

Global Health, COVID-19 und die Folgen

Die als „Globalisierung“ bezeichnete zunehmende weltwirtschaftliche Verflechtung hat unübersehbare Auswirkungen auch auf die Gesundheit von Bevölkerungen, auf Gesundheitssysteme und auf die Gesundheitspolitik. Dazu tragen globalisierte Produktions- und Handelsstrukturen sowie Konsummuster (u.a. globale Märkte für Pharma- und Medizinprodukte) und internationale Kommunikationstechniken ebenso bei wie die beschleunigte Verbreitung von Infektionserkrankungen und resistenten Krankheitserregern, die steigende Mobilität (u.a. von Gesundheitsfachkräften), internationale Forschungszusammenarbeit, Auseinandersetzungen um Normen (u.a. Gesundheit als Menschenrecht) sowie insbesondere der Klimawandel. Hinzu kommen die Auswirkungen internationaler Regulierungen bzw. „Governance-Strukturen“.

„Global Health“ und „Global Health Governance“

Was bedeutet eigentlich „Global Health“ (GH) und „Global Health Governance“ (GHG)? GH, zu Deutsch globale Gesundheit, befasst sich mit lokalen, nationalen und internationalen Gesundheitsproblemen und betrachtet dabei in erster Linie die krankmachenden und gesunderhaltenden Bedingungen, die so genannten nicht-medizinischen Determinanten von Gesundheit, sowie auch Fragen des öffentlich organisierten Zugangs zu Leistungen der medizinischen Versorgung einschließlich Impfungen. Üblicherweise ist GH mit dem Anspruch verbunden, die Gesundheit der Weltbevölkerung zu verbessern und weltweite gesundheitliche Herausforderungen kooperativ zu bewältigen. GHG beschreibt in der Fachdiskussion die Interaktion der beteiligten Akteure (Länder, internationale Gesundheitsinstitutionen, Konzerne, NGOs usw.) sowie die Auseinandersetzung um die Festlegung und Durchsetzung der entsprechenden Ziele und Strategien (vgl. Kickbusch/Gleicher 2012: 90).

Weltweit war in den letzten Jahrzehnten bei teils ausgeprägten regionalen Unterschieden insgesamt eine Verbesserung der Gesundheit der Menschen zu beobachten. Die Lebenserwartung ist in den meisten Ländern gestiegen, die Sterblichkeit in allen Altersgruppen zurückgegangen, in Niedrigeinkommensländern insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Die in guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit hat sich indes deutlich weniger verlängert. Der gesundheitspolitische Handlungsbedarf hat sich damit zwar verändert, aber keineswegs verringert (vgl. Besnier/Eikemo 2019).

Fortschritte gab es im Wesentlichen bei der Bekämpfung und Behandlung einiger übertragbarer Krankheiten. Allerdings stellen alte und neue Erreger sowie Resistenzen (z.B. gegenüber Antibiotika) wachsende Herausforderungen dar. Bei nichtübertragbaren Krankheiten ging die Sterblichkeit zurück, dafür nahmen aber die Krankheitslast durch chronische Erkrankungen sowie die Belastung durch Risikofaktoren wie Arbeitsstress, ungesunde Essgewohnheiten, Umweltverschmut-

zung oder Marginalisierung zu (vgl. Besnier/Eikmo 2019). Diese Entwicklung erfordert zweifelsohne angemessene präventive Maßnahmen und medizinische Versorgung sowie Medikamente in Sinne des „biomedizinisch-technischen Paradigmas“. Mindestens ebenso bedeutsam für globale Gesundheitspolitik sind aber die sozialen Determinanten von Gesundheit(sungleichheiten) wie Armut, Ernährung, Arbeits- und Lebensverhältnisse usw. Denn nur mit verhältnispräventiven Ansätzen im Sinne des sozial-politischen Paradigmas lassen sich die Risikofaktoren für chronische, nicht-übertragbare Erkrankungen verringern und zugleich die Bedrohungen durch Infektionen zurückdrängen.

