

Die Schweinegrippe und die Internationalen Gesundheitsvorschriften

Hein, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GIGA German Institute of Global and Area Studies

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hein, W. (2009). *Die Schweinegrippe und die Internationalen Gesundheitsvorschriften*. (GIGA Focus Global, 3). Hamburg: GIGA German Institute of Global and Area Studies - Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-275081>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Die Schweinegrippe und die Internationalen Gesundheitsvorschriften

Wolfgang Hein

Mit dem Ausbruch der Schweinegrippe – offiziell jetzt A(H1N1) – in Mexiko erscheint am Horizont erneut die Gefahr einer Grippepandemie, die ähnlich wie die Pandemien des 20. Jahrhunderts (u. a. die Spanische Grippe 1918-1919) Hunderttausende oder gar Millionen Opfer fordern könnte. In den letzten Jahrzehnten haben die internationale Mobilität und damit auch die potenzielle Verbreitungsgeschwindigkeit von Infektionskrankheiten erheblich zugenommen, andererseits ist mit den neuen *International Health Regulations* (IHR, deutsch: Internationale Gesundheitsvorschriften – IGV) ein starkes Instrument zum Monitoring und zur Kontrolle von „öffentlichen Gesundheitsgefahren von internationaler Bedeutung“ entstanden. Die Gefahr, dass sich die Schweinegrippe zu einer neuen Grippepandemie ausweitet, wird von den Experten sehr ernst genommen.

Analyse:

Pandemien bedrohen eine globalisierte Welt sowohl durch die rasche Verbreitung gefährlicher Krankheiten als auch durch inadäquate Schutzmaßnahmen. Die ökonomischen Kosten von Reise- und Handelsbeschränkungen können immens sein; auch andere Maßnahmen, um eine ansteckende Krankheit einzudämmen, können die menschliche Privatsphäre erheblich einschränken. Internationale Regeln zum Umgang mit Infektionskrankheiten verlangen also sowohl effektive, global koordinierte Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit als auch eine Kontrolle der Angemessenheit mobilitätsbeschränkender Maßnahmen.

- *Maximum protection, minimum restriction:* Die 2005 verabschiedeten neuen IGV stellen ein komplexes Werk von Regeln und Maßnahmen dar, um ein globales System der Kontrolle und Bekämpfung von „Gesundheitsgefahren von internationaler Bedeutung“ und gleichzeitig international akzeptierte Normen der Vereinbarung von Reise- und Handelsbeschränkungen aufzubauen.
- Die Intensivierung der grenzüberschreitenden gesellschaftlichen und ökonomischen Verflechtungen (begleitet von zunehmender internationaler kommerzieller und privater Reisetätigkeit in einer stärker globalisierten Wirtschaft und Gesellschaft) erleichtern die globale Ausbreitung von Krankheitserregern.
- Die „Schweinegrippe“ – offiziell: Influenza A(H1N1) – ist durch eine rasche räumliche Verbreitung, aber bisher durch einen weitgehend milden Krankheitsverlauf gekennzeichnet. Wie im Falle früherer Grippepandemien besteht jedoch die Gefahr einer zweiten Infektionswelle mit erheblich schwererem Krankheitsverlauf. Die umfangreichen Maßnahmen zur Kontrolle der Infektion sind daher berechtigt.
- Die neuen Regeln (IGV 2005; siehe Bundesrat 2007) haben sich bereits vor ihrer Verabschiedung im Umgang mit der SARS-Epidemie bewährt und ein hohes Maß an Akzeptanz gewonnen. Konflikte im Umgang mit Infektionen werden sich allerdings nicht vermeiden lassen, vor allem im Hinblick auf den Zugang zu Medikamenten und Impfstoffen (*virus sharing*).

Schlagwörter: International Health Regulations, Global Health Governance, Pandemie, Souveränität

1. Angst vor der Grippepandemie

Berichte über verheerende Grippepandemien gibt es seit der Antike. Die verheerendsten Folgen hatte bisher die Spanische Grippe in den Jahren 1918 und 1919, wobei dieser Schätzungen zufolge zwischen 15 und 50 Millionen Menschen zum Opfer fielen. Weitere Grippepandemien waren die Asiatische Grippe (1957-58, 1-1,5 Millionen Opfer), die Hongkong-Grippe (1968-69, 700.000 bis 1 Million, davon allein 30.000 in den alten Bundesländern) und die Russische Grippe (1977-78, etwa 700.000). Die Furcht vor einer neuen Pandemie beruht auf der relativ langen Pause seit der letzten sowie – im Falle der Schweinegrippe – darauf, dass es sich um denselben Virustyp (H1N1) wie bei der Spanischen und der Asiatischen Grippe handelt.

