wissenschaft angestrebt werden. Auch der Dialog mit der Wirtschaft ist auf der Basis der festgelegten Werte und strategischen Ausrichtungen ebenfalls wünschenswert. Transparenz ist hier sehr bedeutsam.

Ein intersektoraler **Sachverständigenrat für globale Gesundheit** könnte eingerichtet werden, der die hohe fachliche Kompetenz in diesem Bereich sicher stellt und Berichte zu zentralen Fragestellungen vorlegt.

Anregung 3: Die GAP *Begleitgruppe* auf der Stufe Geschäftsleitungsmitglieder – zusammengesetzt aus VertreterInnen von ca. **6-7 Kernressorts** - trifft sich mindestens zweimal jährlich, um die **Kohärenz** der Politiken zu fördern und bei allfälligen Meinungsverschiedenheiten diese im Konsens zu klären oder in den regulären Entscheidungsfindungsmechanismus auf der nächsten Stufe überführen. Die Begleitgruppe gibt den *Interdepartementalen Arbeitsgruppen* jeweils eine kurze Rückmeldung bezüglich allfälliger Absprachen. Zudem werden andere für die Gesundheitsaussenpolitik der Schweiz wichtige Ressort **übergreifende Gremien** in den Diskurs einbezogen – zum Beispiel die Arbeitsgruppe EU, der Ausschuss Nachhaltige Entwicklung sowie das Komitee für internationale Entwicklung und Zusammenarbeit.

Auch die USA und UK haben Ressort übergreifende Strukturen:

UK: Die *Global Health Cross Government Steering Group* wird von der Direktorin der Internationalen Gesundheitsabteilung im Gesundheitsministerium geleitet. Hohe Beamte aus verschiedenen Ministerien treffen sich mindestens vier Mal im Jahr, immer auch vor wichtigen Treffen der Weltgesundheitsorganisation. Das Sekretariat (Globale Health Secretariat) erstellt für jedes Treffen die Berichte über den Fortschritt in Bezug auf die 12 Ziele des Global Health Outcome Frameworks.

Zudem trifft sich eine intersektorale Global Health Project Group auf der Arbeitsebene regelmäßig einmal die Woche.

In den USA sind sie durch die Global Health Initiative des Präsidenten stark an das Weiße Haus und an das Außenministerium angebunden; auch das Militär spielt eine starke Rolle.

Kommentar: In Deutschland müssten wohl schon bestehende (formelle wie informelle) interdepartementale Arbeitsgruppen angepasst werden um als formelle Begleitgruppen zu agieren. Wichtig ist der formelle wie auch der informelle – manchmal bilaterale – Austausch zwischen den Arbeitsgruppen Mitgliedern. Bedeutsam ist auch der Dialog mit den wichtigsten Ressort übergreifenden Gremien.

Koordinationsstelle und Informationsplattform

Anregung 4: In der Schweiz ist in der Politischen Abteilung V des EDA eine **Koordinationsstelle** eingerichtet. Sie fungiert als Anlaufstelle und Verteiler und sichert die Kohärenz mit der Schweizer Außenpolitik. Das bedeutet, dass im EDA Personal mit dem expliziten Auftrag der Globalen Gesundheitskoordination eingestellt ist.

Kommentar: Auch für Deutschland erscheint eine solche Koordinationsstelle wünschenswert, wenn nicht sogar unabdingbar für das Umsetzen einer NGGS, die auf Austausch und verlässlichen Informationsfluss aufbaut und angewiesen ist. Es wäre Ausdruck einer wichtigen Unterstützung für globale Gesundheit durch das AA – z.B. in der UN Abteilung, Referat Globale Fragen.

Anregung 5: In der Schweiz hat sich die **Informationsplattform** GAP als eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente der NGGS –GAP erwiesen. Sie soll deswegen etwas ausführlicher dargestellt werden:

„Das EDA hat in der elektronischen Plattform CH@WORLD einen sektoriellen Bereich Gesundheit eingerichtet und mit den relevanten bilateralen bzw. multilateralen Dossiers verknüpft. CH@WORLD ist eine vollständig webbasierte Informationsdrehscheibe und Konsultationsplattform, welche die Zusammenarbeit im Bereich der Schweizer Außenpolitik unterstützt und vereinfacht. CH@WORLD ist allen interessierten Stellen der Bundesverwaltung zugänglich und erlaubt ihnen, auf einer gemeinsamen Arbeitsoberfläche Konsultationen durchzuführen, Kommentare zu publizieren, Informationen nachzuschlagen und Dokumente hochzuladen. Mit CH@WORLD verfügen somit alle an der Gesundheitsaußenpolitik beteiligten Stellen der Bundesverwaltung über die gleichen Hintergrundinformationen und Planungsunterlagen. CH@WORLD wird somit im Normalfall als zentrales Kommunikationsmittel von allen beteiligten Stellen genutzt.“ S. 23

Kommentar: Auch für Deutschland könnte sich eine solche webbasierte Informationsdrehscheibe und Konsultationsplattform, als eines der wichtigsten Instrumente erweisen. Die Analyse für dieses Gutachten hat klar ergeben dass neben einer “Kerngruppe NGGS“ die Zusammenarbeit und der Informationsfluss mit sehr vielen anderen Ressorts erforderlich ist. Das Schweizer Instrument ist derzeit ein internes der Bundesverwaltung – eine deutsche Informationsplattform sollte auch einen **öffentlich zugänglichen Bereich** haben, der es anderen Akteuren ermöglicht in-puts zu geben, zu kommentieren und Informationen einsehen zu können.

Man könnte sich ein sehr aktives Instrument vorstellen, dass auch Kommunikationsformen wie twitter für die schnellen updates verwendet und auch sonst die „neuen“ Medien ausführlich nützt – besonders für die Diskussion mit jungen Menschen.

Bedeutung des Personalaustausches, Außenvertretungen und Secondments und der Gesundheitsdiplomatie

USA: Die USA Global Health Strategy spricht im Ziel 10 von einer Stärkung der Gesundheitsdiplomatie: *Advance Health Diplomacy*. Dazu gehören die folgenden Maßnahmen;

- Assign **health attachés** to selected U.S. embassies for international cooperation, ensuring that political, security, development and health objectives are maximized
- Establish a **Global Health Career Track** within HHS to formalize career opportunities and training for people working in the global health arena, including in overseas assignments
- Partner with the Department of State to bolster knowledge about global health among the **diplomatic corps**
- Strengthen **diplomatic knowledge**, negotiation skills and understanding of development principles for HHS field staff and technical health experts

CH: In der Schweiz findet ein Personalaustausch statt, um die diplomatische Kompetenz in das BAG einzubringen: eine leitende Stelle der Abteilung Internationales des BAG wird durch einen diplomatischen Mitarbeiter / eine diplomatische Mitarbeiterin des EDA besetzt. Auf den Missionen in Genf, Brüssel und New York ist ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin explizit mit dem Gesundheitsdossier betraut. Gesundheitsthemen sind Teil der Jahresziele dieser drei Missionen und werden, wo sinnvoll, in die Ziele der anderen EDA-Außenvertretungen aufgenommen.

Bei anderen Staaten ist das Bild gemischt: in Genf beispielweise sind die **Gesundheitsattachés** aus USA, JPN, FIN, NLD, NOR, vom Gesundheitsministerium abgestellt, die Gesundheitsattachés aus GBR, FRA, BEL, ITA, DNK, BRA, IND und den meisten anderen Staaten sind vom Außenministerium, manchmal sind auch noch zusätzliche Vertreter der Entwicklungszusammenarbeitsorganisationen vertreten. Es ist ein deutlicher Trend zu Vollzeit Gesundheitsattachés, zumindest in Genf wo so viele Gesundheitsorganisationen sind und auch die Arbeit anderer Organisation (wie ILO, Menschenrechtsrat oder WTO) hohe Gesundheitsrelevanz haben.

In einigen Ländern (so CH, China und USA) wird ganz klar eine **Stärkung der Gesundheitsdiplomatie** angestrebt. Der Leiter der internationalen Abteilung im BAG ist in den Rang des Botschafters ernannt worden um an den hochrangigen Diplomaten vorbehaltenen Gesundheitsverhandlungen mit seinem Fachwissen teilnehmen zu können. Auch Jung Diplomaten erhalten in ihrer Ausbildung Vorlesungen über Gesundheitsdiplomatie .

Kommentar: Zur Umsetzung eines solchen Ansatzes zum **Austausch von Personal** zwischen den Ressorts braucht es in Deutschland wohl noch einen ausführlichen Diskussionsaustausch zwischen dem Gesundheits- und dem Außenministerium, ev. auch dem BMZ. Nach Informationen, die für dieses Gutachten eingeholt wurden hat Deutschland derzeit nur einen (fast) Vollzeit Gesundheitsattaché, dieser ist der ständigen UN Vertretung in Genf zugeordnet und Diplomat. Der Einsatz von Gesundheitsattachés auch an anderen zentralen Orten sollte angestrebt werden.

Deutschland als das zweitgrößte europäische Geberland und das stärkste Land der europäischen Union sollte mehr in **Gesundheitsdiplomatie** und die Ausbildung sowohl von jungen Diplomaten wie auch den Mitarbeitern anderer Ministerien investieren. Auch könnte Deutschland mithelfen, die Kompetenz in Gesundheitsdiplomatie für Partnerländer zu stärken –z.B. über die Kurse, die jedes Jahr für Diplomaten aus Entwicklungsländern abgehalten werden.

Auch **deutsches Personal** in internationalen Organisationen (WHO) könnte systematischer in die Entwicklung und Umsetzung einer NGGS eingebunden werden. 89 Deutsche waren bei der WHO tätig (Stand Juni 2011) (WHO 2011c). Es gibt allerdings wenige in höheren Positionen. Der Austausch der Regierung (BMG) mit deutschem Personal findet relativ regelmäßig statt (durch Hearings). Oft nehmen v.a. Deutsche an vom BMG organisierten Workshops teil.

Wichtig ist dabei sicherlich auch der **Status der deutschen Vertreter** im internationalen Bereich innerhalb des jeweiligen Ministeriums – das ist zur Vermittlung der Interaktion von nationaler und globaler Gesundheitspolitik immer bedeutsamer. Der Schweizer Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit und Leiter der internationalen Abteilung hat den Rang eines Botschafters und Vizedirektors der BAG.

Regelmäßiger Austausch mit Stakeholdern

Die UK NGGS ist in ihrer ersten Version als white paper breit von vielen Stakeholdern im Bereich globale Gesundheit kommentiert worden und überarbeitet worden. Die zweite Version wurde regierungsintern erstellt. Auch die Schweizer Strategie ist regierungsintern. Das neue Instrument soll aber einen verbesserten Einbezug nichtstaatlicher Akteure in die Gesundheitsaußenpolitik sicherstellen.

CH: Zu diesem Zweck findet in Abständen von 1-2 Jahren ein Treffen mit allen relevanten Akteuren statt. Außerdem werden regelmäßige thematische Konsultationen durchgeführt (schriftliche Konsultationen, Einladungen zu Vorbereitungssitzungen, Delegationsteilnahme bei internationalen Verhandlungen).

UK: Das Global Health Team organisiert jedes Jahr im März ein *Partner's Forum* um gemeinsam mit Partners neue Herausforderungen wie auch die Wirksamkeit der Strategie zu überprüfen.