Die Strukturen der internationalen Gesundheitspolitik haben sich seit dem Ende des Kalten Krieges sehr dynamisch entwickelt. GH erlangte zunehmende Bedeutung auf der internationalen politischen Bühne; gleichzeitig traten immer mehr Akteure wie international agierende Stiftungen, NGO's und Wirtschaftsunternehmen auf den Plan, und die finanziellen Ressourcen stiegen beachtlich.¹ Diese dynamische Entwicklung ist bis heute von Konflikten und Widersprüchen geprägt. Wenn Kickbusch/Liu (2019: 95) vor der COVID-19-Pandemie davon ausgingen, dass in Zukunft sowohl das biomedizinische Paradigma (dank medizinischer Innovationen und Digitalisierung) als auch das sozial-politische Paradigma (wegen der wachsenden Kritik an zunehmenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten sowie an neoliberalen Konzepten) an Bedeutung gewinnen würden, lässt sich die Zukunft der beiden Paradigmen nur als Ergebnis von politischen Konflikten und Machtverhältnissen begreifen (vgl. die Beiträge in McInnes u.a. 2019 und v.a. McInnes 2020).

GHG von den 1990er Jahren bis 2019

Die wesentlichen Entwicklungen von GHG lassen sich vereinfachend in wenigen Punkten zusammenfassen (vgl. Kickbusch/Liu 2019). Nach dem Ende des Kalten Krieges entstand in den Jahren 1998-2018 eine „neue Governance-Ordnung“, charakterisiert durch drei Entwicklungen: *Erstens* die stärkere Ausrichtung einer von der Unterscheidung in Geber- und Nehmerländer geprägten Entwicklungspolitik auf eine zumindest dem Anspruch nach partnerschaftliche Zusammenarbeit; *zweitens* die Überwindung der Begrenztheit des biomedizinischen, krankheitsorientierten Paradigmas mit Hilfe der „Millennium Development Goals“² und der „Ziele

¹ Held u.a. (2019: 164 u. 171) heben hervor, dass es trotz Multipolarität in den internationalen Beziehungen, politikfeldüberschreitender Komplexität, Fragmentierungen eines „zunehmend verdichteten institutionelles Ökosystem, das für viele Jahre versäumten, wirksame Koordinierungsmechanismen zu schaffen“ (ebd.; eig. Üb.) und einer geschwächten WHO gelang, GHG-Strukturen mit für GH positiven Auswirkungen zu verändern. Möglich sei dies geworden durch a) Organisationslernen und „active feedback loops“, b) die Entwicklung eines polyzentrischen Systems mit hybriden Koalitionen, neuen Organisation(form)en, Programmen und Koordinationsmechanismen, sowie c) eine Revitalisierung politischer Führung durch die WHO (ebd.: 172).

² Ergebnis des UN-Gipfeltreffens 2000. Zu den dort beschlossenen „Millenniumsentwicklungszielen“ wie Reduzierung von Armut, Förderung von Bildung, Gleichstellung der Geschlechter, Verringerung der Kindersterblichkeit usw. vgl. <https://www.bmz.de/de/service/glossar/M/millenniumsentwicklungsziele.html>.

für nachhaltige Entwicklung³, und *drittens* der Bedeutungsgewinn der Themen universelle Absicherung im Krankheitsfall, antimikrobielle Resistenzen, Klimawandel und Förderung von Humankapital auf der politischen Agenda (vgl. ebd., 93).

Gleichzeitig setzten sich neoliberale Konzepte auch in GHG durch, und die Bekämpfung von Infektionskrankheiten erfuhr verstärkte politische Aufmerksamkeit. Neue zwischenstaatliche und private Akteure betraten die Bühne, u.a. UNAIDS, die Bill & Melinda Gates Foundation, der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria und die mit Mitteln der Gates Stiftung ins Leben gerufene Global Alliance for Vaccines and Immunization (Gavi). Es entstanden neue „multistakeholder partnerships“. Vertikale Programme zur zielgerichteten Bekämpfung ausgewählter Krankheiten und das biomedizinische Verständnis von globaler Gesundheit dominierten GH (ebd.: 86f.).