Diese Pandemien sind das Ergebnis einer häufigen genetischen Rekombination von Grippeviren, vor allem durch die Entstehung von Viren, die sowohl bei Menschen als auch bei Tieren auftreten (Typ A). Sind solche neuen Viren von Mensch zu Mensch übertragbar, ist eine pandemische (weltweite) Ausbreitung möglich, da im Allgemeinen keine Immunreaktionen gegen diese Viren bestehen. Influenza-B-Viren befallen nur Menschen; Influenza-C-Viren kommen bei Schweinen und Menschen vor, führen bei Menschen allerdings nur zu harmlosen Infektionen. Darüber hinaus werden Grippeviren nach den Eiweißtypen (H für Hämogglutinin, N für Neuraminidase) bezeichnet, welche die unterschiedlichen Hüllen der Viren charakterisieren. An diesen Eiweißen erkennt das Immunsystem die Erreger und produziert (im positiven Fall) entsprechende Abwehrstoffe.

2. Infektionskrankheiten und internationale Vereinbarungen

Internationale Regelungen zur Koordination von Maßnahmen, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern, gehen bis ins 19. Jahrhundert zurück; seit 1851 entwickelten eine Reihe von *International Sanitary Conferences* Regeln zum Umgang mit Infektionskrankheiten – vor allem Cholera, Pest und Gelbfieber – im internationalen Personen- und Warenverkehr (Fidler 2005). Das zentrale Ziel der Vereinbarungen war schon damals die maximale Kontrolle von Krankheiten bei einem Minimum an Einschränkungen des internationalen Handels, vor allem der Schifffahrt.

Reise- und Handelsbeschränkungen haben immer erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen. So wird geschätzt, dass die Bekämpfung von SARS allein für die Region Toronto im Jahre 2003 Kosten von über 1 Mrd. US\$ und einen Verlust von 12.000 Arbeitsplätzen bedeutete; in Asien wird von Kosten in Höhe von etwa 60 Mrd. US\$ ausgegangen. Die Experten sind sich einig, dass auf jeden Fall verhindert werden müsse, derartige Restriktionen im Sinne einer versteckten Protektion auszunutzen. Heute geht es dabei zudem um die Berücksichtigung des Menschenrechts auf Mobilität, aber auch um eine möglichst weitgehende Achtung der individuellen Privatsphäre im Hinblick auf ärztliche Kontrollen, Pflichtimpfungen, individuelle Freiheitseinschränkungen (Quarantäne) etc.

Seit 1951 koordiniert die WHO ein System von *International Sanitary Regulations* (seit 1969: *International Health Regulations – IHR*), das ursprünglich auf eine kleine Zahl von Krankheiten beschränkt war und schließlich weitgehend an Bedeutung verlor. Die Entwicklung antibiotischer und antiviraler Medikamenten sowie von Impfstoffen gegen die gefährlichsten Infektionskrankheiten ließen in den Industrieländern den Eindruck entstehen, dass diese Gefahr weitestgehend erfolgreich zurückgedrängt worden sei. Die *International Sanitary Regulations* waren der erste und (bis zur Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle im Jahre 2003) einzige internationale Vertrag, der im Rahmen der WHO verabschiedet wurde. Von den 1960er Jahren bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre spielten die IHR/IGV kaum eine Rolle. Erst mit der HIV/AIDS-Pandemie und dem Auftreten anderer neuer Krankheiten (wie Ebola, West-Nil-Virus, Rift-Valley-Fieber) wurde die internationale Kontrolle von Infektionskrankheiten wieder zu einem vorrangigen politischen Thema.

Nach der Aufnahme von Verhandlungen zur Verlängerung der IHR/IGV im Jahre 1995 wurde schließlich (vor allem unter dem Eindruck der Anthrax-Anschläge im Jahre 2001 und der SARS-Epidemie) Ende Mai 2005 von der Weltgesundheitsversammlung, dem höchsten Organ der WHO, ein neues IGV-Abkommen verabschiedet, das sich nun generell auf jeden „öffentlichen Gesundheitsnotstand von internationaler Bedeutung“ (*public health emergency of international concern*) bezieht und weitreichende Formen internationaler Koordination unter Führung der WHO

vorsieht. Die neuen IGV sind seit 2007 in Kraft.¹ Darüber hinaus sei auf eine enge Zusammenarbeit zwischen der WHO und der *World Organization for Animal Health* (OIE, ursprünglicher Name: *Office International des Epizooties*) hingewiesen.

