

### **Weltgesundheits: die Suche nach Effizienz im Labyrinth der Akteure**

Hein, Wolfgang; Kickbusch, Ilona

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., & Kickbusch, I. (2010). *Weltgesundheits: die Suche nach Effizienz im Labyrinth der Akteure*. (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-275112>

#### **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>

## ***Weltgesundheit: die Suche nach Effizienz im Labyrinth der Akteure***

Wolfgang Hein und Ilona Kickbusch

Die Furcht vor Pandemien, die Bedeutung von Gesundheit für die Armutsbekämpfung und viele neue Initiativen haben im vergangenen Jahrzehnt internationale Aufmerksamkeit verstärkt auf die Frage der Weltgesundheit gelenkt. Heute sind diesbezüglich erheblich mehr finanzielle Ressourcen verfügbar und eine hohe Flexibilität bei der Lösung von Problemen ist zu beobachten. Andererseits steht gerade die Akteursvielfalt der Effektivität globaler Gesundheitspolitik entgegen. Die im Jahr 2005 verabschiedete *Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit* (kurz „Pariser Erklärung“) hat auch in diesem Politikfeld einen wichtigen Beitrag geleistet; der koordinierenden Rolle der WHO wird ein wachsender Stellenwert beigemessen. Die Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Mai 2010 wird in dieser Hinsicht von besonderer Bedeutung sein.

### **Analyse**

Eine wachsende Zahl neuer Akteure hat das Politikfeld der *Global Health Governance* (GHG) seit den 1990er Jahren erheblich verändert und zu einer Konzentration auf die Bekämpfung spezifischer Krankheiten geführt. Partnerschaften zwischen Staaten, internationalen Regierungsorganisationen (IGOs) wie der WHO, der pharmazeutischen Industrie, aber auch zivilgesellschaftlichen Organisationen (CSOs) haben geholfen, Konflikte zwischen einer profitorientierten Herstellung von Medikamenten und Gesundheitsbedürfnissen in armen Ländern zu überwinden. Allerdings führten sie zu einem unüberschaubaren Gewirr von Verantwortlichkeiten, während die WHO an Profil verlor. Die Pariser Erklärung hat auch GHG stark beeinflusst.

- Seit dem Jahr 2005 werden wichtige Anstrengungen zur Verbesserung von Koordination und Verantwortlichkeit im Gesundheitsbereich unternommen.
- Initiativen zur Steigerung der Effektivität auf Länderebene haben die Förderung von Gesundheitssystemen wieder stärker in den Mittelpunkt gestellt.
- Die WHO hat zwei bindende Vereinbarungen verabschiedet: Die Tabakrahenkonvention (2003) und die neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005). Dies hat ihre Position in der internationalen Gemeinschaft deutlich verbessert. Mehr Partizipation für nichtstaatliche Akteure durch organisatorische Reformen kann die WHO weiter stärken.
- Der von der WHO verabschiedete „Globale Strategie- und Aktionsplan zu öffentlicher Gesundheit, Innovation und intellektuellen Eigentumsrechten“ erfordert die Mobilisierung enormer Mittel. Vorschläge zur Finanzierung werden im Mai 2010 von der WHA verhandelt.

*Schlagwörter:* Global Health Governance, Gesundheitspartnerschaften, Wirksamkeit in der Entwicklungszusammenarbeit, Gesundheitssysteme, WHO

## 1. Das Konzept *Global Health Governance*

Im Gesundheitssektor war während der 1990er Jahre eine rasche Zunahme von bedeutsamen Akteuren zu beobachten, die *Global Health*<sup>1</sup> stärker als andere Felder von *Global Governance* prägt.<sup>2</sup> Neben einer steigenden Zahl von zivilgesellschaftlichen Organisationen (*Civil Society Organisations*, CSOs) interagieren viele neue Formen von Akteuren und globalen Initiativen (z. B. *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, GFATM) mit nationalen Regierungen und Internationalen Regierungsorganisationen (*Intergovernmental Organisations*, IGOs). Das Konzept *Global Health Governance* (siehe auch GIGA Focus Global Nr. 7/2006) wurde in den akademischen Diskurs eingeführt, um das (durchaus konfliktbeladene) Zusammenspiel von verschiedenen institutionellen Formen und Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen bei der Lösung von Problemen zu charakterisieren. Einige Institutionen wurden speziell gegründet, um IGOs wie die WHO oder die Weltbank zu umgehen, welche als zu bürokratisch und nicht ausreichend ergebnisorientiert beurteilt wurden.