DEU: Zivilgesellschaft

Die Zivilgesellschaft (an dieser Stelle sind Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) inkl. der kirchlichen NGO und Hilfswerke gemeint) in Deutschland engagiert sich zum großen Teil mit **globaler Gesundheit im entwicklungspolitischen und humanitären Kontext**. Sie verfügen über wichtige fachliche Expertise und vielfältige Ressourcen. Beispielsweise führen einige NGO eigene Projekte in Entwicklungsländern durch, halten Kontakt zu lokalen Partnerorganisationen und gewinnen Einblick in die Realitäten in Entwicklungsländern und fragilen Staaten. Auch sind viele der NGO international sehr stark vernetzt und beteiligen sich teilweise auch an globalen Kampagnen (z.B. **Anti-Landminenkampagne, Access to Medicines Campaign von MSF**).

Oxfam Deutschland plant beispielsweise zukünftig mehr mit Süd-NGOs zu kooperieren, um deren Perspektiven stärker in ihre Arbeit einfließen zu lassen und den Realitätsbezug zu stärken.

Die Rückkopplung mit lokalen Realitäten, die internationale Vernetzung und die Fähigkeit zum agenda setting wichtiger Themen durch NGO ist nicht zuletzt während der Anti-Landminenkampagne sichtbar geworden, an dessen Gründung medico international maßgeblich beteiligt war und dafür den Friedensnobelpreis erhielt.

Unter dem Dachverband Verband entwicklungspolitischer Nicht-Regierungsorganisationen (VENRO) wurde erst vor 2 Jahren eine **VENRO AG zu Gesundheit** eingerichtet, die momentan um die 22-23 Mitglieder umfasst und damit zu den größten AGs bei VENRO gehört. Mit der Gründung der AG soll dem Thema Gesundheit mehr Beachtung geschenkt werden. Themen mit denen sich VENRO beschäftigt sind beispielsweise die Stärkung von Gesundheitssystemen, die gesundheitsbezogenen MDG als auch Themen wie Anpassung an den Klimawandel. Durch die AG koordinieren sich die Mitglieder zu verschiedenen

Themen: Beispielsweise wurde ein **gemeinsames Statement im Prozess der Global Health Strategie** koordiniert und abgeliefert. Auch werden gemeinsame Aktionen wie im Rahmen der Kürzungen des Globalen Fonds durchgeführt, in der VENRO sich in einem offenen Brief an die Kanzlerin richtete.

Eine weitere wichtige Initiative ist eine von medico international angestoßene Idee einer **Deutschen Plattform für Globale Gesundheit**, die ein breites Spektrum an Akteuren, inklusive Gewerkschaften und Universitäten, umfasst. Diese Initiative benutzt einen breiteren Begriff von globaler Gesundheit und widmet sich v.a. den sozialen Determinanten. Auch international ist medico international in diesem Bereich aktiv. Zum Beispiel war medico international während der WHO Konferenz zu sozialen Determinanten an der Erstellung einer alternativen Deklaration von Rio "Protecting the Right to Health through action on the Social Determinants of Health- A Declaration by Public Interest Civil Society Organisations and Social Movements Rio de Janeiro, Brazil (18th October 2011) beteiligt. **In Bezug auf die WHO ist auch für deutsche NGO eine wichtige Frage wie sich die Bundesregierung zu der Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Organisationen in der WHO positioniert.**

Kommentar:

Der deutsche NGGS Prozess hat schon zwei Treffen mit der Zivilgesellschaft beinhaltet. Sicherlich sollte ein ausführlicheres Dokument wenn es vorliegt, auch für Kommentare einer breiten interessierten Öffentlichkeit zugänglich sein. Auch dieses Gutachten könnte breit diskutiert werden. Es könnten verschiedene Konferenzen für eine solche Diskussion genutzt werden.

Es sollte jedoch zu den Prinzipien der deutsche NGGS gehören, dass er nicht nur ein Dialog unter Experten ist. Ein regelmäßiger Dialog mit der Zivilgesellschaft sollte stattfinden, besonders vor wichtigen Versammlungen (z.B. Weltgesundheit-versammlung) und Verhandlungen (z.B. global summits). Je nach Situation sollten auch Vertreter der Zivilgesellschaft Teil von Delegationen sein (die Schweiz hat für den NCD Summit eine Delegation zusammengestellt, die sowohl Vertreter der NGOs wie auch des Privatsektors umfasste).

VENRO fordert dass zivilgesellschaftliche Organisationen/NGO gestärkt werden sollten. Dies sollte im Bereich Global Health ähnlich wie in der EZ Teil der Strategie sein. Es könnte u.a. eine jährliche Tagung für den Dialog zwischen und mit der Zivilgesellschaft gefördert werden – z.B. in Zusammenhang mit dem Kongress Armut und Gesundheit in Berlin.

Darüber hinaus gilt es zu überlegen wie man breitere Kreise der deutschen Bevölkerung – Versicherte, Gewerkschaftsmitglieder, Schüler und Studenten über die globalen Zusammenhänge von Gesundheit informiert. Die sehr erfolgreichen AIDS Kampagnen haben hier durchaus Vorbildcharakter.

Regelmäßiger Dialog mit anderen Ländern

Die Schweizer GAP hat noch eine Reihe andere Instrumente auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Dazu gehört der regelmäßige Austausch mit anderen Ländern – so organisiert die Schweiz jedes Jahr ein Treffen aller Leiter der internationalen Abteilungen in den Gesundheitsministerien der OECD Länder zum informellen Austausch kurz vor der Weltgesundheitsversammlung. Auch das neue Norwegische White Paper betont die Zusammenarbeit mit anderen Ländern.

Kommentar: Für Deutschland hat sicherlich der Austausch mit anderen EU Ländern zur globalen Gesundheitspolitik höchste Priorität. Aber auch in anderen hochrangigen Gremien so bei der OECD, in

der Weltbank und im G7/8/20 Kontext sollte den Schwerpunkte der NGGS stets eingebracht werden. Als ein Teilbereich einer NGGS könnte eine Schwellenländer – Strategie entwickelt werden. Auch die Zusammenarbeit mit bestimmten Ländern – z.B.: Frankreich – und trianguläre Zusammenarbeit mit Schwellen- und Entwicklungsländern sollte angestrebt werden. Über das BMZ ist Deutschland da bereits ziemlich aktiv. Neben Japan ist Deutschland der zweitwichtigste „traditionelle“ Geber, der sich in der Dreieckskooperation z.B. mit Schwellenländern engagiert. Deutschland unterstützt auch schon Süd-Süd-Kooperationen (BMZ 2011b).

Zusammenarbeit mit Universitäten und Förderung der Forschung im Bereich globale Gesundheit

Die Schweiz hat in ihrer NGGS auch die Unterstützung von Forschungsinstitution eingebaut, welche das Wissen und den Dialog um globale Gesundheit voranbringen. So werden z.B. Grundlagenpapieren zu den zentralen Themen der Gesundheits-außenpolitik erarbeitet. Damit wird auch die akademischen Kompetenz in diesem Bereich gestärkt.

In England kann man auf einige hochkarätige Forschungsgruppen und Institutionen in der globalen Gesundheit zurückgreifen – z.B. die London School of Hygiene and Tropical Medicine. Der London School of Economics oder Chatham House. In den Niederlanden wurde die *'Netherlands Platform of Global Health Policy and Health Systems Research'* 2007 eingerichtet, um das globale Gesundheitshandeln der Niederlande besser an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten zu können.

- Join the forces of academic and non-academic knowledge centres, non-governmental and development organisations, state departments and research financiers with the aim to contribute to better health systems in the developing countries;
- Make meaningful and effective use of Dutch knowledge on health and health systems for policy making, monitoring and evaluation of global health systems. (*Netherlands Organisation for Scientific Research s.d.*)

Eine derartige Plattform sollte als eine der Ziele in eine deutsche NGGS aufgenommen werden. In Deutschland gibt es bislang keinen Global Health Studiengang und auch im Bereich der Forschung wird wenig zu Global Health gemacht. Besonders bedarf es hier interdisziplinärer Forschung und auch politikwissenschaftlicher Forschung. Es gibt jedoch Masterstudiengänge in International Public Health, die an Tropenmedizinischen Instituten aufgebaut worden sind (Heidelberg und Berlin) und mehrere Public Health Studiengänge in denen Internationale/Globale Gesundheit Wahlmodule (z.B. München) bilden. In Heidelberg wird Medizinstudenten ein Wahlfach zu globalen Gesundheitsthemen angeboten. Desweiteren gibt es einzelne Lehrstühle in anderen Fakultäten, beispielsweise an wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten, z.B. in Köln, in denen der Ausbau von Gesundheitsversicherung in Entwicklungsländern ein Schwerpunkt bildet (ausführlicher Anhang).

Kommentar:

Eine deutsche NGGS wird es sich zum Ziel setzen müssen innerhalb Deutschlands die Ausbildung zu global health und die Forschung zu global health zu stärken. Besonders eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung sollte gefördert werden, da die Ansätze auch hier relativ fragmentiert sind. Auf vorhandenen Initiativen sollte aufgebaut werden Dazu muss das Instrumentarium der deutschen Wissenschaftspolitik genutzt werden – Deutsche

Forschungsgemeinschaft, DAAD, Studienstiftung des Deutschen Volkes, Alexander von Humboldt Stiftung, Helmholtz Gemeinschaft, Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften, Stiftung Wissenschaft und Politik, Wissenschafts-zentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) etc. – auch deutsche Stiftungen (Bosch, Bertelsmann, Münchner Rück, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, Global Marshall Plan Foundation, etc.) müssen angesprochen werden. Auf der Webseite des Verbands Deutscher Stiftungen finden sich bei Eingabe von „Globaler Gesundheit“ und „internationaler Gesundheit“ keine Einträge. Unter dem Stichwort Entwicklungshilfe finden sich 137 Stiftungen. **Als Teil des Entwicklungs-prozesses einer NGGS sollte ein Treffen mit Stiftungen und Vertretern der deutschen Wissenschaftspolitik einberufen werden** um gemeinsam die Stärkung von global health im akademischen Bereich – auch durch internationale Partnerschaften – zu besprechen. Man könnte sich die Gründung eines „think tank“ Globale Gesundheitspolitik vorstellen. Die Leopoldina Initiative zu public health könnte hierzu auch einen Beitrag leisten. Die Internationalisierungsinitiative des BMBF sollte ebenfalls genutzt werden.

Sonderfall: WHO Strategien

Einige Länder wie Schweden und Norwegen haben zwar keine NGGS entwickelt, aber explizite WHO Strategien vorgelegt. In Norwegen war dies Teil der Vorbereitung für die Mitgliedschaft im Exekutivrates der WHO 2010-2013 und wurde gemeinsam von drei Ministern vorgelegt: Außen-, Gesundheits- und Umwelt und Entwicklung. Ausgangspunkt beider Strategien ist der Wunsch nach einer starken Weltgesundheitsorganisation und die Erkenntnis, dass sich einzelne Mitgliedsländer verstärkt für und in der Organisation einsetzen müssen.

NOR: Besonders die Norwegische WHO Strategie ist einer NGGS nicht unähnlich. Es werden Prinzipien genannt – Menschenrechte, Demokratie, Gleichberechtigung der Geschlechter und der Kampf gegen die Armut. Auch hier wird die Verbindung von Werten und Interessen als Grundlage der Strategie aufgeführt und daraus werden eine Vision sowie Zielvorgaben abgeleitet. Die Strategie soll **Transparenz** über die Ziele schaffen und mehr **Kohärenz** – auch über internationale Organisationen hinweg – befördern. Die Strategie führt in die Arbeit der WHO ein (und ist von daher eine gutes Briefing Dokument für unterschiedliche Sektoren), zeigt auf, auf welche Weise Norwegen zur Arbeit der WHO beiträgt und welche Ziele es sich für die drei Jahre im Exekutivrat gesetzt hat. Schlussendlich zeigt die WHO Strategie auf wie die Umsetzung erfolgen soll,

- innerhalb der Norwegischen Regierung und im Dialog mit Interessengruppen – dazu ist ein **WHO FORUM** eingerichtet worden
- in Zusammenarbeit mit anderen Ländern und in der Nutzung der diplomatischen Vertretungen besonders in Brüssel, Genf und New Yorks
- in Verbindungen mit anderen Initiativen, wie der „*Foreign Policy and Global Health Initiative*“.