3. Die neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR/IGV 2005)

Der Vertrag befasst sich im Wesentlichen mit folgenden Themen:

1. *Informationen über Gesundheitsgefahren*: Alle Staaten sind verpflichtet, der WHO entsprechende Risiken zu melden, und die WHO ist autorisiert, aufgrund einer solchen Information (auch von Nichtregierungsorganisationen oder aus anderen nichtstaatlichen Quellen) den *öffentlichen Gesundheitsnotstand von internationaler Bedeutung* auszurufen. Dazu werden *National IHR Focal Points* und *WHO IHR Contact Points* eingerichtet, welche die notwendige Kommunikation sicherstellen.
2. *Maßnahmen zum Gesundheitsschutz auf nationaler Ebene*: Jeder Vertragsstaat verpflichtet sich – wenn nötig mit Unterstützung der WHO und der Hilfe anderer Staaten –, die nötigen Kapazitäten zu entwickeln, „um umgehend und wirksam auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite zu reagieren“. Dies impliziert Kapazitäten auf lokaler Ebene, um Krankheiten zu diagnostizieren, außergewöhnliche Ereignisse zu bewerten und Bekämpfungsmaßnahmen einzuleiten, Kapazitäten auf mittlerer und nationaler Ebene, um spezialisierte Laboruntersuchungen durchzuführen und multidisziplinäre Teams aufzustellen, die im Rahmen eines nationalen Reaktionsplans tätig werden, sowie geeignete Kontrollen an den Grenzen und effektive Kooperation mit der WHO. Grundlage für das Vorgehen ist ein Entscheidungsschema im Anhang des Vertrages (siehe Schaubild 1). Spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten des Vertrages (also 2012) sollen diese Kapazitäten in allen Staaten zur Verfügung stehen.

¹ Laut WHO-Verfassung (Art. 21 und 22) bedürfen Regelungen der Weltgesundheitsversammlung in ihren Zuständigkeitsbereichen keiner Ratifizierung. Einzelne Mitglieder können derartige Verträge lediglich innerhalb eines bestimmten Zeitraums ganz „zurückweisen“ (*reject*) oder Vorbehalte (*reservations*) gegenüber einzelnen Bestimmungen erklären.