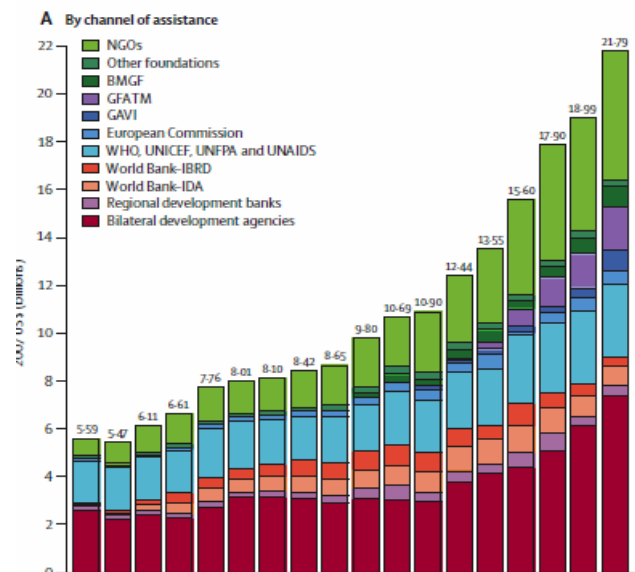
Die Entwicklung von GHG ist die Folge einer tiefgreifenden Beunruhigung in vielen Teilen der Welt über Gesundheitsprobleme, die Bevölkerungen direkt (wie die weltweite Ausbreitung von Krankheiten, u. a. HIV/AIDS und die gefürchteten neuen grippalen Pandemien) oder indirekt (extreme Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung, Verbreitung von gesundheitsgefährdendem Konsumverhalten) betreffen. Die Zunahme von neuen Akteuren im globalen Gesundheitssektor hat nicht nur zusätzliche Expertise und finanzielle Ressourcen mit sich gebracht, sondern auch zu einem größeren Maß an Flexibilität im Umgang mit globalen Gesundheitsproblemen beigetragen.

## 2. Die Bedeutung von Gesundheitspartnerschaften

Unter den neuen institutionellen Formen, die fundamentale Änderungen in der Struktur internationaler Gesundheitspolitik mit sich brachten, spie-

len vor allem „Global Health Partnerships“ (GHPs) eine wichtige Rolle. Durch die Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren – Gesundheitsministerien, internationale Organisationen, pharmazeutische Unternehmen, private Stiftungen und CSOs – in unterschiedlichen Kombinationen, entsprechend den jeweiligen Aufgaben und den sozialen und politischen Bedingungen, wurden flexible Formen der Kooperation möglich. Diese Partnerschaften kombinieren bestimmte, von Regierungen, IGOs oder CSOs ermittelte Bedürfnisse mit den wissenschaftlichen und fachlichen Kapazitäten privater Unternehmen und den finanziellen Ressourcen von Geberländern, internationalen Fonds und privaten Stiftungen.

**Abbildung 1: Entwicklungshilfe für Gesundheit von 1990 bis 2007 nach Herkunft der Hilfeleistung**



Anm.: Im Balkendiagramm sind die Beiträge der einzelnen Geber(gruppen) in derselben Reihenfolge wie in der Legende dargestellt.

Quelle: Ravishankar et al. 2009: 2115.

Während der letzten Jahre sind wichtige Beiträge zur Erforschung vernachlässigter Krankheiten,<sup>3</sup> zur Finanzierung von Gesundheitsmaßnahmen etwa im Kampf gegen HIV/AIDS, von Impfkampagnen und zur Verbesserung des Zugangs zu Medika-

<sup>1</sup> Im englischen Sprachgebrauch umfasst *Global Health* sowohl den globalen Gesundheitszustand als auch die Gesundheitspflege und -politik; der Einfachheit halber wird hier der englische Begriff gebraucht.

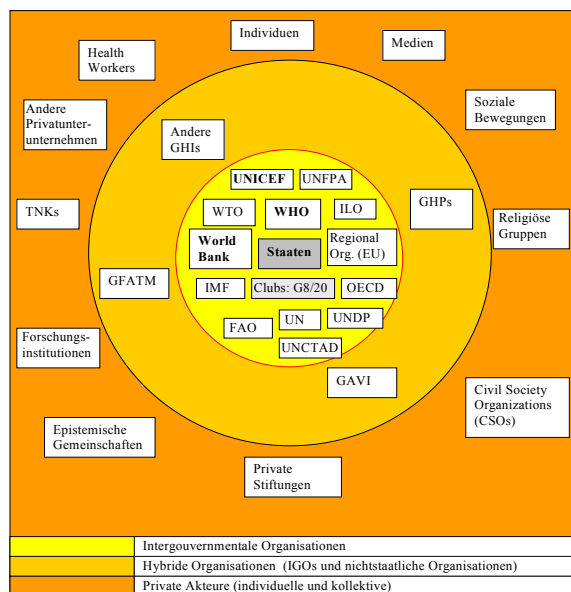
<sup>2</sup> Wir danken Frau Annika Baum für ihre Unterstützung bei der Übersetzung des ursprünglich auf Englisch geschriebenen Textes.