Das Nebeneinander der beiden handlungsleitenden Paradigmen fand in den Jahren 2008-2018 seine Fortsetzung. Einerseits nahmen in Folge der durch die Finanzmarktkrise verschärfte Kritik an den gesundheitlichen Auswirkungen wirtschaftsliberal bestimmter Politik staatliche Interventionen wieder zu; neoliberale makroökonomische Konzepte gerieten ins Abseits (ebd.: 90). Die ökonomischen und sozialen Verwerfungen erhöhten das Interesse an sozialen Determinanten von Gesundheit, an Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Das wurde z.B. deutlich am Bericht der 2005 von der WHO eingesetzten „Commission on Social Determinants of Health“ (2008) und an den 2015 von den UNO-Mitgliedstaaten verabschiedeten 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (ebd.). Zugleich blieb das Bemühen um die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in dieser Zeit unverändert und nahm mit dem Ebola-Ausbruch 2014 zu (Kickbusch/Liu 2019: 90 ff.). Ein großer Teil der verfügbaren Ressourcen floss weiterhin in „vertikale“, krankheitsspezifische Programme, deren (ökonomische) Effektivität messbar ist.

Mit dem COVID-Ausbruch tritt die Auseinandersetzung über die richtige Kombination der beiden Paradigmen in eine neue Phase. Allen anders lautenden Absichten und Erklärungen zum Trotz (z.B. BMG 2013) brachte die Pandemie erneut die Dominanz des biomedizinischen Paradigmas zum Vorschein. Der politische Umgang mit COVID-19 droht die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit, die sich auch auf Ansteckungswahrscheinlichkeiten und Krankheitsverläufe auswirken, ebenso zu verdrängen wie die sozial ungleichen Auswirkungen von „Kollateralschäden“ gesundheitspolitischer Interventionen, die Belastungen durch andere Infektionserkrankungen sowie den wachsenden Handlungsbedarf im Zusammenhang mit nicht-übertragbaren Erkrankungen (vgl. Horton 2020; Holst 2020a).

³ Siehe dazu die Webpage des Regionalen Informationszentrums der Vereinten Nationen (UN-
RIC): <https://unric.org/de/17ziele/>.

Konkurrierende Paradigmen als Ausdruck politischer Konflikte

Die Auseinandersetzung über die Gewichtung der beiden Paradigmen ist im Zusammenhang mit tieferliegenden politischen Konfliktlinien zu sehen, die Fragen der Gesundheitspolitik im Allgemeinen betreffen. Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieb Salomon Neumann die „medizinische Wissenschaft“ als eine „in ihrem innersten Kern und Wesen [...] sociale Wissenschaft“ (Neumann 1847: 64 f.). In Anlehnung daran prägte Rudolf Virchow den Satz, dass „[d]ie Medizin [...] eine soziale Wissenschaft, und die Politik [...] nichts weiter als Medizin im Großen“ ist (Andree 2002: 65). Für Virchow verband sich die Forderung nach Reformen mit der Kritik an der bestehenden Politik bzw. den bestehenden politischen Verhältnissen. Im Gegensatz dazu war Politik als „Medizin im Großen“ zur damaligen Zeit allerdings primär an volkswirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, militärischer Stärke und politischem Machterhalt ausgerichtet, das heißt ausschließlich auf den Nationalstaat bezogen.

Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten stand letztlich schon seit der Kolonialzeit insbesondere dann im Mittelpunkt, wenn die Gesundheit der Eliten bedroht war. Dem stellte die im Zuge der Industrialisierung erstarkende Arbeiterbewegung zunehmend Forderungen nach körperlicher Unversehrtheit insbesondere im Rahmen der Berufsausübung, Forderungen nach staatlicher Daseinsvorsorge und nach sozialer Sicherheit als Ausdruck gesellschaftlicher Solidarität, als Grundlage gesellschaftlicher Teilhabe und Voraussetzung für die Entwicklung des Einzelnen gegenüber.