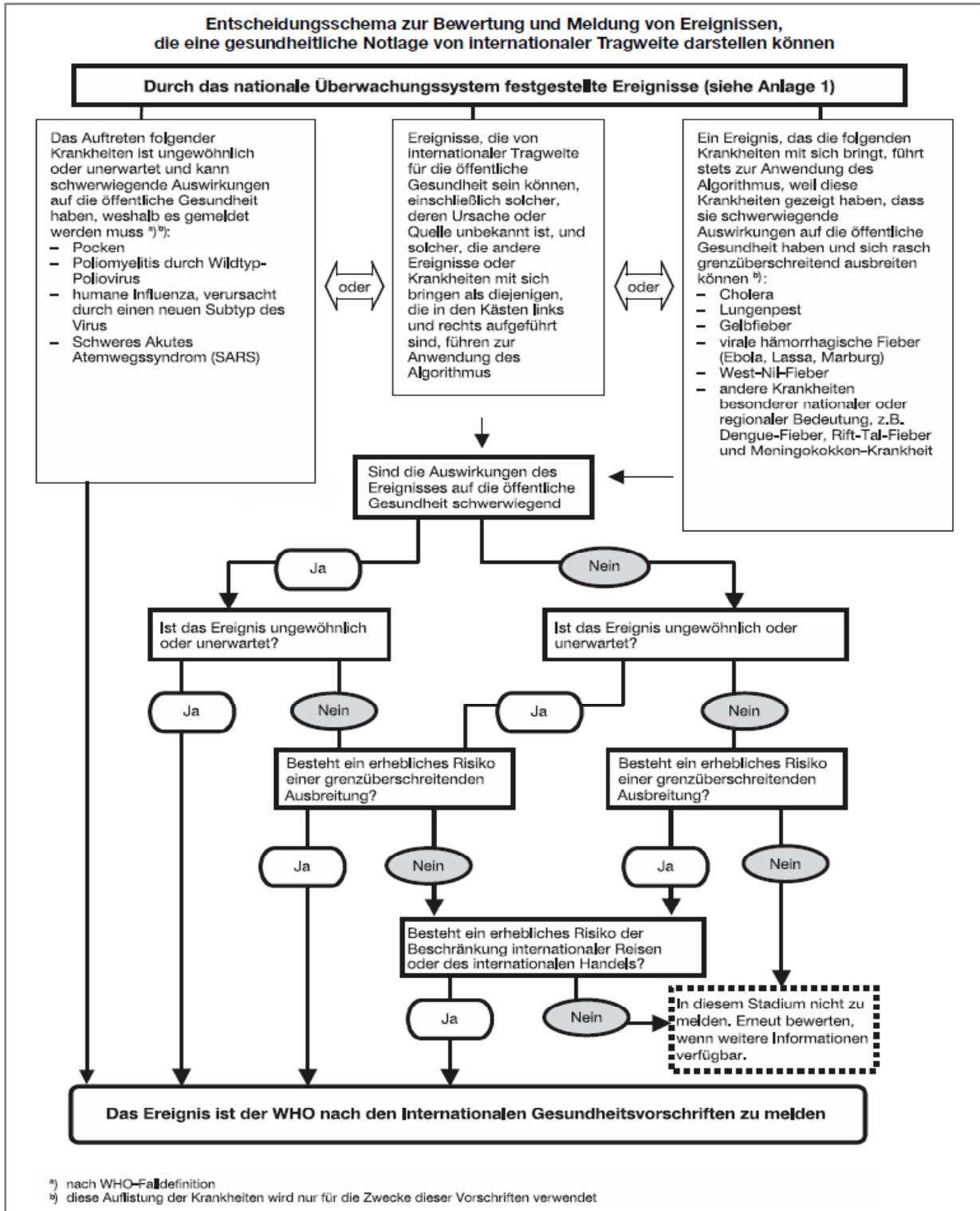
3. *Entscheidungs- und Beratungsmechanismen bei der WHO/Empfehlungen, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern*: Der Generaldirektor² der WHO hat im Rahmen der IGV weitreichende Vollmachten: Er erklärt, ob eine „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ vorliegt und empfiehlt – in Kooperation mit anderen internationalen Organisationen, vor allem der WTO – konkrete Maßnahmen etwa zur Kontrolle von Personen sowie zur Beschränkung von Mobilität und Handel. Diese Empfehlungen autorisieren wiederum die Mitgliedsstaaten, entsprechende Maßnahmen zu beschließen. Diese Entscheidungen beruhen auf Stellungnahmen eines Notfallausschusses (*Emergency Committee*), der vom Generaldirektor aus einer „IGV-Sachverständigenliste“ – entsprechend der erforderlichen Fachkenntnis und „unter gebührender Berücksichtigung der Grundsätze gerechter geographischer Verteilung“ – ausgewählt wird. Ein Mitglied soll ein Sachverständiger aus dem betroffenen Staat sein. Die Empfehlungen gelten für höchstens drei Monate und müssen dann verlängert werden. Es gibt daneben einen Prüfungsausschuss (*Review Committee*), der so genannte „ständige Empfehlungen“ bei einer längerfristigen Gefahr für die öffentliche Gesundheit beschließen kann. Diese müssen durch die nächste Weltgesundheitsversammlung bestätigt werden.

Um das Ausmaß der Gefahr einer „gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite“ zu bestimmen, hat die WHO in ihrem „Global Influenza Programme“ ein Klassifizierungsschema entwickelt (das sich von den jeweils gebräuchlichen nationalen Schemata unterscheidet) und neu definiert, anhand dessen über die zu ergreifenden Maßnahmen entschieden wird.

Das Vorgehen der Institutionen beruht auf Expertenwissen und der Autorität der WHO. In der Literatur wurde darauf hingewiesen, dass die IGV insofern ein bemerkenswertes Dokument darstellen, als sie nationale Souveränität einschränken, die Beteiligung von Nichtregierungsorganisationen explizit anerkennen und die Rolle der WHO stärken (Fidler 2005). Über Konflikte innerhalb des Notfallausschusses hinsichtlich der zu empfehlenden Maßnahmen ist bisher kaum etwas nach außen

² Wie in der deutschen Fassung des Textes wird hier durchweg die männliche Form verwendet, auch wenn es sich zurzeit um eine Generaldirektorin handelt (Margaret Chan, China).