<sup>3</sup> Dabei handelt es sich um Krankheiten, bei denen es – aufgrund der geringen Kaufkraft der Betroffenen – wenig private Anreize zu Investitionen in Forschung und Entwicklung gab.

menten in armen Regionen geleistet worden. Sie führten aber auch zu einer Reihe von Problemen:

(1) Die Tendenz, sich hauptsächlich auf die Kontrolle und die Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten zu konzentrieren (die sog. „Krankheiten der Armen“ in den Entwicklungsländern), hat sich verstärkt. Die GHP-Maßnahmen konzentrierten sich meist auf die Bekämpfung spezieller Krankheiten, also die Identifikation von Krankheitserregern, die medizinische Forschung, die Entwicklung von Medikamenten und den Zugang zu medizinischer Behandlung. Im Vergleich zu solchen vertikalen Ansätzen wurden horizontale Maßnahmen wie die Verbesserung nationaler Gesundheitssysteme und der medizinischen Grundversorgung eher vernachlässigt.

**Abbildung 2: Akteure im globalen Gesundheitssystem**



Anm.: Abkürzungen (außer bekannten UN-Organisationen): GHIs: Global Health Initiatives; TNKs: Transnationale Konzerne; GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization; UNFPA: United Nations Population Fund.

Quelle: Eigene Darstellung.

(2) Es gab eine zunehmende Kritik an der fehlenden Legitimität und Verantwortlichkeit nicht-staatlicher GHG-Akteure. Große zivilgesellschaftliche Organisationen, GHPs und finanziell starke Stiftungen (wie die Bill and Melinda Gates Foundation) beeinflussen die Orientierung weltweiter Gesundheitspolitik, ohne den Menschen gegenü-

ber rechenschaftspflichtig zu sein, die sie mit ihren Maßnahmen beeinflussen. IGOs dagegen leiden zwar unter Legitimitätsproblemen, sind aber zweifellos Leitungsorganen gegenüber verantwortlich, durch die wiederum souveräne Staaten repräsentiert werden.

(3) Internationale Kooperation wird komplexer. Regierungen armer Länder erhalten Hilfe von einer wachsenden Zahl von Organisationen, was es ihnen erschwert, konsequente nationale Strategien zur Entwicklung ihrer Gesundheitssysteme zu verfolgen.

### 3. Die Paris-Deklaration und ihr Einfluss auf den Gesundheitssektor

Nach der Verabschiedung der *Millennium Development Goals* (MDGs)<sup>4</sup> im Jahr 2000 organisierten OECD und Weltbank eine internationale Diskussion über die Effektivität der Entwicklungshilfe. Die Kooperation mit einer Vielfalt von inter- bzw. transnationalen Akteuren, die jeweils unterschiedliche Anforderungen an die Partner stellen, hat die Steuerungskapazitäten der betroffenen Regierungen eher reduziert. Besonders in den ärmsten Ländern erscheint es schwierig, die Millenniumsziele ohne eine durchgehende Reform internationaler Kooperation zu erreichen.

Die Internationale Konferenz zu Finanzierung von Entwicklung in Monterrey/Mexiko (2002) ebnete den Weg für einen Verhandlungsprozess, der zur *Paris-Declaration on Aid-Effectiveness* (2005) führte. In der Erklärung werden fünf zentrale Ziele für die Stärkung der Effektivität von Hilfsleistungen formuliert: Eigenverantwortung (*Ownership*), Harmonisierung, Ausrichtung (der Geberpolitik an die Ziele der Empfänger), Ergebnisorientierung und gegenseitige Verantwortlichkeit. Geberländer sollen ihre Hilfe koordinieren und harmonisieren, um die nationalen Entwicklungsstrategien ihrer Partner effektiv zu unterstützen, die sich wiederum an international abgestimmten Konzepten von *Good Governance* orientieren.