Ähnliche Konflikte prägten auch International Health (IH). Ab Mitte des 19. Jahrhunderts ergriffen vor allem die europäischen Kolonialmächte Maßnahmen zunächst zum Schutz der heimischen Bevölkerungen, im weiteren Verlauf auch der Einwohner der Kolonialgebiete, vor übertragbaren Erkrankungen und des Welt Handels vor gesundheitsbedingten Verlusten. Später entwickelte sich in Form der Tropenmedizin ein „biomedizinischer Humanitarismus“ mit krankheitsspezifischen Vorbeugungs- und Behandlungsprogrammen für Bevölkerungen in „Entwicklungsländern“. Es gab zwar durchaus Vorstöße, soziale Determinanten von Gesundheit zu berücksichtigen, diese standen aber in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Konflikt sowohl mit dem biomedizinisch-technischen als auch dem rassenwahn-basierten Paradigma (zur historischen Entwicklung zwischen 1850 und 1950 siehe Cueto 2020 und Sparke 2020).

Nach dem Zweiten Weltkrieg entstand die WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen für Gesundheit. Auch sie setzte über viele Jahrzehnte ebenfalls auf das biomedizinisch-technologische Paradigma bzw. auf vertikale, krankheitsspezifische Gesundheitsprogramme (vgl. Cueto 2020). Dabei weisen die WHO-Gesundheitsdefinition von 1946 („Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“) und insbesondere die Erklärung der WHO-Konferenz von Alma Ata (1978) dem sozial-politischen Paradigma einen größeren Stellenwert zu. Das Konzept von „Primary Health Care“ (oder auch „Comprehensive Primary Healthcare“) schließt den Aufbau vernetzter Gesundheitssysteme

ebenso ein wie die Befähigung von Menschen und Gemeinschaften, ihre Belange in multisektoraler Politik zu vertreten. Die gesundheitliche Versorgung soll insbesondere auf Primärversorgung und grundlegende Funktionen öffentlicher Gesundheit ausgerichtet sein (Kickbusch/Liu 2019: 84; vgl. Cueto 2020: 30; Sparke 2020: 42). Die WHO-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 geht mit ihrer Forderung nach Befähigung zur partizipativen Erzeugung gesunder Lebensverhältnisse über die Alma-Ata-Erklärung hinaus. Leitbilder und Konzepte wie „health in all policies“, „whole-of government“ und „whole-of society“ (vgl. Kickbusch/Gleicher 2012; Addy et al. 2014; Geene et al. 2020) schließen daran an.

Die Erklärung von Alma-Ata (1978), die auch die Unterstützung postkolonialer bzw. blockfreier Länder erhielt, lässt frühere sowjetische Vorstellungen über die Ausrichtung von öffentlicher Gesundheit (Public Health) und Entwicklungspolitik erkennen. Abweichend vom sozial-politischen Paradigma von „Comprehensive Primary Healthcare“ entwickelten Vertreter führender kapitalistischer Länder unter Federführung der Rockefeller Stiftung das „Primary-Health-Care“-Konzept weiter zu „Selective Primary Healthcare“ im Sinne des biomedizinisch-technischen Paradigmas. Die Konzentration auf Wachstumskontrollen bei Kindern, die Vermeidung von Mangelernährung, Maßnahmen gegen Durchfallerkrankungen, die Förderung des Stillens und Impfungen bildete den Vorläufer der betriebswirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitsökonomie, die der Kosteneffektivität gesundheitspolitischer Maßnahmen die entscheidende Bedeutung beimaß (s. z.B. den World Bank Report „The State in a Changing World“ von 1997).