Inzwischen (Februar 2012) hat die Norwegische Regierung ein white paper on global health lanciert.

SWE: Die schwedische WHO Strategie 2011-2015 ist nicht an ein besonderes Mandat innerhalb der WHO ausgerichtet – hat aber die Wahl Schwedens in den Exekutivrat der WHO zum Ziel. Darüber hinaus soll die Umsetzung sowohl der schwedischen Entwicklungspolitik wie auch der nationalen Gesundheitspolitik dienen. Dieses zweite Ziel ist viel deutlicher formuliert als in der norwegischen

Strategie. Die Strategie verdeutlicht ebenfalls die bedeutende Rolle der WHO und auf welche Weise sie gestärkt (und reformiert) werden muss. Wichtig ist hierbei die Aussage zur Rolle der WHO:

WHO's strength lies in its role as a knowledge bank, the high level of trust it enjoys, its integrity, evidence-based foundation and global structure. These strengths create unique opportunities for the organization to step up as the leading norm-setting health actor in a global context.

Aufgrund einer Umfeldanalyse wurden für die Arbeit Schwedens mit der WHO fünf Arbeitsschwerpunkte identifiziert:

1)WHO as an efficient organization; 2) Strong and sustainable health systems, 3) Health promotion and the prevention and control of non-communicable diseases, 4) Serious health threats focusing on antibiotic resistance, and 5) sexual and reproductive health and rights. Jedes dieser Schwerpunkte wird dann im Detail mit Zielen und Massnahmen weiter aufgeführt. Wie in der norwegischen Strategie werden dann die verschiedenen Formen der Zusammenarbeit für die Umsetzung dargestellt: die Zusammenarbeit der zwei Ministerien (Gesundheit und Aussenpolitik) und die Mitwirkung bedeutender Organisationen wie die Entwicklungsagentur SIDA. Eine Arbeitsgruppe übernimmt die Koordination – die Verantwortung liegt beim Gesundheitsministerium aufgrund seiner Zuständigkeit für die WHO. Ein jährlicher Arbeitsplan wird ebenfalls erstellt.

Kommentar:

Eine deutsche NGGS – so wie oben ausgeführt - wäre um einiges umfassender sein, als eine WHO Strategie. Trotzdem schliesst das eine das andere nicht aus. – sollte das **BMG als Teil der NGGS eine erneuerte WHO Strategie vorlegen**. Zum einen sollte berichtet werden, was Deutschland in seiner Zeit im EB erreicht hat (in der Selbsteinschätzung aber auch ev. durch einen kleinen Forschungsauftrag) und wie es wahrgenommen wird. Dann sollten die Ziele für die nächsten Jahre auf regionaler Ebene (will man in der Europäischen Region der WHO eine besondere Rolle spielen – z.B. im SCRC?) – und auf globaler Ebene (wie will man sich weiter auf globaler Ebene einbringen?) formuliert werden.

Leitfragen können sein: Welche Rolle will Deutschland bei der Durchführung der WHO Reform spielen? Will es pro-aktiv sein, sich mit Expertise (z.B. in Verwaltung und Finanzen) einbringen – oder auch finanziell einen Beitrag zur Stärkung der normativen Rolle der WHO leisten? Welche Themen will Deutschland besonders besetzen? Wie soll die Personalpolitik in Bezug auf die WHO in den nächsten Jahren gestaltet werden? Sollen Diskussionsveranstaltungen in Genf – wie in den letzten Jahren – weitergeführt werden als Beitrag Deutschlands zum global governance Diskurs?

Wie unterstützt Deutschland die vielen Verhandlungen zur globalen Gesundheit in Genf – wird es weiterhin einen (fast) full time Gesundheitsattaché geben? Wird Deutschland aktiv an der Kohärenz zwischen den globalen Gesundheitsorganisationen mitwirken (z.B. global fund //WHO?) Werden regelmässige Gespräche zwischen Vertretern aus den Ministerien und den deutschen Mitarbeitern der WHO in Genf veranstaltet?

Auch der Aspekt, dass in den USA das Gesundheitsministerium für all seine Zuständigkeitsbereiche eine Globale Gesundheitsstrategie vorgelegt hat ist überlegenswert – um dadurch alle Teil des Ministeriums in das globale Denken einzubinden.

H. Zusammenfassende Schlusseinschätzung

Eine wichtige deutsche außenpolitische Positionierung

Der Europäische Rat hat die EU und ihre Mitgliedstaaten dazu aufgefordert **mehr Kohärenz zwischen Gesundheits- Entwicklungs- und Außenpolitik** herzustellen. Deutschland ist nicht nur eines der wichtigsten Geberländer in der Entwicklungspolitik, es ist eine bedeutende Exportnation und hat als Land mitten in Europa ein signifikantes Interesse an einem sicheren Lebensumfeld. Deutschland ist Mitglied der G8 und der G20. Es sollte sich an die Spitze der Umsetzung der EU Ratsbeschlüsse zur globalen Gesundheit stellen, auch als Folgeaktivität der noch bis Mai 2012 anfallenden Aufgaben als Mitglied des Exekutivrates der Weltgesundheitsorganisation. **Deutschland sollte weiterhin aktiv die Reform der WHO und die globale Governanz in Bezug auf Gesundheit mitgestalten.** Der deutsche Gesundheitsminister sollte diese Absicht klar zum Ausdruck bringen.

Das Gutachten betont, dass Deutschland einerseits aufgrund seiner Position in Europa und der Welt aktiver in der globalen Gesundheitspolitik sein sollte, es zeigt aber zugleich auf, dass die vielen Initiativen die in Deutschland schon bestehen – innerhalb vieler Ressorts der Regierung aber auch im zivilgesellschaftlichen Bereich – eine sehr gute Basis für eine NGGS bieten. Man kann sich sogar die Frage stellen, ob neben einer strategischen Ressort übergreifenden NGGS die Vielfalt der Aktivitäten nicht auch in einer **deutschen Globalen Gesundheitsinitiative** gebündelt werden sollten. **Die Werte und Prinzipien** die Deutschland im Rahmen seiner Gesundheits-, Außen- und Entwicklungspolitik festgeschrieben hat sind die Basis einer NGGS sowie möglicherweise einer deutschen Globalen Gesundheitsinitiative. Sie sind aber **auch relevant für die globale Entwicklung insgesamt** – die Bedeutung der solidarischen sozialen Sicherung und der sozialen Marktwirtschaft werden weltweit immer mehr anerkannt. Die in diesem Gutachten vorgeschlagenen Schwerpunktbereiche würden dieser Einsicht deutlich entsprechen.

Deutschland sollte sich in der globalen Gesundheitspolitik klar positionieren und eine NGGS entwickeln, die den Herausforderungen der multipolaren Welt des 21. Jahrhunderts entspricht. Diese Gutachten hat – durch einen Vergleich der schon vorliegenden NGGS und WHO Strategien anderer Länder – analysiert, welche Elemente dieser Erfahrungen von Deutschland genutzt werden könnten – aber auch was das neue und eigenständige an einer deutsche NGGS sein könnte. Eine deutsche NGGS sollte sich durchaus von den schon vorliegenden derartigen Strategiepapieren unterscheiden in dem sie noch deutlicher auf den transnationalen und intersektoralen Charakter der globalen Gesundheit hinweist. Die NGGS muss zum Ziel haben, dass Deutschland ernsthaft mit den Empfehlungen des Busan Gipfels 2011 und aktiv an der **neuen globale post-DAC Partnerschaft** mitwirkt, die dort vorgeschlagen wurde und 2012 gegründet werden soll –aber auch dass sie weiterhin aktiv an der Reform der WHO und an der **Gestaltung eines neuen Multilateralismus** sehr aktiv mitwirkt. Das BMZ ist durch seine Strategien der good governance, Finanzsystementwicklung, Wirtschaftsförderung und Partizipation schon gut positioniert – aber globale Gesundheit recht weit über ein einziges Ministerium hinaus und braucht das Zusammenwirken für die Schaffung von **globalen öffentlichen Gütern**. Deutschland sollte in seiner globalen Positionierung auf die Zusammenarbeit mehrere Ministerien bauen und dies als Qualitätsmerkmal einbringen.

Das **zentrale Fazit dieses Gutachtens ist, das Deutschland eine nationale globale Gesundheitspolitik braucht – aus innen- und aus außenpolitischen, aus fachlichen wie aus ethischen Gründen.** Diese sollte schlussendlich vom Kabinett und Parlament verabschiedet werden. Das Gutachten hat sowohl

den Kontext wie einige der bestimmenden Dynamiken der globalen Gesundheit aufgezeigt. Auch die UN Resolution zur Globalen Gesundheit und Außenpolitik und die Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der Globalen Gesundheitspolitik weisen ganz klar die Richtung für weiteres Handeln.

Die Vorzüge eines NGGS sollen kurz nochmal zusammengefasst werden:

Nationale Globale Gesundheitsstrategien NGGS erheben den Anspruch der verbesserten Bearbeitung globaler Gesundheitsprobleme. Durch eine NGGS erwarten die Länder sich eine **bessere Zusammenarbeit** zwischen den sehr unterschiedlichen und vielfältigen staatlichen und auch den nicht-staatlichen Akteuren auf nationaler Ebene; dadurch soll eine **höhere Effizienz und Effektivität** des Ressourceneinsatzes erreicht werden. Man erhofft sich durch mehr Kohärenz auch eine **bessere Interessenvertretung** innerhalb der komplexen globalen Dynamik und in internationalen Organisationen.

Die meisten NGGS versuchen eine erklärte **Wertebasis** mit sehr konkreten realpolitischen Interessen in Einklang zu bringen. Manche Strategien verstehen sich bewusst als Beitrag zur soft power Strategie ihrer Regierung. Durch akzeptierte **Prinzipien, gemeinsam entwickelte Zielorientierungen und Prioritätensetzung** zwischen **Sektoren und anderen Akteuren** soll sowohl national wie international die Basis für eine bessere Zusammenarbeit und für **mehr Transparenz und erhöhte Rechenschaft** gegeben werden. Das gemeinsame strategische Vorgehen soll auch eine **bessere Reaktion** auf anstehende globale Herausforderungen ermöglichen. Unterm Strich soll ein „**added value**“ für alle Beteiligten geschaffen werden – national und global.

Die NGGS ersetzen nicht die jeweiligen Ressortbezogenen Strategiepapiere. Deshalb umfasst dieses Gutachten auch nicht alle anstehenden Probleme in der internationalen und globalen Zusammenarbeit für Gesundheit – z.B. die detaillierten Strategiepapiere aus der Entwicklungszusammenarbeit. Es soll jedoch durch die NGGS **ein Kohärenz- und Lerneffekt ermöglicht werden.** Dies lässt sich in der Schweiz nach fünf Jahren Umsetzung schon deutlich aufzeigen. In den USA mit einem weitverzweigten Gesundheitsministerium mit 18 Agenturen wird die *Global Health Strategy* des DHHS auch als Mittel zur Herstellung der internen Kohärenz gesehen – wobei das DHHS dann wiederum mit anderen Teilen der Regierung zu globalen Gesundheitsfragen der *President's Global Health Initiative* zusammenarbeitet.