Durch die explizite Verknüpfung des Problems der Akteursvielfalt auf der Geberseite mit dem Ziel der Effektivität und Rechenschaftspflicht

<sup>4</sup> Die MDGs wurden auf der Basis von Aktionsplänen der verschiedenen Weltkonferenzen der 1990er Jahre formuliert, u. a. der *Rio Deklaration zu Umwelt- und Entwicklung* (1992) und der *Kopenhagen Erklärung des Weltgipfels für soziale Entwicklung* (1995).

von Hilfsmaßnahmen greift die Pariser Erklärung die zentralen Probleme von GHG auf. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass im Vorbereitungsprozess auf die Nachfolgeveranstaltung zur Pariser Konferenz, dem *Accra High Level Forum on Aid Effectiveness* (Ghana 2008), die WHO, die Weltbank und die OECD vorschlugen, Global Health als Indikator zu nutzen, um Fortschritte bei der Umsetzung der Paris Deklaration zu verfolgen. Es wurde betont, dass „die Effektivität der Hilfeleistungen im Gesundheitssektor eine besondere Herausforderung ist. Wie in anderen Feldern sind Schwierigkeiten ein Ergebnis sowohl der Ineffektivität in der Architektur der weltweiten Hilfe als auch schlechter Politik in armen Ländern, jedoch werden die Probleme im Gesundheitsbereich durch die inhärenten Komplexitäten des Sektors verstärkt“ (<http://www.oecd.org/dataoecd/14/37/42254322.pdf>) (Aufruf: 27.04.2010)).

Die *Paris-Accra-Agenda* umfasst Global Health in allen Bereichen, welche eine Koordination auf Länderebene verlangen. Das schließt auch vertikale Programme ein, wenn die nationale und lokale Koordination wichtig ist. In diesem Zusammenhang fördert UNAIDS verschiedene Koordinationsmaßnahmen, von denen das Konzept der *Three Ones* (2004) das wichtigste darstellt. Für jedes Land ist *ein* abgestimmtes HIV/AIDS-Aktionsprogramm zur Koordinierung der Arbeit aller Partner, *eine* nationale AIDS-Koordinationsstelle und *ein* abgestimmtes Monitoring- und Evaluierungssystem (WB und WHO 2006: 15) zu entwickeln. Daran anschließend wurde im Jahr 2007 ein von UNAIDS und der Weltbank erstelltes *Country Harmonization and Alignment Tool* (CHAT) präsentiert.

#### 4. Gesundheitssysteme und medizinische Grundversorgung

Gesundheit hat in den Millenniumszielen einen hohen Stellenwert. Die gesundheitsbezogenen Ziele (Bekämpfung von Infektionskrankheiten und Kindersterblichkeit, Müttergesundheit, Zugang zu Medikamenten) knüpften am in den 1990er Jahren dominanten vertikalen Fokus an. Dies führte nicht nur zur Vernachlässigung von koordinierter Hilfe zur Entwicklung nationaler Gesundheitssysteme, sondern auch von horizontalen Ansätzen zur Unterstützung marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Infolgedessen führte der langsame

Fortschritt vieler Gesundheitsindikatoren (trotz des drastischen Anstiegs internationaler Ressourcen) zu einer Rückbesinnung auf die Notwendigkeit der Verbesserung von Gesundheitssystemen, besonders der Grundversorgung (*Primary Health Care*).

Das *High Level Forum on the Health MDGs* (WB und WHO 2006) hielt drei Treffen in den Jahren 2004 und 2005 ab. „Hilfe im Gesundheitsbereich auf eine höhere Stufe bringen“ war das Hauptziel, welches eine bessere Koordination zwischen GHPs, der Finanzierung des Gesundheitssektors und konkreten Strategien der Entwicklung von Gesundheitssystemen in armen Ländern beinhaltete. „Best practice-Prinzipien für GHPs“ forderten eine Orientierung an der Paris-Deklaration und ein jährliches problemorientiertes Forum, das durch einen intensivierten informellen Informationsaustausch zwischen den fünf bis sechs großen GHPs ergänzt werden soll. Die mangelnde Ausrichtung der Gesundheitsfinanzierung an den Prioritäten der betreffenden Regierungen (50 Prozent der Mittel waren bisher für spezifische Krankheiten oder Programme reserviert), der Mangel an Langzeitunterstützung und die wechselhafte Finanzierung wurden kritisiert.