Die WHO in der GHG-Architektur

Die WHO ist sowohl Arena der politischen Auseinandersetzung als auch diplomatisches Instrument und eigenständiger Akteur (vgl. Hanrieder 2020b). Als Arena ist sie ein Ort politischer Konflikte und Kompromisse, geprägt von internationalen Machtkonstellationen und ihren Veränderungen. Diese waren in der Vergangenheit vom Kalten Krieg und den Unabhängigkeitsbestrebungen der blockfreien Staaten geprägt, in den letzten Jahrzehnten vom Bedeutungszuwachs von Mittelmächten wie Brasilien, Russland, Indien, China und Südafrika (BRICS) (vgl. Kickbusch/Liu 2019) und zuletzt durch den Wettstreit zwischen China und den USA um die Vormachtstellung in der globalisierten Welt. Dabei geht es um nationale wirtschaftliche und um geostrategische Interessen, aber auch um Auseinandersetzungen über die politikbestimmende Kombination der beiden Paradigmen von GH. Während die WHO immer wieder den Stellenwert des sozial-politischen Paradigmas betont, ist dort weiterhin die Ansicht weit verbreitet, „dass gezielte und krankheitsspezifische Interventionen im Zweifelsfall effektiver seien als der Versuch, ganze Gesellschaften oder auch Wirtschaftsverhältnisse zu verändern“ (Hanrieder 2020a: 38).

Die politische Macht und damit die Durchsetzungsfähigkeit der WHO gegenüber Mitgliedstaaten und anderen internationalen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen ist gering. Die finanziellen Spielräume sind im Vergleich zu anderen Akteuren, insbesondere gegenüber der mittlerweile auch im Ge-

sundheitssektor stark engagierten Weltbank und der zahlungskräftigen Bill & Melinda-Gates-Stiftung, begrenzt. Der Anteil der zweckgebunden zur Verfügung gestellten Mittel beläuft sich auf das Vierfache der frei verfügbaren Mittel aus Mitgliedspflichtbeiträgen (Kickbusch/Liu 2019: 85). Unter den 10 größten Geldspendern befinden sich die Bill & Melinda-Gates-Stiftung, die internationale Impfallianz Gavi, die Welt Bank, Rotary International sowie der us-amerikanische National Philanthropic Trust (vgl. McCoy/Gafton 2020).

Die politisch gewollte Schwächung der WHO gründete sich argumentativ unter erkennbar neoliberalen Vorzeichen auf die Kritik an „vermeintlich aufgeblähten bürokratischen und ineffizienten UN-Institutionen, an Entwicklungspolitik generell und an der als undemokratisch wahrgenommenen Politikgestaltung auf transnationaler Ebene“ (Sondermann 2020: 30). Die dominante neoliberale Ideologie propagierte marktformige Regulierung und privatwirtschaftlich-öffentliche Kooperationen: „Die Einbindung nichtstaatlicher Akteure versprach eine Re-Legitimierung in vielerlei Hinsicht: mehr finanzielle Mittel und Effizienz als Folge des unternehmerischen und technischen Wissens privater Akteure einerseits sowie demokratische Legitimation über die Einbindung der Zivilgesellschaft in Politikprozesse andererseits.“ (Sondermann 2020: 30)

Hinzu kam die Kritik am Umgang der WHO mit der SARS-Epidemie 2002/3 und der Ebola Krise, u.a. hervorgerufen durch die Auseinandersetzung über politische Schuldzuweisungen sowie die wirtschaftlichen Folgen von Grenzschließungen, die einige Mitgliedsstaaten vermeiden wollten (vgl. Hanrieder 2020: 35). So geben es übrigens auch die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO vor – Einschränkungen des internationalen Waren- und Dienstleistungsverkehrs sind so weit wie möglich zu vermeiden.

Ein dritter Grund lag in den politischen Strukturen der WHO. In der Weltgesundheitsversammlung, ihrem höchsten Entscheidungsgremium, haben politisch und wirtschaftlich mächtige Akteure – anders als zum Beispiel bei der Weltbank oder der Welthandelsorganisation (WTO) – formal kein größeres Gewicht als andere. Die geringe Bereitschaft, rechtzeitig oder gar höhere Mitgliedsbeiträge zu entrichten, die Bereitstellung zweckgebundener Mittel, die Verlagerung von Ressourcen zu anderen Organisationen und die Gründung von Stiftungen sind auch Ausdruck des Versuchs, stärkere Kontrolle über die eingebrachten Mittel zu bekommen – zu Lasten der demokratischen Kontrolle und der Transparenz (vgl. Hanrieder 2020b).