Ziel ist es im Verlauf der Zeit aufgrund der Zusammenarbeit und durch die verbesserte Koordination eine Art **strategisches „Gesamtpaket“** zu entwickeln, das nicht nur auf gemeinsamen Interessen zwischen Sektoren aufbaut sondern die doppelte nationale und globale Verantwortung des jeweiligen Landes in Bezug auf die Gesundheit besser umsetzen lässt. Deutschland kann (auch gemeinsam mit Partnern) **Themen „besetzen“** und im globalen Umfeld als besonders kompetenter und vertrauenswürdiger Partner positionieren, der besonders für „good governance“ im **Aufbau und der Verwaltung komplexer Systeme und ihrer solidarischen Finanzierung steht.** Wie in Busan 2011 dargelegt wird besonders auch gegenüber den Schwellenländern der gleichberechtigte Austausch immer wichtiger. Eine besondere Rolle kann hier den Internationalisierungsstrategien einzelner Ministerien zukommen. Für viele der Partnerländer wird die Unterstützung durch verantwortungsvolle Formen der Wirtschafts- und der Wissenschaftsförderung immer bedeutsamer.

Mögliche Nachteile und Risiken einer NGGS:

Nicht alle Akteure werden von der Notwendigkeit einer NGGS überzeugt sein. sicherlich werden sich in der Diskussion um Prioritäten und Ziele Konflikte ergeben. Das war auch in anderen Ländern so.

Nicht alle Akteure werden mit einer ev. Neuverteilung von Kompetenzen und Aufgaben zufrieden sein. Wie in den folgenden Ausführungen deutlich wird, ist eine NGGS Zeit – und Ressourcen intensiv. Das mag bei Sparzwängen und vielfältigen Aufgaben der involvierten Personen und Abteilung als Nachteil empfunden werden. Auch wenn es vorrangig um Synergien geht so lässt sich die Neupositionierung nicht ganz ohne zusätzliche Mittel oder eine deutliche Umschichtung von Mitteln erreichen. Auch dürfen wichtige bestehende Verpflichtungen durch eine NGGS nicht gefährdet werden.

Es wird immer Konflikte zwischen Ressorts und politischen Positionen geben – doch mit den Stakeholder Diskussionen, die Teil ihrer Umsetzung sein sollten, würden diese Konflikte zumindest öffentlicher und klarer zu Tage treten und öffentlich diskutiert werden.

Manche mögen das Empfinden haben, dass mit einer NGGS Ressourcen von dringenden Problemen der Krankheits- und Armutsbekämpfung „here and now“ abgezogen werden. Das kann ebenfalls nicht ohne Konflikte von statten gehen. Interessant ist die Erfahrung der Schweiz, wo nach 5 Jahren ein deutlicher Kohärenzgewinn festzustellen ist.

Risiken politischer Art ergeben sich auch. Deutschland Rolle in der Welt hat sich in den besonders angesichts der EURO Krise verändert. Von Deutschland wird viel erwartet – zugleich kommen alte Vorurteile hoch. Eine NGGS wird in einem solchen Kontext unterschiedlich interpretiert werden. Für die einen wird es weiterhin zu wenig sein (besonders Deutschlands finanzieller Beitrag zur globalen Gesundheit) für andere ev. zu viel, wenn es um politische Forderungen zur Governanz, z.B. nach mehr Effizienz und Transparenz geht.

Die kanadischen Kollegen weisen in ihrer Analyse auch darauf hin dass Risiken bestehen wenn man sich mit einer NGGS zu viel vornimmt (*over-ambition*) oder zu wenig (*under-ambition*). (Kirton/Orbinski/Guebert 2011) Das Einbinden von zu vielen Akteuren kann schon den Entwicklungsprozess einer NGGS gefährden – der Ausschluss wichtiger Akteure ebenfalls. Der Prozess sollte auch nicht so politisiert sein, dass die Strategie bei einem Regierungswechsel hinfällig wird. **Das größte Risiko wäre sicherlich einen solchen Prozess mit der „linken Hand“ zu gestalten.**

Ein Blick auf den Prozess

Für den Prozess der Umsetzung einer NGGS sollte im deutschen Außenministerium im gemeinsamen Vorsitz mit dem BMG (so wie in der Schweiz) ein **inter-ministerieller Arbeitsausschuss** eingerichtet werden. Dieser müsste im Kern ca. sechs bis sieben Ministerien umfassen (AA, BMG, BMZ, BMU, BMAS, BMBF, BMWi, das Bundeskanzleramt einbinden. Das bedeutet auch das Einbinden bestimmter **nachgeordnete Behörden und Ämter** bzw. Durchführungsorganisationen wie BzGA, RKI, GIZ, KfW, UBA etc. etc. Oft sind sie für Umsetzung, Öffentlichkeits-/Aufklärungsarbeit zuständig. Siehe beispielsweise auch die Liste der in der Schweiz involvierten Regierungsstellen im Anhang.

Eine breit zusammengesetzte unabhängige **Kommission (oder Sachverständigenrat) für Globale Gesundheit** – ähnlich dem Sachverständigenrat für Gesundheit auf nationaler Ebene – sollte den Arbeitsausschuss strategisch begleiten. Als Vorlage könnte eine breite Zusammensetzung wie beim „*President’s Global Development Council*“ (USA) dienen. Die Kommission bzw. der Rat könnte strategische beratend tätig sein und vertieft einige der Schwerpunktbereiche bearbeiten. **Für diesen Prozess müssen Mittel bereit gestellt werden.**

Ganz besonders wichtig ist das langfristige Schaffen eines Unterbaus: **es braucht Ausbildung und Forschung im breiten interdisziplinären Bereich der globalen Gesundheit – auch in Verbindung mit der Internationalisierungsstrategie des BMBF.** Das Gutachten hat hierzu einige Vorschläge gemacht – besonders das Einbinden deutscher Stiftungen und des Instrumentariums deutscher Forschungspolitik (inklusive ihrer Internationalisierung.). Dies verbindet sich mit der Diskussion um eine Stärkung von public health in Deutschland. Eventuell wäre eine Institutsgründung zu überlegen. Globale Gesundheit könnte ein wichtiger Teil des Plans des deutsch-französischen Ministerrates sein eine **gemeinsame „Ecole de Santé publique“** einzurichten.

Die Bedeutung der globalen Gesundheitspolitik sollte auch einer breiteren Öffentlichkeit in Deutschland vermittelt werden. Die NGGS sollte ein lebendiges Arbeitsdokument sein, das breit in der Politik und der Gesellschaft diskutiert wird. Gerade mit Hilfe der Zivilgesellschaft sollte der Dialog mit den Bürgern (besonders den jungen Menschen) gesucht werden. Die Bedeutung der globalen Gesundheitspolitik und die Komplexität der Zusammenhänge werden sicherlich noch nicht breit verstanden.

Aus einer NGGS ergeben sich Verantwortlichkeiten – sollte eine Strategie mit Zielen (auch wenn sie breiter politischer Natur sind) formuliert werden (siehe das englische Global Health Outcome Dokument) dann gilt es regelmäßig einer breiteren Öffentlichkeit über Fortschritte zu berichten. Dies kann Transparenz nach innen zwischen den Abteilungen eines Ministeriums, zwischen Ressorts und Ministern und nach außen gegenüber dem Parlament und den Bürgern, gegenüber der international community schaffen. Norwegen hat sein White Paper zur globalen Gesundheit im Februar 2012 mit einer internationalen Tagung verbunden – es waren drei Minister (Außenminister, Gesundheitsminister und Umweltminister) anwesend sowie die Generalsekretärin der WHO. Ein Mechanismus wäre ein jährlicher **Bericht über Deutschlands Beitrag zur globalen Gesundheitspolitik.** Dieser könnte dem deutschen Parlament vorgelegt werden, einem deutschen Publikum auf verschiedenen Kongressen und dem internationalem Publikum auf dem World Health Summit aber auch anlässlich der Weltgesundheitsversammlung überreicht werden.

In der globalen Gesundheit besteht für Staaten ein zunehmender Handlungsdruck in Bezug auf die anfangs genannten drei Handlungsbereiche: gemeinsame Sicherheitspolitik, wirtschaftliche Interessen und ethische Verantwortung. Diese sind zu bedeutsam als dass sie weiterhin getrennt und ad-hoc behandelt werden können, oder dem tagespolitischen Geschäft unterworfen werden. Sie brauchen eine strategisch-langfristige Orientierung, die es ermöglicht dem Ziel „mehr Gesundheit für alle“ näher zu kommen und besonnen auf Krisen zu reagieren. Eine deutsche nationale globale Gesundheitsstrategie könnte ein wesentlicher Beitrag zu einer zukunftsfähigen Politik der globalen Verantwortung sein und wesentlich zur Positionierung Deutschlands im Rahmen europäischer und internationaler Organisationen beitragen

Anhänge

Anhang A

An der GAP beteiligte Bundesstellen¹

Verwaltungseinheit	Kompetenzen
Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) ²	Das EDA wahrt die aussenpolitischen Interessen der Schweiz und stellt in Zusammenarbeit mit den anderen Departementen die Kohärenz dieser Aussenpolitik sicher.
Politische Direktion (PD) ³	Die Politische Direktion des EDA wahrt die aussenpolitischen Interessen der Schweiz und sorgt für eine optimale Gestaltung der bilateralen und der multilateralen Beziehungen. Sie fördert die politische Integration der Schweiz in Europa, stellt die Kohärenz der schweizerischen Haltung gegenüber internationalen Organisationen und Gremien und die aussenpolitische Koordination in den Bereichen Migrations-, Wirtschafts-, Finanzplatz-, Umwelt-, Gesundheits- und Wissenschaftspolitik sicher.
Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) ⁴	Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) ist die Agentur für internationale Zusammenarbeit im EDA. Die DEZA ist zuständig für die Gesamtkoordination der Entwicklungs- und Ostzusammenarbeit mit andern Bundesämtern sowie für die humanitäre Hilfe des Bundes.
Integrationsbüro (IB) ⁵	Das Integrationsbüro ist das Kompetenzzentrum des Bundes für Fragen der europäischen Integration. Zu seinen Aufgaben gehört die Vorbereitung der Verträge mit der Europäischen Union. Es handelt die Verträge in Zusammenarbeit mit den in der Sache zuständigen Stellen aus und koordiniert deren Vollzug und Weiterentwicklung. Die Schweizer Mission bei der EU unterstützt das IB in seinen Funktionen.
Bundesamt für Gesundheit (BAG) ⁶	Das Bundesamt für Gesundheit ist die Fachbehörde für die menschliche Gesundheit, für die nationale Gesundheitspolitik, für die Mitarbeit der Schweiz in der internationalen Gesundheitspolitik, für die soziale Sicherheit in den Bereichen Krankheit und Unfall sowie für die ihm übertragenen Bereiche des Konsumentenschutzes.
Bundesamt für Statistik (BFS) ⁷	Das Bundesamt für Statistik ist die Fachbehörde des Bundes für die amtliche Statistik in der Schweiz.
Staatssekretariat für Statistik (SBF) ⁸	Das Staatssekretariat für Bildung und Forschung ist die Fachbehörde des Bundes für national und international ausgerichtete Fragen der allgemeinen und der universitären Bildung, der Forschung sowie der Raumfahrt.
Swissmedic ⁹	Swissmedic ist die zentrale schweizerische Überwachungsbehörde für Heilmittel.
Bundesamt für Migration (BFM) ¹⁰	Das Bundesamt für Migration ist die Fachbehörde des Bundes für die Belange der Ein- und Auswanderung, des Ausländerrechts, des Asyl- und

¹ Aus: EDA. Schweizerische Gesundheitsaußenpolitik.