Eine Folge des Forums war die *Scaling Up for Better Health (IHP+-Initiative)*, an der die wichtigsten Gesundheitsfinanzierer beteiligt sind. Die Lenkungsgruppe des IHP+-Prozess bringt acht wichtige Akteure zusammen, nämlich die im Gesundheitssektor aktiven IGOs und die größten globalen Gesundheitsinitiativen (WHO, World Bank, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, GAVI, GFATM, die Bill and Melinda Gates Foundation). Diese Gruppe hat die Aufgabe, die Koordination der verschiedenen Initiativen zu gewährleisten, an denen die acht Organisationen beteiligt sind (*International Health Partnership, Catalytic Initiative to Save a Million Lives; Global Campaign for the Health MDGs und Providing for Health*). Die IHP+-Initiative richtet sich primär auf die gesundheitsbezogenen Millenniumsziele, wobei eine koordinierte Mobilisierung aller Akteure – staatlicher und nicht-staatlicher – im Mittelpunkt steht. Auch jenseits von IHP+ hat diese Gruppe inzwischen unter dem Namen „Health 8“ an Bedeutung für die Koordination von GHG gewonnen.

Das Konzept der *Primary Health Care* (PHC – Primäre Gesundheitsversorgung) wurde ursprünglich von der WHO entwickelt und auf der *Alma-Ata-Konferenz* zur Primären Gesundheitsversor-

gung im Jahr 1978 als Grundlage für eine umfassende Gesundheitspolitik angenommen. Die Basisgesundheitsversorgung auf der lokalen Ebene wurde als das Kernelement zur Umsetzung des Ziels „Gesundheit für Alle“ angesehen. Dieses Konzept stand ursprünglich im Kontext der Forderung nach einer „Neuen Internationalen Wirtschaftsordnung“. Die Bedeutung der aktiven Beteiligung sowohl der lokalen Bevölkerung als auch von NGOs für die Basisgesundheit wurde besonders in Afrika hervorgehoben. Bereits in den 1980er Jahren wurde die Umsetzung des Konzeptes jedoch durch eine Vielzahl von Faktoren beeinträchtigt. Dazu gehörte die Politik des Washington-Konsens verbunden mit einer fehlenden langfristigen politischen und finanziellen Unterstützung und einer Umorientierung zu einer vertikalen Strategie internationaler Gesundheitspolitik. Erst im Rahmen der Diskussion über die Millenniumsziele und die Effektivität von Entwicklungshilfe wurde der Primären Gesundheitsversorgung wieder größere Aufmerksamkeit geschenkt.

Welche Rolle sollten nichtstaatliche Akteure bei der Stärkung der Gesundheitsversorgung in armen Ländern spielen? Auf einem Expertentreffen zur Rolle von GHPs in Niedriglohnländern (Berlin 21.9.2009) führte der Beitrag des privaten Sektors zu Gesundheitssystemen in diesen Ländern zu einer scharfen Kontroverse. Zivilgesellschaftliche Organisationen wie *Oxfam* kritisieren dort den „Mythos über private Gesundheitsversorgung in armen Ländern“ als „blinden Optimismus“. Der hohe Anteil privater Akteure an der gesamten Gesundheitsversorgung stelle in vielen armen Ländern eine Konsequenz staatlichen Versagens dar.

Nach Daten aus Indien leistet dort der private Sektor 82 Prozent der ambulanten Versorgung, doch 50 Prozent der Frauen erhalten keinerlei medizinische Versorgung bei der Geburt. 73 Prozent der privaten Leistungserbringer in Malawi sind einfache Läden, die ein paar Arzneimittel verkaufen, während 15 Prozent traditionelle Heiler sind. Der Ausbau öffentlicher Kapazitäten sei daher für die Versorgung der Armen effektiver als private Investitionen.

Andere Experten betonen, dass es für staatlich gelenkte Gesundheitsprogramme nicht entscheidend sei, ob ein Krankenhaus öffentlich oder privat geführt werde. Vielmehr müssten knappe öffentliche Gelder dort eingesetzt werden, wo es

schwierig sein könnte, private Investoren zu finden, z. B. für die Ausbildung von Gesundheitspersonal. Qualität stehe in enger Beziehung zu einer angemessenen Regulierung des Gesundheitssystems, was grundsätzlich eine Aufgabe des Staates sei. Übereinstimmung herrschte darüber, dass die Rolle des privaten Sektors in Partnerschaften über das bisher bestehende Angebot spezifischer Dienstleistungen, die Partizipation in der Produktentwicklung und in der Förderung des Zugangs zu Medikamenten hinausgehen sollte. Ein verstärktes Engagement in der Gesundheitsfinanzierung, dem Aufbau von Versicherungssystemen und der Ausbildung von Gesundheitspersonal sei notwendig.