Schaubild 1: Entscheidungsinstrument



Quelle: Bundesrat Drucksache 229/07.

gedrungen. Bisher genießen die IGV offenbar ein hohes Maß an internationaler Akzeptanz: Diese beruht auf dem Bewusstsein, dass die Schäden bei Nichtdurchführung der Maßnahmen höher sein können als die wirtschaftlichen Schäden durch die Maßnahmen selbst. Die Effektivität der WHO bei der Bekämpfung von SARS wurde weltweit als großer Erfolg angesehen. SARS war allerdings „kontrolltechnisch“ ein „Idealfall“: Die Schwere des Krankheitsverlaufs erleichterte die vollständige Erfassung von Infektionen und legitimierte weitreichende Kontrollen.

4. Die „neue Grippe“ Influenza A(H1N1) („Schweinegrippe“)

Die Schweinegrippe ist keine neue Krankheit, auch nicht, was die Infektion von Menschen betrifft. Die US-amerikanischen *Centers for Disease Control* (CDC) in Atlanta fanden bereits 1988 einen H1N1-Schweinegrippevirus bei einer 32-Jährigen, die eine Landwirtschaftsausstellung besucht hatte; danach wurde festgestellt, dass 76 % aller Aussteller von Schweinen über Antikörper gegen den Schweinegrippenvirus verfügten, ohne dass sie an der Krankheit gelitten hätten.

Die ersten Fälle in Mexiko lassen sich bis zum 18. März 2009 zurückverfolgen, werden allerdings erst Mitte April nachträglich als solche identifiziert. Die WHO spricht am 24. April von einer „Influenza-like illness“, die vor allem in Mexico, D. F. verbreitet sei. Offenbar haben die mexikanischen Gesundheitsbehörden die Krankheitsfälle zunächst nicht mit dem ja prinzipiell bekannten Virus in Verbindung gebracht (Mangel an Ausrüstung für genaue Virentests; Condon/Sinha 2009). Dies verweist einerseits auf Schwierigkeiten der Diagnose in Entwicklungsländern, wobei Mexiko als Schwellenland eigentlich noch nicht so schlecht dastehen sollte. Ob hier Entwicklungen bewusst vertuscht werden sollten (siehe unten ein Artikel in *Grain*), ist nicht nachzuweisen, ist aber angesichts der umfangreichen Schutzmaßnahmen, die Mexiko nach der Identifizierung des Erregers und der Einschaltung der IGV unternommen hat, eher unwahrscheinlich. Die Tatsache, dass selbst sechs Wochen nach dem vermuteten Ausbruch der Epidemie die Zahl der Infizierten nicht sonderlich hoch ist, spricht dafür, dass die Ansteckungsgefahr nicht so groß ist, wie oft in der Presse dargestellt wird.

Während Ende April noch Angaben über einige Tausend Infizierte in Mexiko allein kursierten, konzentrieren sich seitdem die Meldungen auf diejenigen Fälle, die durch Labortests bestätigt wurden. Darüber hinaus hat sich auch bei den meisten der zunächst genannten Todesfälle der Zusammenhang mit dem Schweinegrippevirus nicht bestätigt. Die aktuellen Zahlen lassen angesichts der erheblichen geographischen Verbreitung der Krankheit vermuten, dass die Ansteckungsgefahr tatsächlich nicht so groß ist – oder aber viele Fälle noch nicht nachgewiesen wurden. Die WHO bezifferte am 12. Mai die weltweiten Fälle auf 5.251. Da bei den Krankheitsfällen außerhalb Mexikos fast durchweg ein milder Verlauf konstatiert wurde, ist es durchaus denkbar, dass viele Influenza-A-Infektionen noch unerkannt sind.

Dass die WHO in der Klassifizierung dieser „neuen Grippe“ inzwischen die zweithöchste Phase 5 (siehe Schaubild 2) erklären konnte, liegt daran, dass sich diese Klassifizierung nicht an der Schwere der Krankheit orientiert, sondern an der internationalen Verteilung der nachgewiesenen Fälle. Von medizinischer Seite wird die hohe internationale Aufmerksamkeit, die der „neuen Grippe“ bisher zuteil wurde, hauptsächlich mit der recht großen Mutationsgefahr beim Grippevirus begründet. Vor allem die Erfahrungen mit der Spanischen Grippe mahnen zur Vorsicht: Die meisten Todesfälle forderte nicht die erste Grippeperiode, sondern erst die zweite.

Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es außerordentlich wichtig, dass die Aufmerksamkeit gegenüber der „Schweinegrippe“ auf einem hohen Niveau bleibt. Aber noch aus einem anderen Grund erweisen sich die IGV als wichtig: Von der WHO wird immer wieder betont, dass Reisebeschränkungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht angebracht sind. Tatsächlich haben aber eine Reihe von Staaten unabhängig von dieser Aussage empfohlen, nicht unbedingt nötige Reisen nach Mexiko zu unterlassen; Ecuador hat sämtliche Flüge nach Mexiko eingestellt, und mindestens zehn Länder (darunter China, Indonesien, Russland und die Ukraine) haben sämtliche Importe von Schweinefleisch verboten, offenbar ohne dies der Welthandelsorganisation (WTO) anzuzeigen (Condon/Sinha 2009). Dies alles steht im Widerspruch zu den IGV und verweist darauf, dass offenbar doch noch eine gewisse Vertrauenslücke besteht.

Schaubild 2: Phasen einer Grippepandemie

1	Kein Nachweis neuer Influenzavirus-Subtypen beim Menschen. Ein Subtyp, der zu einem früheren Zeitpunkt Infektionen beim Menschen verursacht hatte, ist möglicherweise bei Tieren in Umlauf. Das Risiko menschlicher Infektionen wird als niedrig eingestuft.
2	Kein Nachweis neuer Influenzavirus-Subtypen beim Menschen. Bei Tieren in Umlauf befindliche Influenzaviren stellen jedoch ein erhebliches Risiko für Erkrankungen beim Menschen dar.
3	Menschliche Infektion(en) mit einem neuen Subtyp, aber keine Ausbreitung von Mensch zu Mensch oder nur in extrem seltenen Fällen bei engem Kontakt.
4	Kleine Cluster mit begrenzter Übertragung von Mensch zu Mensch. Die räumliche Ausbreitung ist noch sehr begrenzt, so dass von einer unvollständigen Anpassung des Virus an den Menschen ausgegangen werden kann.
5	Große Cluster, die Ausbreitung von Mensch zu Mensch ist jedoch weiterhin örtlich begrenzt. Es muss davon ausgegangen werden, dass das Virus besser an den Menschen angepasst ist, möglicherweise jedoch nicht optimal übertragbar ist (erhebliches Pandemierisiko).
6	Pandemiephase: zunehmende und anhaltende Übertragung in der Allgemeinbevölkerung.
7	Postpandemischer Zeitraum: Influenzaaktivität auf dem üblichen saisonalen Niveau.

Quelle: Bundesrat Drucksache 873/05.

5. Global Governance von Infektionskrankheiten – ein Erfolgsmodell?

Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten kann als paradigmatischer Fall für die Wechselbeziehung zwischen Globalisierung und Global Governance angesehen werden: Globalisierung verstärkt die globale Verbreitung von Infektionskrankheiten, aber gleichzeitig auch die grundsätzliche Akzeptanz koordinierter Maßnahmen, um ihrer Ausbreitung Herr zu werden. Dennoch gibt es eine Reihe von Problemen im Zusammenhang mit einer effektiven Kontrolle:

1. Grundsätzlich sind globale Kontrollmaßnahmen und vor allem die Einschränkung wirtschaftlicher Aktivitäten teuer, so dass die Legitimität und die Akzeptanz der IGV und der beteiligten Institutionen äußerst wichtig bleibt. Gleichzeitig ist der Missbrauch von Handelsbeschränkungen für protektionistische Ziele trotz des bestehenden Regimes nicht vollständig auszuschließen.
2. In den Entwicklungsländern ist der Mangel an Kapazitäten für die notwendigen Laboruntersuchungen, die Aufstellung von Expertenteams und insgesamt das Meldewesen von

Krankheiten bedenklich. Die entsprechenden Ziele der IGV werden bis 2012 kaum erreicht werden können und auch danach nur, wenn die internationale Gemeinschaft bereit ist, hierfür erhebliche Mittel zur Verfügung zu stellen.