² Organisationsverordnung für das EDA (SR 172.211.1, Art.1).

³ Organisationsverordnung für das EDA (SR 172.211.1, Art. 7)

⁴ Siehe auch: Organisationsverordnung für das EDA (SR 172.211.1, Art. 9).

⁵ Organisationsverordnung für das EDA (SR 172.211.1, Art. 13) / Organisationsverordnung für das EVD (SR 172.216.1, Art. 13).

⁶ Organisationsverordnung für das EDI (SR 172.212.1, Art. 9).

⁷ Organisationsverordnung für das EDI (SR 172.212.1, Art. 10).

⁸ Organisationsverordnung für das EDI (SR 172.212.1, Art. 13).

⁹ Siehe auch: Organisationsverordnung für das Schweizerische Heilmittelinstitut (SR 812.216).

	Flüchtlingsrechts sowie des Schweizer Bürgerrechts.
Institut für Geistiges Eigentum (IGE) ¹¹	Das Institut für Geistiges Eigentum ist die Fachbehörde des Bundes für Immaterialgüterrechtsfragen.
Bundesamt für Sport (BASPO) ¹²	Das Bundesamt für Sport fördert entsprechend den politischen Vorgaben die vielfältige und nachhaltige Entwicklung des Jugend-, Erwachsenen- und Seniorensports.
Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) ¹³	Das Staatssekretariat für Wirtschaft ist das Kompetenzzentrum des Bundes für alle Kernfragen der Wirtschaftspolitik einschliesslich der Arbeitsmarkt- und Aussenwirtschaftspolitik sowie, gemeinsam mit der DEZA, der Entwicklungspolitik und der Ostzusammenarbeit.
Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) ¹⁴	Das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie ist das Kompetenzzentrum des Bundes für national und international ausgerichtete Fragen der Berufsbildung, der Fachhochschulen und der Technologie- und Innovationspolitik sowie für die Koordination der gegenseitigen Anerkennung der Diplome mit der EU und der EFTA und in seinem Zuständigkeitsbereich für die Anerkennung ausländischer Diplome.
Bundesamt für Landwirtschaft (BLW) ¹⁵	Das Bundesamt für Landwirtschaft ist das Kompetenzzentrum des Bundes für den Agrarsektor.
Bundesamt für Veterinärwesen (BVET) ¹⁶	Das Bundesamt für Veterinärwesen ist das Kompetenzzentrum des Bundes für die Bereiche Tiergesundheit, Tierschutz und Artenschutz im internationalen Handel.
Bundesamt für Umwelt (BAFU) ¹⁷	Das Bundesamt für Umwelt ist die Fachbehörde für die Umwelt.

¹⁰ Organisationsverordnung für das EJPD (SR 172.213.1, Art. 12).

¹¹ Organisationsverordnung für das EJPD (SR 172.213.1, Art. 29).

¹² Organisationsverordnung für das VBS (SR 172.214.1, Art. 15).

¹³ Organisationsverordnung für das EVD (SR 172.216.1, Art. 5).

¹⁴ Organisationsverordnung für das EVD (SR 172.216.1, Art. 6).

¹⁵ Organisationsverordnung für das EVD (SR 172.216.1, Art. 7).

¹⁶ Organisationsverordnung für das EVD (SR 172.216.1, Art. 8).

¹⁷ Organisationsverordnung für das UVEK (SR 172.217.1, Art. 12).

Anhang B

Comparison of National Global Health Strategies¹⁸

Britain	Switzerland	European Union	United States
Principles			
<ul style="list-style-type: none"> • Do no harm; evaluate impact of domestic and foreign policies on global health to ensure intentions are fulfilled • Base global health policies and practice on evidence; develop evidence where it does not exist • Use health as agent for good, recognizing it can promote a low-carbon, high-growth global economy • Promote global health outcomes that support the MDGs • Promote health equity through foreign and domestic policies • Ensure effects of foreign and domestic policies on global health are explicit; ensure transparency on conflicts between the policy objectives • Work for leadership through reformed, strengthened institutions • Learn from other countries' policies and experience to improve population health and healthcare delivery • Protect health by tackling health challenges that begin abroad • Work with other governments, multilateral agencies, civil society and business 		<ul style="list-style-type: none"> • Based on shared health values • Consider health the greatest wealth • Consider Health in All Policies (HIAP) • Strengthen the EU's voice in global health 	<ul style="list-style-type: none"> • Match ambitions with long-term commitments at the highest levels of US leadership • "Trust but verify" • Build on existing successes • Prioritize prevention • Be targeted • Embed global health investments within larger development enterprise

¹⁸Aus: Kirton, J./ Orbinski, J./ Guebert, J. (2010). The Case for a Global Health Strategy for Canada. Global Health Diplomacy Program, Munk Centre for International Studies. University of Toronto.

Britain	Switzerland	European Union	United States
Goals			
<ul style="list-style-type: none"> • Better global health security • Stronger, fairer and safer systems to deliver health • More effective international health organizations • Stronger, freer and fairer trade for better health • Strengthening of the way evidence is developed and used to improve policy and practice 	<ul style="list-style-type: none"> • Protect health interests of the Swiss population • Harmonize national and international health policies • Improve effectiveness of international collaboration in health • Improve global health situation • Safeguard role as host to international organizations and base for companies in health sector 	<ul style="list-style-type: none"> • Fostering good health in an aging Europe • Protecting citizens from health threats • Supporting dynamic health systems and new technologies 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintain commitment to fight against HIV/AIDS, malaria and tuberculosis • Prioritize women and children in US global health efforts • Strengthen prevention and capabilities to manage health emergencies • Ensure the United States has capacity to match global health ambitions • Invest in multilateral institutions
Measures			
		<ul style="list-style-type: none"> • Establish coordinating office for health foreign policy • Create information platform for health foreign policy • Produce policy papers on health foreign policy and strengthen academic competence • Harmonize with general foreign policy and other policies • Create Interdepartmental Conference on Health Foreign Policy 	
Resources			
<ul style="list-style-type: none"> • 07% of GNI on international development by 2013 • £6 billion on health systems and services (2008–15) • £1 billion for the Global Fund • £400 million for global health research (2008–13) 	<ul style="list-style-type: none"> • No additional resources planned for implementation 	<ul style="list-style-type: none"> • Actions supported by existing financial instruments until end of 2010 financial framework (2013), without additional budgetary consequences 	<ul style="list-style-type: none"> • \$63 billion for Global Health Initiative (2009–14) • \$25 billion annually (adjusted for inflation) (2010–15) • Increase multilateral funding from 15% to 20%

Notes:

Bold indicates actions where Canadian priorities and interests overlap.

Global Fund = Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; GNI = gross national income; MDGs = Millennium Development Goals.

Sources: Switzerland, Federal Department of Home Affairs and Federal Department of Foreign Affairs (2006); United Kingdom, HM Government (2008); Commission of the European Communities (2007); Sridhar (2009); Fallon and Gayle (2010).

Anhang C

Germany's G8 Health Performance

John Kirton and Caroline Bracht

G8 Research Group Report

January 29, 2012

Introduction

Health has been a subject of G8 summit deliberation since 1979, with a generally increasing if not constant place in G8 governance across its deliberative, decision-making, and delivery dimensions of performance. The G8 made its first health commitment at the 1980 Italian hosted summit. In their 37 year history through to 2011, G8 summits have made 262 health commitments in all. The 54 commitments assessed for compliance suggest that G8 members have complied with their G8 health commitments at an average level of +.51 (on a scale of -1.00 to +1.00), or about 75%. How has Germany, as a G8 co-founder in 1975 and as the third most powerful member of the G8 club ever since, contributed to this G8 health performance?

Deliberation in Communique Conclusions

Since 1975, health as a subject has received an average of 6.8% of the annual summit's overall deliberations, as measured by the number of words in the communiqués issued at the summits in the leaders' names (Appendix A). Until 2007, Germany underperformed the evolving summit average at the summits Germany hosted, which gave it an above average ability to set the agenda and craft the communiqué. Health became a subject of G8 attention only the year after Germany first hosted in 1978. At Helmut Kohl's 1985 Bonn 2 summit, health received only .45% of the communiqué, well below the average of the previous seven summits. At Gerhard Schroeder's 1999 Cologne summit, health took 5.8% of the total, less than the previous two summits and far less than the four summits which followed. Only at Angela Merkel's 2007 Heiligendamm summits, where health took 16.4% of the communiqué – the fifth highest in G8 history, did Germany as host become a health pioneer.

Decision-making through Commitments

The same general pattern is evident in the decisional commitments made on health at German-hosted G8 summits, with a later start (Appendix B). The first three German hosted summits, in 1978, 1985 and 1992, made no health commitments. The fourth, in 1999 made 3 health commitments, one on HIV/AIDS and two on multiple diseases.

The fifth German-hosted summit, in Heiligendamm in 2007, made 43 health commitments. This is the second largest number in G8 history, following only the immediately preceding 2006 Russian hosted summit where 61 health commitments were made. In 2007 the most commitments came in on the issues of HIV/AIDS (10), Malaria (4), Medicines (4) and Funds (4).

The slow beginning was a symptom of the G7/8 as a group. Between the years 1980-1999, the Group averaged 1.3 health commitments per year. After the 2000 summit the number of health commitments started to increase with the peak number of health commitments in 2006

and 2007. The summits of 2006 to 2009 account for more than 50% of the total health commitments made by the G8.

Delivery through Compliance

In its delivery of these decisions, measured by the 54 health commitments assessed for compliance, the same general pattern is even, although here Germany started later and from a much lower base.

Overall, G8 members have complied with its 54 currently measured health commitments, of the 262 it made from 1983 to 2011, at an overall level of +0.51. The overall score is three quarters of the way up a scientific scale ranging from -1 to +1. (-1 represents no compliance or action opposite to that the commitment commands, 0 for partial or “in progress” compliance and +1 for full compliance) This +0.51 score translates to a solid B level of 76% on the more traditionally used 100 point scale. (Appendix C). The G8 together has done best on HIV/AIDS (+0.65), tuberculosis (+0.62) and the Global Fund (+0.58) commitments.

Germany has an overall compliance score of +0.40, a score which falls below the overall G8 average. In contrast the leaders in G8 health compliance are; Canada at +0.80, the United States at +.74, the United Kingdom at +0.68, the European Union at +0.54 and France at +0.52. Germany is in the bottom four with Japan +0.43, Russia at +0.19 and Italy with a score of +.14.

Germany’s slow start from a low base is evident in its performance as summit host. In 1999 its compliance of -.50 with the two assessed health commitments was well below the summit average of +0.32. At Heiligendamm in 2007, Germany’s compliance with the 6 health commitments assessed for compliance had soared to +.67, but that of the summit overall was still slightly above at +.72.

Compliance has varied across the different areas of the health commitments. Germany has performed above the G8 average in commitments on; Aging (+1.00) and Mother-Infants (+0.67), Polio (+0.80), Health Systems (+1.00), Development (1.00) Tropical Diseases (+0.00). (Appendix D)

Germany has performed below the G8 average in the areas of; HIV/AIDS (+0.27), Multiple Diseases (+0.00), Tuberculosis (+0.33) Global Fund (+0.33) Medicine (0.00), Children (0.00) Health Workers (+0.25) and SARS (0.00).