## 5. Die Rolle der WHO

Es gibt inzwischen einen breiten Konsens darüber, dass mehr Koordination zwischen den GHG-Akteuren nötig ist und dass die Reaktionen auf die Pariser Erklärung lediglich einen begrenzten Problembereich, nämlich die Entwicklungskooperation, widerspiegeln. Es besteht ein Bedarf an Gesundheitsdiplomatie im Sinne eines verbindlichen Ausgleichs zwischen konfligierenden Interessen und Konzepten durch Verhandlungen und Kompromisse. Die WHO wurde im Jahr 1948 gegründet, um „als leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens“ zu agieren (WHO Verfassung, Art. 2a). Die WHO soll „eine wirksame Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen, den Spezialorganisationen, den staatlichen Gesundheitsämtern, den Fachkreisen und weiteren in Frage kommenden Organisationen“ schaffen und unterhalten (Art. 2b). Befinden wir uns nun in einem Prozess, der die kritischen Positionen vieler Industrieländer, aber auch von CSOs gegenüber der WHO überwinden und die ihr eigentlich zugeordnete Rolle in einem veränderten Umfeld wiederbeleben könnte?

Die WHO wurde als eine interstaatliche Organisation mit drei Organen ausgestattet: der Versammlung (*World Health Assembly*), dem Exekutivrat und dem Sekretariat. Ursprünglich sollte der Exekutivrat zwar eine geografisch ausgewogene Zusammensetzung haben, aber aus „Persönlichkeiten mit Fachkenntnissen im Gesundheitswesen“ bestehen (Art. 24). Seine Mitglieder sollten ihre „Macht im Sinne der gesamten Konferenz (WHA) ausüben, nicht ihre jeweilige Regierung

repräsentieren“ (Kickbusch, Hein und Silberschmidt 2010). Dies wurde in den späten 1990er Jahren geändert, sodass Mitglieder des Exekutivrats nun auch ihr Land repräsentieren. WHO-Verhandlungen waren meist von Koalitionen und Bündnisprozessen unter Nationen und damit auch durch periodische Bestrebungen mächtiger Länder, die Autonomie der WHO zu beschränken, gekennzeichnet. Dies führte gelegentlich fast zu ihrer Lähmung. Diese Probleme stellten einen Anreiz für neue Akteure dar, ihre Ziele eigenständig oder durch Vereinbarungen mit anderen außerhalb der WHO zu suchen.

Es waren aber auch die Staaten selbst, die zu einer Schwächung der Organisation beitrugen, besonders die USA durch den sog. *United Nations Reform Act (Helms-Biden Act)*, einem Gesetz aus dem Jahr 1999, das eine Reihe von Bedingungen zur Reform des UN-Systems setzte, bevor die USA ihre Beitragsrückstände an die UN begleichen würden. Dies führte zum Prinzip des Nullwachstums des ordentlichen WHO-Budgets und zwang die Organisation in die Abhängigkeit von außerordentlichen Budgetmitteln. Damit musste die WHO in einen Wettbewerb um finanzielle Ressourcen mit anderen Institutionen, NGOs und selbst Staaten eintreten. Da diese Mittel an bestimmte Aktivitäten gebunden sind, besteht das Risiko, dass die zentrale Rolle der WHO „als ein glaubwürdiger neutraler Vermittler zwischen wissenschaftlichen und fachlichen Gemeinschaften einerseits und den Regierungen der Entwicklungsländer andererseits, untergraben wird“ (Ravishankar et al. 2009).

Trotz dieser Probleme hat die WHO in den letzten Jahren ihre Rolle wieder stärken können. Sie übernahm zunehmend eine aktivere Rolle in der globalen Gesundheitsdiplomatie. Dies geschah besonders durch die erfolgreichen Verhandlungen zweier internationaler Übereinkommen, der Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle und den neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften, die eine entscheidende Rolle bei der Kontrolle von SARS, der Vogelgrippe und der „Schweinegrippe“ spielten (Pandemic Influenza, H1N1; siehe: GIGA Focus Global 3/2009).

Mit hochrangigen Experten besetzte Kommissionen haben die Aufgabe, breite Diskurse zu wichtigen globalen Problemen anzuregen, die eine Grundlage für internationale Verhandlungen im entsprechenden Politikfeld schaffen sollen, wie z. B. die *Brundtland Kommission (World Commission*

*on Environment and Development)* oder die *Commission on Global Governance*. Seit der Jahrtausendwende wurden drei solcher Kommissionen von der WHO eingesetzt: Die *Kommission zu Makroökonomie und Gesundheit (CMH)*, die *Kommission zu intellektuellen Eigentumsrechten, Innovation und Public Health (CIPIH)* und die *Kommission zu den sozialen Determinanten von Gesundheit (CSDH)*.