3. Die meisten Entwicklungsländer verfügen weder über ausreichende Vorräte an Medikamenten noch über Kapazitäten, Medikamente und Impfstoffe selbst herzustellen. Teilweise sind diese Möglichkeiten auch angesichts bestehender Patente zumindest kurzfristig blockiert. Indonesien hat auf die Probleme des Zugangs von Entwicklungsländern zu Impfstoffen verwiesen, die von privaten Unternehmen in Zusammenarbeit mit armen Ländern entwickelt werden, und sich deshalb geweigert, Virusmaterial aus dem eigenen Land für entsprechende internationale Forschung zur Verfügung zu stellen (Konflikt um *virus sharing*).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich nun parallel zu dem dominanten, WHO/IGV-nahen Diskurs ein weiterer Diskurs entwickelt hat, der den Zusammenhang zwischen der Massentierhaltung und dem Ausbruch der Schweinegrippe in den Vordergrund stellt. Unter anderem wird auf Aussagen von Wissenschaftlern des US

National Institute of Health (NIH) Bezug genommen, die bereits 2006 darauf hingewiesen hatten, dass „die Haltung einer großen Zahl von Tieren auf engem Raum die schnelle Übertragung und Vermischung von Viren fördere“ (Grain, April 2009: 1; auch: Mike Davis in guardian.co.uk, 27.04.2009). Gleichzeitig wird angemerkt, dass die Gemeinde La Gloria im mexikanischen Bundesstaat Veracruz schon Monate vorher den „*vicious outbreak*“ einer eigenartigen Krankheit der Atemwege gemeldet und auf einen Zusammenhang mit einer kurz zuvor in der Nachbarschaft errichteten großen Schweinefarm aufmerksam gemacht habe. Untersuchungen durch lokale Behörden hätten bereits Ende 2008 ergeben, dass 60 % der 3.000 Bewohner der Gemeinde an dieser Krankheit litten – jedoch sei keine weitere Meldung der Krankheit an die zuständigen Instanzen des IGV-Systems erfolgt. Die mexikanischen Behörden betonten im April, dass alle Grippekranken in La Gloria (außer einem vierjährigen Kind) an einer „normalen“ Grippe litten (Die Welt online, 28.4.2009).

Wie verlässlich auch immer diese Informationen sind, sie verweisen auf die Achillesferse des gesamten Systems, das nur so gut sein kann wie die Bereitschaft und Fähigkeit, den Vertrag einzuhalten. Mangelhafte Gesundheitssysteme in ländlichen Regionen armer Länder, aber auch die Vertuschung von Infektionen aufgrund ökonomischer Interessen stellen prinzipielle Probleme bei der Folgebereitschaft dar. In diesem Zusammenhang darf allerdings nicht übersehen werden, dass die IGV einen Mechanismus darstellen, akute internationale Gesundheitsgefahren unter Kontrolle zu bringen. Der Einrichtung dafür notwendiger Mechanismen und Institutionen kann durchaus einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitsdienste in armen Ländern zu verbessern. Die Förderung der weltweiten Gesundheit im Sinne gesunder Lebensbedingungen und der effektiven Prävention, Kontrolle und Behandlung von Krankheiten in allen Ländern erfordert jedoch ein globales Engagement, das darüber bei weitem hinausgeht und nicht nur die Stärkung von Gesundheitssystemen in den Blick nimmt, sondern auch einen verantwortungsvollen Umgang verlangt mit Aspekten der Tierhaltung ebenso wie mit den Möglichkeiten und Grenzen der modernen Biotechnologie.

Literatur

- Bundesrat (2007): Entwurf eines Gesetzes zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005, www.umwelt-online.de/PDFBR/2007/0229_2D07.pdf.
- Buse, Kent/Hein, Wolfgang/Drager, Nick (Hg.) (2009): *Making Sense of Global Health Governance. A Policy Perspective*. Basingstoke.
- Condon, Bradley J./Sinha, Tapen (2009): *Chronicle of a Pandemic Foretold: Lessons from the 2009 Influenza Epidemic (March 3)*, <http://ssm.com/abstract=1398445>.
- Fidler, David P. (2004): *SARS, governance and the globalization of disease*. Basingstoke.
- Fidler, David P. (2005): *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The new International Health Regulations*, in: *Chinese Journal of International Law*, 4 (2), S. 325-392.
- Grain (2009): *A food system that kills. Swine flu is meat industry's latest plague*, April, www.grain.org/atg/.
- Robert-Koch-Institut: www.rki.de/ (Startseite mit Links zu den wichtigsten aktuellen Informationsquellen).
- WHO/IGV: www.who.int/csr/disease/swineflu/en/.

■ Der Autor

Prof. Dr. Wolfgang Hein ist Leiter des Forschungsschwerpunktes „Transformation in der Globalisierung“ des GIGA und apl. Professor für Politische Wissenschaft an der Universität Hamburg.