Conclusion

Germany’s performance in governing health via G8 commitments has varied over the years. After a slow start, however, at Angela Merkel’s 1999 Heiligendamm summit, Germany became one of the G8 leaders in global health. The high number of health commitments made at the 2007 summit was coupled with Germany’s relatively high compliance score with its 2007 commitments, as well as the high score of the summit members as a whole. Yet room for improvement remains.

Anhang D

National global health strategies and related (policy) documents

1. Switzerland

Swiss Health Foreign Policy

<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11523/index.html?lang=en>

2. United Kingdom¹⁹

Health is global: an outcomes framework for global health 2011-15

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_125605

Technical document – Development of the twelve outcomes

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_125605

Health is global: a UK Government strategy 2008-13²⁰

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088702

World Health Organization: UK institutional strategy 2008–13

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_095296

3. United States

United States Government Global Health Initiative Strategy

<http://www.ghi.gov/resources/strategies/159150.htm>

US Global Health Initiative²¹ <http://www.ghi.gov/about/index.htm>

¹⁹ It might be of potential interest that there is an “All-Party Parliamentary Group on Global Health” with the purpose: “To provide a parliamentary platform to identify and debate global health issues and concerns, raise the profile of global health within Parliament and government and prepare reports and make.”

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm/cmllparty/register/global-health.htm>

²⁰ Two “preparatory” documents are available:

- Proposals for UK strategy Proposals for a UK Government-wide strategy 2007
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_072697
- The report of stakeholder meetings
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_079012

²¹ As part of the follow-up to the strategy there are GHI country strategies seen as an “over-arching framework which outlines the vision for how GHI will utilize U.S. Government health investments by ensuring the integration of GHI principles into existing and future country programs.”

<http://www.ghi.gov/documents/organization/165092.pdf>

2011 US Global Health Strategy <http://globalhealth.gov/global-programs-and-initiatives/global-health-strategy/index.html>

HHS Strategic Plan 2010-2015

4. Norway²²

Norwegian WHO Strategy. Norway as a member of WHO's Executive Board 2010 – 2013
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20ADA/Norwegian_WHO_Strategy_2010-2013_engelsk.pdf

White Paper on Global Health in English (the 47 page document is only available in Norwegian
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-11-20112012.html?id=671098>)

5. Japan

Japan's Global Health Policy 2011-2015

http://www.mofa.go.jp/policy/oda/mdg/pdfs/hea_pol_ful_en.pdf

6. Sweden

Sweden's Strategy for WHO 2011-2015

<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/16/36/10/05edad4f.pdf>

7. EU

Communication from the Commission: The EU Role in Global Health [Communication \(COM\(2010\)128\)](#)²³

Council conclusions: The EU role in Global Health

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/EN/foraff/114352.pdf

²² The 2010 Statement: Foreign policy and global health is available at: <http://www.norway-un.org/Statements/Other-Statements/Statement-Foreign-policy-and-global-health/>

²³ Accompanying documents to the Communication:

- Global health – responding to the challenges of globalisation (Commission [Staff Working Document \(Sec\(2010\)380\)](#))
- European research and knowledge for global health (Commission [Staff Working Document \(Sec\(2010\)381\)](#))
- Contributing to universal coverage of health services through development policy (Commission [Staff Working Document \(Sec\(2010\)382\)](#))

**It is worth mentioning that more countries are exploring the opportunities to increase coherence on the national level through policies, informal mechanisms and “practice,” such as Germany,²⁴ Brazil, China, Finland,²⁵ France,²⁶ Indonesia, Australia²⁷ and Thailand.²⁸

²⁴ Including deliberations in the Parliament ([17/5486](#)) and publications of other institutions:

- Sector Strategy: German Development Policy in the Health Sector 2009
http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/konzept187.pdf
- Strategy for Development Cooperation with Global Development Partners 2011 – 2015
http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/Strategiepapier307_06_2011.pdf

²⁵ “The Ministry (of Social Affairs and Health) takes part in shaping Finland's UN policy with respect to social, health and gender equality affairs.” http://www.stm.fi/en/ministry/international_cooperation/un .

²⁶ Including:

- International health governance and France’s financial commitments
<http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities/development-and-humanitarian/health/international-health-governance/article/international-health-governance>
- Strategy 2011. Development Cooperation: a French Vision. Framework Document. Ministry of Foreign and European Affairs. Directorate-General of Global Affairs, Development and Partnerships. <http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities/development-and-humanitarian/>

²⁷ The South Australian Health in All Policies Model:

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/health+in+all+policies/sa+model> and HiAP Governance:
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/health+in+all+policies/governance>

²⁸ Taiwan International Health Action: <http://www.taiwaniha.org.tw/eaboutus.html> . Also “Taiwan's health diplomacy: time to move forward” <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154?tab=responses>

Anhang E

Liste der Gesprächspartner

- AA
- BMAS
- BMG
- BMU
- BMZ
- Charité, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
- Charité, The World Health Summit
- Europäische Kommission
- GFATM
- GIZ
- Medicus Mundi
- Robert-Koch- Institut
- Siemens
- Venro AG Gesundheit (Oxfam)
- Verschiedenene akademische Vertreter Public Health sowie Tropenmedizin in Deutschland
- Verschiedenene Büros deutscher Bundestagsabgeordneter
- WHO
- WHO Exekutivrates (Vertreter)

Literaturverzeichnis

- Alcázar, S. (2008). *The Copernican Shift in Global Health*. Global Health Programme Working Paper No. 3. Genf: The Graduate Institute Geneva. URL: http://graduateinstitute.ch/webdav/site/globalhealth/shared/1894/Working%20Papers_003_WEB%20new%20version%2015062009.pdf (02.02.2012)
- Amorim, C. et al. (2007). Oslo Ministerial Declaration—Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time. *The Lancet* 369: 1373-78.
- Auswärtiges Amt (2009). 23. *Forum Globale Fragen: Global Health. Die Gesundheit der Welt in der internationalen Politik*. URL: http://www.auswaertiges-amt.de/sid_F53C9D21C2284371FF5A1113641DFB11/DE/Aussenpolitik/GlobaleFragen/ForumGF/23-GF/uebersicht_node.html (02.02.2012).
- Auswärtiges Amt (2010a). *Globale Gesundheitspolitik*. URL: http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/GlobaleFragen/Gesundheit/Gesundheitspolitik_node.html (02.02.2012).
- Auswärtiges Amt (2010b). *Deutschlands Rolle in der globalen Gesundheitspolitik*. URL: http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/GlobaleFragen/Gesundheit/DeutschlandsRolle_node.html (02.02.2012).
- Auswärtiges Amt (2011). *Auswärtige Kultur- und Bildungspolitik in Zeiten der Globalisierung - Partner gewinnen, Werte vermitteln, Interessen vertreten*. Berlin: Auswärtiges Amt. URL: <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/595030/publicationFile/161968/AKBP-Konzeption-2011.pdf> (02.02.2012).
- Ban Ki-moon (2011). *Report to the General Assembly "We The Peoples"*. New York: 21. September 2011. URL: http://www.un.org/apps/news/infocus/sgspeeches/search_full.asp?statID=1310 (19.02.2012).
- Bartsch, S./Hein, W. (2003). TRIPS und globale Partnerschaften. Konflikte um den Zugang zu Medikamenten im Rahmen von Global Health Governance. *Peripherie* 23: 202-231.
- Beck, U. (2007a). *Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck, U. (2007b). *Weltrisikogesellschaft und neuer Kosmopolitismus: die alte Frage nach der Kritischen Theorie neu gestellt*. Vortrag. München/Berlin: März 2007.
- Beck, U./Pfoerl, A.(Hrsg.) (2010). *Große Armut, großer Reichtum - Zur Transnationalisierung globaler Ungleichheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beijing Declaration*. BRICS Health Ministers' Meeting. Beijing: July 2011. URL: <http://keionline.org/node/1183> (02.02.2012).
- Birdsall, N. (2009). *Reframing the Development Project for the Twenty First Century*. Center for Global Development. URL: http://www.cgdev.org/doc/Opinions/Birdsall_DFID_Speech_March09-FINAL.pdf (02.02.2012).

Bliss, K.E. (2010) (Hrsg.). *Key Players in Global Health. How Brazil Russia, India, China, and South Africa and Influencing the Game*. A Report of the CSIS Global Health Policy Center. Washington D.C.: Center for Strategic and International Studies. URL: http://csis.org/files/publication/101110_Bliss_KeyPlayers_WEB.pdf (02.02.2012).

Bliss, K.E. (2011). *Health Diplomacy of Foreign Governments*. Washington D.C.: Center for Strategic and International Studies. URL: http://csis.org/files/publication/110503_Bliss_HealthDiplomacy_web.pdf (02.02.2012).

BMAS (s.d.). *Twinning in der Arbeits- und Sozialpolitik (Verwaltungspartnerschaften)*. URL: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziales-Europa-und-Internationales/International/Internationale-Beziehungen/Twinning-Projekt/twinning-arbeits-sozialpolitik.html> (19.02.2012).

BMAS (2009). *Was ist Soziales Europa und Internationales?* URL: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziales-Europa-und-Internationales/was-bedeutet-soziales-europa-internationales.html> (19.02.2012).

BMBF (2008). *Deutschlands Rolle in der globalen Wissensgesellschaft stärken. Strategie der Bundesregierung zur Internationalisierung von Wissenschaft und Forschung*. Bundesministerium für Bildung und Forschung. URL: <http://www.bmbf.de/pub/Internationalisierungsstrategie.pdf> (02.02.2012).

BMBF (2011). *Bekämpfung vernachlässigter und armutsbedingter Erkrankungen*. URL: <http://www.bmbf.de/de/15337.php> (02.02.2012).

BMG/BMZ/BMBF (2007). *Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung*. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Aktionsplan-HIV_Aktionsplan-HIV-Aids-deutsch.pdf (02.02.2012).

BMELV (s.d.): *Die internationale Zusammenarbeit zur Sicherung der Welternährung*. URL: <http://www.bmelv.de/SharedDocs/Standardartikel/Europa-Internationales/Welternahrung-FAO/Int-Zusammenarbeit-Ernaehrungssicherung.html> (02.02.2012).

BMELV (2011). *Übersicht aktueller Twinning-Vorhaben*. URL: http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Europa-Internationales/InternationaleZusammenarbeit/Twinning/LaufendeTwinning-Projekte.pdf?__blob=publicationFile (02.02.2012).

BMU et al. (2009). *Konferenzbericht: Klimawandel, Extremwetterereignisse und Gesundheit*. Bonn: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit.

BMWi (2011). *Exportinitiative Gesundheitswirtschaft*. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. URL: <http://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/Dateien/BMWi/PDF/flyer-exportinitiative-gesundheitswirtschaft,property=pdf,bereich=eig,sprache=de,rwb=true.pdf> (02.02.2012).