Diese Kommissionen erwiesen sich als wichtige politische Instrumente, die umfassende Diskurse zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher GHG-Akteure – z. T. mit gegensätzlichen Interessen – ermöglichten und Empfehlungen erarbeiteten, die auch jenseits der typischen „WHO-Öffentlichkeit“ zur Kenntnis genommen wurden. Damit wurde zugleich eine breite Grundlage für weitergehende politische Prozesse geschaffen, die den Bereich der Gesundheitsdiplomatie und der Kompetenzen der WHA direkt betreffen.

Nach der Veröffentlichung des Berichts der CIPIH bestand ein breiter Konsens, dass angesichts der Konflikte zwischen der Internationalisierung intellektueller Eigentumsrechte und der Versorgung mit Medikamenten in armen Ländern Veränderungen im globalen Innovationssystem notwendig seien. Daher wurde im Rahmen der WHO eine zwischenstaatliche Arbeitsgruppe zu Public Health, Innovation und Intellektuellem Eigentum gebildet. Offen für alle interessierten Mitgliedsstaaten und unter Einbezug zivilgesellschaftlicher Akteure sollte diese Gruppe ein mittelfristiges Rahmenprogramm erarbeiten, um eine nachhaltige Grundlage für eine bedürfnisorientierte und auf vor allem in Entwicklungsländern verbreitete Krankheiten bezogene Forschung und Entwicklung zu ermöglichen. Die globale Strategie und Teile des Aktionsplans wurden im Jahr 2008 von der WHA verabschiedet (WHA 61.21). In Vorbereitung zur WHA 2010 wird zurzeit über ein Konzept zur Finanzierung des Aktionsplans verhandelt. Die damit betraute *WHO Expert Working Group on R&D Financing* schätzt, dass bis zum Jahr 2015 jährlich 7,4 Mrd. USD notwendig sein werden, um das bereits verabschiedete Programm zu finanzieren – ein Ziel, das nicht einfach zu erreichen sein wird.

## 6. Ausblick: Vorschläge zur Reform der WHA

Die WHO hat aufgrund ihrer Verfassung die Verantwortung, öffentliche Interessen in Auseinan-

dersetzungen um die Weltgesundheit zu schützen. Keinem anderen Koordinationsmechanismus in Global Health obliegt in vergleichbarer Weise dieselbe Verpflichtung, öffentliche Interessen zu vertreten und in umfassend transparenter Art und Weise zu handeln. Der Völkerrechtler Lawrence O. Gostin schlägt vor, dass die WHO ihre Kompetenz, internationale Verträge auszuhandeln, konsequenter nutzt und eine *Framework Convention on Global Health* ausarbeitet, die alle wichtigen Akteure (Staaten wie nichtstaatliche Institutionen) in die Politiken zur Kapazitätsbildung, Prioritätensetzung, Koordination und Monitoring einbindet. Er geht davon aus, dass das Bestreben globaler Gesundheitspolitik sich mehr den grundlegenden Überlebensbedürfnissen zuwenden müsse, was einen koordinierten politischen und finanziellen Einsatz aller relevanten Akteure verlange (Gostin 2007).

Ein zweiter Vorschlag setzt auf die zentrale Bedeutung der WHA (Kickbusch, Hein und Silberschmidt 2010). Für einen produktiven Koordinationsprozess, der zu einer „Harmonisierung konfliktiver Strategien“ führe, müsse die WHO stärker Prozesse nutzen, die eine kontinuierliche Interaktion zwischen grundsätzlich allen betroffenen Akteuren erlaube und an den jeweils existierenden Knotenpunkten der Kommunikation über die Definition von Problemen und unterschiedlichen Problemlösungskonzepten in den jeweils relevanten Politikbereichen ansetzen.

Im Sinne einer möglichst effektiven Koordination von GHG werden die Möglichkeiten der WHO-Verfassung noch nicht vollständig genutzt. Die WHA stellt nicht nur die Versammlung der Delegierten der Mitgliedsstaaten dar, sondern auch die Schnittstelle, an der sich diese Delegierten mit den Vertretern vieler anderer GHG-Akteure treffen. Unabhängig von der formalen Agenda der WHA finden viele formelle und informelle Treffen statt, wobei NGOs oder Vertreter des privaten Sektors Einfluss ausüben, Kompromisse gefunden und Vereinbarungen getroffen werden – im Sinne einer neuen „polylateralen Diplomatie“ (Wiseman 1999: note 10). Als die einzige legitimierte supranationale Autorität in Gesundheitsfragen ist die WHO das entsprechende Vehikel, um zentralisierte Koordinationsmechanismen zu beherbergen, die alle präsenten GHG-Akteure für den Entwurf harmonisierter Agenden und Entscheidungsstrategien an einen Tisch bringt. Daher wurde empfohlen, in der WHA ein *Committee C*

zu etablieren, das zusätzlich zu Repräsentanten der Mitgliedsstaaten eine aktive Partizipation anderer internationaler Organisationen, philanthropischer Organisationen, multinationaler Gesundheitsinitiativen und Repräsentanten der wichtigsten zivilgesellschaftlichen Gruppen, v. a. derjenigen, welche die verwundbarsten Bevölkerungsgruppen repräsentieren, ermöglicht.