E-Mail: hein@giga-hamburg.de, Website: <http://staff.giga-hamburg.de/hein>.

■ GIGA-Forschung zum Thema

Am GIGA besteht im Rahmen des Forschungsschwerpunktes „Transformation in der Globalisierung“ ein thematischer Schwerpunkt zu Global Health Governance. Nach Abschluss eines Tagungs- und Publikationsprojektes zum Thema „Making Sense of Global Health Governance“ sind Forschungsprojekte zu den Themen „Die Rolle privater Stiftungen in der Global Governance von Gesundheit und Bildung“ und zu „Global Infections: Social and Cultural Influences“ sind in Vorbereitung. Weiterhin ist das GIGA an einem EU-Projekt zum Thema „Ethical Governance of Biological and Biomedical Research: Chinese European Cooperation“ (Ole Döring) beteiligt.

■ GIGA-Publikationen zum Thema

Buse, Kent/Hein, Wolfgang/Drager, Nick (Hg.) (2009): Making Sense of Global Health Governance: A policy perspective, Basingstoke.

Döring, Ole/Steineck, Christian (Hg.) (2008): Kultur und Bioethik. Eigentum am eigenen Körper, Baden-Baden.

Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars (Hg.) (2003): Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. An Exploration Into the Dynamics of Interfaces, Hamburg.

Hein, Wolfgang/Bartsch, Sonja/Kohlmorgen, Lars (Hg.) (2007): Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS, Basingstoke.

Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars (2008): Global Health Governance: Conflicts on Global Social Rights, in: Global Social Policy, Nr. 1, S. 80-108.

Hein, Wolfgang/Kohlmorgen, Lars (2006): Die Vereinten Nationen und globale Gesundheitsgefahren – der Kampf gegen HIV/AIDS, in: Zeitschrift für Politik, Sonderband 1 (Globale Probleme und Zukunftsaufgaben der Vereinten Nationen), Baden-Baden, S. 129-147.

Hein, Wolfgang (2007): Global Health. Ein Politikfeld von unterschätzter Bedeutung, Bonn (FES, Reihe: Kompass 2020) (auch auf Englisch).

Hein, Wolfgang (2008): Governance and Health, in: Exner, Martin et al. (Hg.): Towards Sustainable Global Health (Source, Nr. 11), Bonn: United Nations University, Institute for Environment and Human Security, S. 86-97.

Hein, Wolfgang (2009): Globale Gesundheitspolitik. Eine „unstrukturierte Pluralität von Akteuren und Konzepten“?, in: Breitmeier, Helmut/Roth, Michèle/Senghaas, Dieter (Hg.): Sektorale Weltordnungspolitik: Effektiv, gerecht und demokratisch?, Eine Welt Band 22 der Stiftung Entwicklung und Frieden, Baden-Baden.



Der GIGA *Focus* ist eine Open-Access-Publikation. Sie kann kostenfrei im Netz gelesen und heruntergeladen werden <www.giga-hamburg.de/giga-focus> und darf gemäß den Bedingungen der *Creative Commons-Lizenz Attribution No-Derivative Works 3.0* <<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/de/deed.en>> frei vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies umfasst insbesondere: korrekte Angabe der Erstveröffentlichung als GIGA *Focus*, keine Bearbeitung oder Kürzung.



Das GIGA German Institute of Global and Area Studies – Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien in Hamburg gibt *Focus*-Reihen zu Afrika, Asien, Lateinamerika, Nahost und zu globalen Fragen heraus, die jeweils monatlich erscheinen. Der GIGA *Focus* Global wird vom GIGA redaktionell gestaltet. Die vertretenen Auffassungen stellen die der Autoren und nicht unbedingt die des Instituts dar. Die Autoren sind für den Inhalt ihrer Beiträge verantwortlich. Irrtümer und Auslassungen bleiben vorbehalten. Das GIGA und die Autoren haften nicht für Richtigkeit und Vollständigkeit oder für Konsequenzen, die sich aus der Nutzung der bereitgestellten Informationen ergeben. Wurde in den Texten für Personen und Funktionen die männliche Form gewählt, ist die weibliche Form stets mitgedacht.

Redaktion: Joachim Betz; Gesamtverantwortlicher der Reihe: Andreas Mehler; Lektorat: Vera Rathje
Kontakt: <giga-focus@giga-hamburg.de>; GIGA, Neuer Jungfernstieg 21, 20354 Hamburg