- BMZ (2000). *Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim BMZ*. BMZ spezial Nr. 24. URL: http://www.karin-kortmann.de/downloads/themen_malaria/spezial024pdf.pdf (02.02.2012).
- BMZ (2009a). *Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“*. BMZ Konzepte 183. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
- BMZ (2009b). *Sektorkonzept Soziale Sicherung*. BMZ Konzepte 180. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
- BMZ (2009c). *Gesundheit und Menschenrechte*. BMZ Spezial 162. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
- BMZ (2010a). *Schwerpunkte der neuen deutschen Entwicklungspolitik*. URL: http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/ziele/deutsche_politik/index.html (02.02.2012).
- BMZ (2010b). *WHO stellt Weltgesundheitsbericht in Berlin vor – Investitionen in Gesundheit sind Investitionen in die Zukunft*. URL: http://www.bmz.de/de/presse/aktuelleMeldungen/2010/november/20101122_pm_xx_gesundheitsbericht/index.html
- BMZ (2011a). *Deutsche Entwicklungspolitik auf einem Blick*. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. URL: http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/sonderpublikationen/BMZ_auf_einen_Blick.pdf (02.02.2012).
- BMZ (2011b). *Mehr Wirkungen erzielen. 4. Hochrangiges Forum zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit, Busan, 29.11.-1.12.2011*. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/Materialie218_Informationsbroschuere_09_2011.pdf
- Board on International Health/Institute of Medicine (IOM) (1997). *America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bozorgmehr, K. et al. (2010). Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 1 of 2: Mobility patterns & educational needs and demands). *BMC Medical Education* 10. URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/66> (02.02.2012).
- Brautigam, D. (2009). *The Dragon's Gift. The Real Story of China in Africa*. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, T.M. et al. (2006). The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health. *American Journal of Public Health* 96: 62-72.
- Bull, B./Mc Neill, D. (Hrsg.) (2007). *Development Issues in Global Governance*. London: Routledge.

Bund Deutscher Industrieverbände (BDI) (2011). German Healthcare Partnership. Building Partnerships for Top-Quality Health Solutions. URL: <http://www.germanhealthcarepartnership.de/index.htm> (02.02.2012).

Burris, S./Drahos, P./Shearing, C. (2005). Nodal Governance. *Australian Journal of Legal Philosophy* 30: 30–58.

Busan Partnership for Effective Development Cooperation. Fourth High-Level Forum on Aid Effectiveness. Busan: 29. November-1. Dezember 2011. URL: http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf (02.02.2012).

Chand, S. (2011). Is health still global? A new approach from the UK Government. *The Lancet* 378: e19-e20.

Chathamhouse (2012): *Global Health Security*. URL: <http://www.chathamhouse.org/research/global-health> (02.02.2012).

Collier, P. (2008). *Die unterste Milliarde. Warum die ärmsten Länder scheitern und was man dagegen tun kann*. München: C.H. Beck.

Confalonieri, U. et al. (2007): Human health. In: Parry, M.L. et al. (Hrsg.). *Climate Change 2007: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge: Cambridge University Press: 391-431.

Daulaire, N. (2010). Statement während der EU Konferenz zu Global Health Governance. Brüssel: Juni 2010. Zitiert in: Global Health Europe (2010). *EU event a starting point for a new era in global health governance*. URL: http://www.globalhealthurope.org/index.php?option=com_content&view=article&id=302:eu-event-a-starting-point-for-a-new-era-in-global-health-governance&catid=70:event-reports&Itemid=139 (02.02.2012).

Deacon, B. (2000). *Sozial verantwortliche Globalisierung: Die Herausforderung für die soziale Sicherheit*. Beitrag auf der internationalen Forschungskonferenz 2000 über soziale Sicherheit. Helsinki: 25.-27. September 2000. URL: <http://www.issa.int/pdf/helsinki2000/topic0/4deacon.pdf> (19.02.2012).

Department of Health (2011). *Strategic approach to global health set*. URL: http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleases/DH_125757 (02.02.2012).

Dentico (2009). Implementing the WHO Global Strategy on Public Health, Innovation & IP: An Opportunity that should not be Squandered by Poor Implementation. *IQsensato* 4. URL: <http://www.iqsensato.org/pdf/in-focus-vol-3-no1.pdf> (02.02.2012).

Deutscher Bundestag (2011). *Bundeskanzlerin hält an UN-Millenniumszielen fest..* URL: http://www.steuer-gegen-armut.org/fileadmin/Bildgalerie/Kampagnen-Seite/Unterstuetzung_Inland/Regierung/2011/111130_Merkel_im_AWZ.pdf (02.02.2012).

- E2Pi (2011). *Global Health Policymaking in Germany*. URL: http://www.seekdevelopment.org/e2pi_country_profile_germany_may_2011.pdf (02.02.2012).
- Eberlei, W./Weller, C. (2001). *Deutsche Ministerien als Akteure von Global Governance. Eine Bestandsaufnahme der auswärtigen Beziehungen der Bundesministerien*. INEF Report, Heft 51/2001. Duisburg: Institut für Entwicklung und Frieden.
- Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA). *Soft Power*. URL: <http://www.image-schweiz.ch/index.php?id=484> (02.02.2012).
- Europäische Kommission (2007). *Weißbuch. Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, KOM(2007) 630 endgültig*. Brüssel: Europäische Union. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf (02.02.2012).
- Europäische Kommission (2010). *Mitteilung der Kommission an den Rat, das Parlament, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Die Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik, KOM(2010)128 endgültig*. Brüssel: Europäische Union. URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0128:FIN:DE:PDF> (02.02.2012).
- Europäische Kommission (2011). *Entwicklungszusammenarbeit: EU und USA bündeln ihre Kräfte für globale Gesundheit und EZ-Wirksamkeit*. Pressemitteilung. URL: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/700&format=HTML&aged=1&language=DE&guiLanguage=en> (02.02.2012).
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2007). *Strengthening Europe's defences against infectious disease*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. URL: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0701_TER_Strengthening_Europes_Defences.pdf
- Fidler, D.P. (2007). *Architecture Amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance*. *Faculty Publications*. Paper 329. URL: <http://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1329&context=facpub> (02.02.2012).
- Fidler, D.P. (2010). *The challenges of global health governance*. New York: Council on Foreign Relations. URL: <http://www.cfr.org/global-governance/challenges-global-health-governance/p22202> (02.02.2012).
- Fidler, D.P. (2011). *Introduction: Eastphalia Emerging?: Asia, International Law, and Global Governance*. *Indiana Journal of Global Legal Studies* 17: 1- 12. URL: <http://www.repository.law.indiana.edu/ijgls/vol17/iss1/1> (02.02.2012).
- Fidler, D.P./Gostin, L.O. (2008). Chapter 4. *Securitization of Public Health*. In (dies.): *Biosecurity in the global age: biological weapons, public health, and the rule of law*. Stanford: Stanford University Press.
- Freeman, C. (2011). *China's Emerging Global Health and Foreign Aid Engagement in Africa*. A Report of the CSIS Freeman Chair in China and the Global Health Policy Center. Washington D.C.: Center for Strategic and International Studies. http://csis.org/files/publication/111122_Freeman_ChinaEmergingGlobalHealth_Web.pdf

- Garrett, L. (2012). *The Global Fund: Can it be saved?*. URL: <http://www.lauriegarrett.com/index.php/en/blog/3130/> (02.02.2012).
- Glennie, J. (2011). Busan Conference offers chance to tackle aid effectiveness. In: *The Guardian-Poverty Matters Blog* vom 19.11.2011. URL: <http://www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2011/sep/19/busan-conference-aid-effectiveness> (02.02.2012).
- Global Health Watch (2011a). *About WHO Watch*. URL: <http://www.ghwatch.org/who-watch/about> (02.02.2012).
- Global Health Watch (2011b). *Global Health Watch 3. An Alternative World Health Report*. London/New York: Zed Books.
- Gostin, L. (2008). Meeting Basic Survival Needs of the World's Least Healthy People: Toward a Framework Convention on Global Health. *Georgetown Law Journal* 96: 331–392.
- Government Offices of Sweden (2008). *Global Challenges -Our Responsibility. Communication on Sweden's policy for global development*. Stockholm: Ministry for Foreign Affairs. URL: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/11/32/83/778a0c48.pdf> (02.02.2012).
- Halper, S. (2010). *The Beijing Consensus: How China's Authoritarian Model Will Dominate the Twenty-First Century*. New York: Basic Books.
- Hanchard, D. (2011). *Bill Clinton + Bill Gates = Global Health Initiative*. URL: <http://www.zdnet.com/blog/government/bill-clinton-bill-gates-global-health-initiative/7695> (02.02.2012).
- Harro, A. (2009). Public Health - Gesundheit Global. In: *Die Zeit*, Nr. 45, vom 29.10.2009. URL: <http://www.zeit.de/2009/45/World-Health-Summit> (02.02.2012).
- Health Action International (HAI) Europe Staff Blog (2011). *Conflicts of Interest and the Future of Financing for WHO*. URL: <http://haieuropestaffblog.blogspot.in/2011/05/conflicts-of-interest-and-future-of.html> (02.02.2012).
- Hein, W. (2007). *Global Health – ein Politikfeld von unterschätzter Bedeutung*. Reihe: Kompass 2020 – Deutschland in den internationalen Beziehungen. Bonn/Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hein, W. (2008). *Anarchy vs. Coherence in Global Health Governance*. Vortrag zur 12. EADI General Conference. Genf: 5.Juni 2008. URL: http://www.eadi.org/fileadmin/Documents/Events/General_Conference/2008/paper_Hein.pdf (02.02.2012).
- Hill, P.S. (2011): Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Global Public Health* 6: 593-605.
- Holst, J. (2010). *Weltgesundheitsbericht 2010 der WHO: Der Weg zu universeller Sicherung*. *Forum Gesundheitspolitik*. URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1881> (02.02.2012).

Horx, M. (2011). *Das Megatrend-Prinzip. Wie die Welt von morgen entsteht*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.

Hughes, B.B. et al. (2011). Improving Global Health: Forecasting the next 50 Years. *Patterns of Potential Human Progress* Vol. 3. Boulder: Paradigm Publishers und New Delhi: Oxford University Press India.

Hurrelmann, K./ Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4. Aufl. Weinheim: Juventa.

ILO (2011). *Die ILO und Deutschland*. URL:
<http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/bonn/ilogermany/index.htm> (19.02.2012).

Kates, K. (2010). THE U.S. GLOBAL HEALTH INITIATIVE: Key Issues. URL:
<http://www.kff.org/globalhealth/upload/8063.pdf> (02.02.2012).

Kaul, I./Gleicher, D. (2011). *Governing global health: is Europe ready?* Global Health Europe Research, Paper No. 3. Genf: Global Health Europe.

Kharas, H. (2011). *Coming Together: How a New Global Partnership on Development Cooperation was Forged at the Busan High Level Forum on Aid Effectiveness (ARI)*. Real Instituto Elcano. URL:
http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/0f1e7700497d5f75ba66ba9437ec6e7e/AR1164-2011_Kharas_Busan-Summit_Global_Partnership_Development_Cooperation.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0f1e7700497d5f75ba66ba9437ec6e7e (02.02.2012).

Kickbusch, I. (1999). Global+ local = glocal public health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 53: 451-452.

Kickbusch, I. (2003). Global Health Governance: Theoretical Considerations on the New Political Space. In: Lee, K. (Hrsg.). *Health Impacts of Globalization: Towards Global Health Governance*. London: Palgrave Macmillan: 192-203.

Kickbusch, I. (2010). Gruppentherapie. Wie die internationale Gemeinschaft den Kampf gegen Seuchen gewinnen kann. *Internationale Politik* 4: 46-52.

Kickbusch, I. (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *British Medical Journal* 342.

Kickbusch, I./Hein, W. (2009). "Global Health Diplomacy"- Welche Rolle spielt Deutschland? *puls.b Magazin für die Akteure der Gesundheit*. *puls.b* Nr.4. – *Gesundheit & Ökonomie*. URL:
http://www.puls-b.de/index.php?option=com_content&task=view&id=601 (02.02.2012).

Kickbusch, I./Hein, W./Silberschmidt, G. (2010). Addressing Global Health Governance Challenges through a New Mechanism: The Proposal for a Committee C of the World Health Assembly
Addressing Global Health Governance Challenges through a New Mechanism: The Proposal for a Committee C of the World Health Assembly. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 38: 550-563.