Das geforderte „Komitee C“ würde den wichtigsten Global Health Initiatives (GHIs) und anderen GHG-Akteuren ein Forum zur Präsentation ihrer Pläne und Ziele zur Verfügung stellen sowie ermöglichen, diese mit den Vertretern der Mitgliedsstaaten zu erörtern. Wie die anderen Komitees könnte auch das „Komitee C“ Beschlüsse fassen und wäre dabei im Hinblick auf Prozeduren und die Implementierung an Regeln gebunden, die für alle Beteiligten in gleicher Weise gelten. Es wird erwartet, dass dieses Konzept im Rahmen der WHA 2010 von einigen Mitgliedsländern in die Diskussion eingebracht wird.

## Literatur

- Gostin, Lawrence O. (2007), A Proposal for a Framework Convention on Global Health, in: *Journal of International Economic Law*, 10.4.
- Kickbusch, Ilona, Wolfgang Hein und Gaudenz Silberschmidt (2010), Addressing global health governance challenges through a new mechanism: the proposal for a Committee C of the World Health Assembly, in: *Journal of Law, Medicine & Ethics*, im Erscheinen.
- Ravishankar et al. (2009), Financing of global health: tracking development assistance from 1990 to 2007, in: *Lancet*, 373, June 20, 2113-2124.
- WB und WHO siehe World Bank und World Health Organization
- Wiseman, V. (1999), Culture, Self-Rated Health and Resource Allocation Decision-Making, in: *Health Care Analysis*, 7, 207-223.
- World Bank und World Health Organization (2006), *Aid effectiveness in Health* (Contribution to the Global Forum on Development: Pre-meeting on Aid Effectiveness in Health, 4 Dec 2006), online: <<http://www.oecd.org/dataoecd/53/50/37705728.pdf>> (Aufruf: 27.04.2010).



## ■ Die Autoren

Prof. Dr. Wolfgang Hein ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am GIGA Institut für Lateinamerika-Studien und Leiter des Forschungsteams „Sektorale Global Governance und Normbildung“.

E-Mail: <hein@giga-hamburg.de>; website: <<http://staff.en/giga-hamburg.de/hein>>

Prof. Dr. Ilona Kickbusch ist Direktorin des Global Health Programme am *Graduate Institute for International and Development Studies*, Genf, und berät internationale Organisationen in Fragen von Global Health.

E-Mail: <kickbusch@bluewin.ch>

## ■ GIGA-Forschung zum Thema

Am GIGA besteht im Rahmen des Forschungsteams „Sektorale Global Governance und Normbildung“ 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 „Primary Health Care as a systemic approach to improve health service provision in Africa“ in Vorbereitung. Weiterhin war das GIGA an einem im Oktober 2009 abgeschlossenen EU-Projekt zum Thema „Ethical Governance of Biological and Biomedical Research: Chinese European Cooperation“ (Ole Döring) beteiligt.

## ■ GIGA-Publikationen zum Thema

Buse, Kent, Wolfgang Hein und Nick Drager (Hrsg.) (2009), *Making Sense of Global Health Governance: A policy perspective*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Döring, Ole und Christian Steineck (Hrsg.) (2008), *Kultur und Bioethik. Eigentum am eigenen Körper*, Baden-Baden: Nomos.

Hein, Wolfgang, Sonja Bartsch und Lars Kohlmorgen (Hrsg.) (2007), *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

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

Hein, Wolfgang (2009), Globale Gesundheitspolitik. Eine „unstrukturierte Pluralität von Akteuren und Konzepten?“, in: Breitmeier, Helmut, Michèle Roth und Dieter Senghaas (Hrsg.), *Sektorale Weltordnungspolitik: Effektiv, gerecht und demokratisch?*, Eine Welt, Bd. 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 unter <[www.giga-hamburg.de/giga-focus](http://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: Andreas Mehler; Gesamtverantwortliche der Reihe: Hanspeter Mattes und André Bank; Lektorat: Silvia Bücke/Ch. Berg; Kontakt: <[giga-focus@giga-hamburg.de](mailto:giga-focus@giga-hamburg.de)>; GIGA, Neuer Jungfernstieg 21, 20354 Hamburg