- Kirton, J. (2010). *Why the World Needs G8 and G20 Summitry: Prospects for 2010 and Beyond*. Paper prepared for the Center for Dialogue and Analysis on North America (CEDAN), Tecnologico de Monterrey (ITESM), Mexico City Campus, Mexico City, March 11-12, 2010. (Draft of April 8, 2010).
- Kirton, J./Bracht, C. (2012). *Germany's G8 Health Performance*. G8 Research Group Report.
- Kirton, J./Orbinski, J./Guebert, J. (2010). *The Case for a Global Health Strategy for Canada*. Toronto: University of Toronto.
- Koplan, J.P. et al. (2009). Towards a Common Definition of Global Health. *Lancet* 373: 1993-1995.
- Labonté, R./Gagnon, M.L. (2010). Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Globalization and Health* 6: 1-19.
- Metz, B. et al. (2007). *Climate Change 2007: Mitigation of Climate Change. Contribution of Working Group III to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Missoni, E. (2011). WHO Reform: threats and opportunities. A Healthier Political Functioning. *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz* 122. URL: <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/gesundheitsversorgung-in-fragilen-staaten/debatte/a-healthier-political-functioning.html> (02.02.2012).
- Mott MacDonald (2010). *Annual Independent Review of the UK Government's Global Health Strategy. Working with Brazil, Russia, India, China & South Africa*. London: Mott MacDonald.
- Murray et al. (2011). Development assistance for health: trends and prospects. *The Lancet* 378: 8-10.
- Netherlands Organisation for Scientific Research (NWO)(s.d.). *Platform Global Health Policy and Health Systems Research*. URL: http://www.globalhealthplatform.nl/nwohome.nsf/pages/NWOA_76WHGN_Eng (02.02.2012).
- Niebel, D. (2011). *Entwicklungspolitik als Zukunftspolitik*. Rede von Bundesentwicklungsminister Dirk Niebel zum Festakt "50 Jahre BMZ". Berlin: 14. November 2011. URL: http://www.bmz.de/de/presse/reden/minister_niebel/2011/November/20111114_rede_festakt.htm (02.02.2012).
- Norwegian Ministry of Health and Care Services/Norwegian Ministry of Foreign Affairs (2010). *Norwegian WHO Strategy. Norway as a member of WHO's Executive Board 2010 – 2013*. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services/Norwegian Ministry of Foreign Affairs. URL: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20ADA/Norwegian_WHO_Strategy_2010-2013_engelsk.pdf (02.02.2012).
- Nye, J.S. (2008). Public Diplomacy and Soft Power. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 616: 94-109.
- Ottersen, O.P./Frenk, J./Horton, R. (2011). The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health in collaboration with the Harvard Global Health Institute. *The Lancet* 378: 1612 – 1613.

People's Health Movement (PHM) (s.d.). *About the People's Health Movement*. URL: <http://www.phmovement.org/en/about> (02.02.2012).

People's Health Movement (PHM)-International et al. (2011). *Protecting the Right to Health through action on the Social Determinants of Health. A Declaration by Public Interest Civil Society Organisations and Social Movements*. Rio de Janeiro: 18. October 2011. URL: <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/AlternativeCivilSocietyDeclaration20Sep.pdf> (02.02.2012).

Rat der Europäischen Union (2006). *Schlussfolgerungen des Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen“, C 146/1*. Brüssel: Europäische Union. URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2006/c_146/c_14620060622de00010003.pdf (02.02.2012).

Rat der Europäischen Union (2010). *Schlussfolgerungen des Rates zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik, 9644/10*. Brüssel: Europäische Union. URL: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/de/10/st09/st09644.de10.pdf> (02.02.2012).

Renard, T. (2009). *A BRIC in the world: Emerging Powers, Europe, and the Coming Order*. Egmont Paper 31. Brüssel: Egmont - Royal Institute for International Relations.

Robert Koch-Institut (RKI) (2005). *Gesundheit schützen, Risiken erforschen. Wer wir sind, worauf wir zurückblicken, was wir leisten*. 2. Aufl. Berlin: Robert Koch-Institut.

Rosenau, J. N. (2003). *Distant proximities: dynamics beyond globalization*. Princeton: Princeton University Press.

Ruger, J.P.(2011a). Global health governance as shared health governance. *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Ruger, J.P. (2011b). Shared Health Governance. *The American Journal of Bioethics* 11: 32-45

Schütte, G. (2006). Diplomatie der Forscher. In: *Die Zeit* vom 12.4.2006. URL: <http://www.zeit.de/2006/16/C-Auenwirtschaft> (02.02.2012).

Silberschmidt, G. (2009). *The European Approach to Global Health. Identifying Common Ground for a U.S.–EU Agenda. A Report of the CSIS Global Health Policy Center*. Washington D.C.: Center for Strategic and International Studies. http://www.voltairenet.org/IMG/pdf/European_Approach_to_Global_Health.pdf, accessed

Swedish Ministry of Health and Social Affairs (2011). *Sweden's Strategy for WHO 2011-2015*. Stockholm: Swedish Ministry of Health and Social Affairs. URL: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/16/36/10/05edad4f.pdf> (02.02.2012).

Stuckler, D./McKee, M. (2008). Five metaphors about global-health policy. *The Lancet* 372: 95-97

Thakur, R./Van Langenhove, L. (2006). Enhancing Global Governance through Regional Integration. *Global Governance* 12: 233-240.

The Economist (2011). Global health. 'Tis not the season to be frugal. In: *The Economist* vom 20.12.2011. URL: <http://www.economist.com/blogs/babbage/2011/12/global-health> (02.02.2012).

Van Langenhove, L. (2010). The Transformation of Multilateralism Mode 1.0 to Mode 2.0. *Global Policy* 1: 263-270.

VENRO (2011). *Globale Gesundheit. Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist Grundlage für Entwicklung*. Beilage zur Ausgabe 8/2010 von Weltsichten. Bonn: VENRO e.V.

VENRO AG-Gesundheit (2011): *Anregungen der VENRO AG-Gesundheit zur Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheitspolitik*.

Watts, G. (2009). *The health benefits of tackling climate change. An Executive Summary for The Lancet Series*. The Lancet. URL: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/health-and-climate-change.pdf> (02.02.2012).

World Economic Forum (WEF) (2012). *Global Risks 2012 - Seventh Edition*. Genf: World Economic Forum. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalRisks_Report_2012.pdf (02.02.2012).

World Health Assembly (WHA) (2005). *Resolution of the World Health Assembly. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*, WHA58.33. URL: http://www.who.int/health_financing/HF%20Resolution%20en.pdf (02.02.2012).

World Health Assembly (WHA) (2008). *Resolution of the World Health Assembly. Climate Change and Health*, WHA61.19. URL: http://www.who.int/globalchange/A61_R19_en.pdf (02.02.2012).

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (19.02.2012).

WHO (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Genf: Weltgesundheitsorganisation. URL: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (02.02.2012).

WHO (2008a). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.

WHO (2008b). *Climate change and health. Report by the Secretariat*. Genf: Weltgesundheitsorganisation. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_4-en.pdf (02.02.2012).

WHO (2010a). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genf: Weltgesundheitsorganisation. URL: http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf (02.02.2012).

WHO (2010b). *The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.

WHO (2011a). *Noncommunicable diseases Fact sheet*. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/index.html> (02.02.2012).

WHO (2011b). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro: Weltgesundheitsorganisation. URL: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf (02.02.2012).

WHO (2011c). *Human resources: annual report. Report by the Secretariat*, EB130/26 Add.1. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_26Add1-en.pdf (02.02.2012).

WHO (2012). *Health in the Green Economy*. URL: http://www.who.int/hia/green_economy/en/index.html (19.02.2012).

Willke, H. (2006). *Global Governance*. Bielefeld: Transcript Verlag.

UN (2011). *7 Critical Issues at Rio+20*. URL: <http://www.uncsd2012.org/rio20/index.php?menu=123>

UN General Assembly (2008). *Resolution adopted by the General Assembly, 63/33. Global health and foreign policy*. URL: <http://www.undemocracy.com/A-RES-63-33.pdf>

UN General Assembly (2011). *Draft resolution submitted by the President of the General Assembly. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. URL: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1 (02.02.2012).

UN Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability (2012). *Resilient People, Resilient Planet: A future worth choosing*. New York: United Nations. URL: http://www.un.org/gsp/sites/default/files/attachments/GSP_Report_web_final.pdf (19.02.2012).

U.S. Department of Health and Human Services (2011). *The Global Health Strategy of the U.S. Department and Human Services*. Washington D.C.: The Secretary of Health and Human Services. URL: http://www.globalhealth.gov/pdfs/hhs_global_health_strategy.pdf (02.02.2012).

Yach, D./Bettcher, D. (1998a). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *American Journal of Public Health* 88: 735-738.

Yach, D./Bettcher, D. (1998b). The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *American Journal of Public Health* 88: 738-741.

Methoden

Das Gutachten beruht auf einem intensiven Literaturstudium und auf Gesprächen mit vielen Akteuren der globalen Gesundheit in Deutschland aus unterschiedlichen Ressorts, aus NGOs und Privatwirtschaft, aus europäischen und internationalen Organisationen und aus anderen Ländern. Es baut auch auf der langjährigen Erfahrung der Autorin in der globalen Gesundheit auf sowie auf ihren Publikationen in diesem Bereich. Besonderer Dank geht an die Vertreter des BMG und der GIZ. Bei den Recherchen und beim Schreiben bin ich von Frau Kirthi Ramesh kompetent und unermüdlich unterstützt worden. Der analytische Rahmen des Gutachtens bezieht sich insbesondere auf die richtungsweisenden Arbeiten von Ulrich Beck, die versuchen den transnationalen Raum des politischen Handelns neu zu fassen

Autorin:

Professor Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch

Director, Global Health Programme, Graduate Institute for International and Development Studies, Geneva.

Ilona Kickbusch war in führenden Positionen bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) tätig. Sie hat wesentlich zur Ottawa Charter für Gesundheitsförderung beigetragen, sowie zu den weltweiten Settings-Projekten wie Gesunde Städte und gesundheitsfördernde Schulen. Sie war Professorin an der Yale University und leitet derzeit ein Programm zur Globalen Gesundheit in Genf. Sie berät eine Vielzahl von nationalen und internationalen Organisationen, so auch die WHO. Mit ihrem Buch Die Gesundheitsgesellschaft (2006) hat sie einen viel beachteten Erklärungsansatz für die Rolle der Gesundheit im 21. Jahrhundert vorgelegt. Ihre Schwerpunkte in der globalen Gesundheitspolitik liegen im Bereich Global Governance und Global Health Diplomacy. Mehr Informationen zu Werdegang, Publikationen und Auszeichnungen finden sich auf der Website: www.ilonakickbusch.com

Unterstützung:

Kirthi Ramesh

Absolventin, Hertie School of Governance

Kirthi Ramesh hat vor kurzem ihren Master of Public Policy abgeschlossen. Sie verfügt über internationale Erfahrungen im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit und hat verschiedene Tätigkeiten in Honduras, Bangladesch und Indien ausgeübt. 2009/2010 arbeitete sie als Young Professional bei der GIZ in Deutschland und Bangladesch und ist seitdem weiterhin als Gutachterin für die GIZ tätig. Arbeitserfahrung sammelte sie auch beim Deutschen Entwicklungsdienst, bei den Vereinten Nationen und verschiedenen lokalen Nichtregierungsorganisationen. Ihre Schwerpunkte liegen in den Themen urbane Armut und urbane Regierungsführung, soziale Sicherung sowie in der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen in Entwicklungsländern.