Der WHO und dem Anliegen, die sozialen Determinanten und damit das sozialpolitische Paradigma in dem Maße zu berücksichtigen, wie es nach wissenschaftlicher Erkenntnis für die Gesundheit der Menschen und Bevölkerungen relevant ist, stehen Akteure gegenüber, die in erster Linie wirtschaftliche Zielsetzungen (Weltbank) verfolgen oder die Gesundheit erhalten und verbessern wollen, ohne die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit und Ungleichheit zu beseitigen. Viele potente Geldgeber profitieren von den gegenwärtigen Verhältnissen und stellen diese nicht grundsätzlich in Frage (vgl. Kickbusch/Liu 2019: 86). Der Schulterschluss zwischen wirtschaftlichen und vorrangig biomedizinisch ausgerichteten Interessen erschwert geeignete Maßnahmen gegen gesund-

heitsschädliche Produkte ebenso wie gegen ausbeuterische globalisierte Produktions- und Handelsstrukturen (vgl. Lee/Smith 2020; Youde 2020).

GHG und neoliberale Globalisierung

Die heutigen Strukturen der internationalen Gesundheitspolitik (GHG-Architektur) sind das Ergebnis der Globalisierung als Ausdruck von „pro-market neoliberal governance“ (vgl. Sparke 2020: 37f.; s.a. Schrecker 2020b), also der im Wesentlichen durch Markt- bzw. Gewinninteressen bestimmten globalen ökonomischen und politischen Beziehungen. Lange Zeit galten Gesundheitsausgaben grundsätzlich als Kosten und als Belastung für die wirtschaftliche Entwicklung (ebd.: 40f.). Die wesentlich von den US-Amerikanern Milton Friedman und Mark Pauly beeinflusste neoklassische ökonomische Theorie betrachtete den Markt als effizientestes Steuerungssystem nicht allein wirtschaftlicher, sondern auch sozial- und gesundheitspolitischer Abläufe. Dies war die ideologische Grundlage für die strikte Austeritätspolitik öffentlicher Haushalte, die einflussreiche Staaten über Weltbank und Internationalen Währungsfonds (IWF) in den 1980er und 1990er Jahren zunächst den Entwicklungs- und Schwellenländern oktroyierten. Druckmittel zur Durchsetzung war die teilweise sehr hohe Verschuldung dieser Länder aufgrund starker Erdölpreisanstiege und der gestiegenen Abhängigkeit vom Import anderer Weltmarktprodukte. Um an neue Kredite zur Bedienung bestehender Schulden zu kommen, mussten sich die einkommensschwachen Länder dem Diktat der Weltbank beugen und öffentliche Ausgaben auch für Gesundheit und soziale Absicherung im Rahmen neoliberaler Strukturanpassungsprogramme senken. Erklärtes Ziel war es, damit Wirtschaftswachstum zu ermöglichen und zu fördern, wovon letztlich die ganze Bevölkerung und damit die Bevölkerungsgesundheit profitieren würden. Doch der damit unterstellte Trickle-down-Effekt, nach dem alle und auch die ärmsten Bevölkerungsgruppen über kurz oder lang vom makroökonomischen Wachstum profitieren würden, stellte sich nicht ein. Vielmehr zeigten diese Maßnahmen überwiegend negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung (vgl. ebd. 43 ff.).

Ab Mitte der 2000er Jahre versuchte die WHO, die gesundheitspolitische Aufmerksamkeit wieder verstärkt auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und die gesellschaftlichen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten zu lenken (s.o.). Allerdings hatte der oben erwähnte, 2008 veröffentlichte Bericht der WHO-„Commission on Social Determinants of Health“ nur geringen Einfluss auf die GH-Debatte und die globale Gesundheitspolitik, was nicht zuletzt daran lag, dass er zeitlich mit der Finanzmarktkrise zusammenfiel: „Wieder einmal wurde ein ideelles Erbe von Alma Ata – in diesem Fall die systematische Betonung der sozialen Determinanten von Krankheit weltweit durch den Bericht von 2008 – durch einen materiellen Zusammenbruch der Märkte wirtschaftlicher Globalisierung in den Schatten gestellt.“ (Sparke 2020: 48; eig. Üb.)

Dessen ungeachtet haben mittlerweile die neoliberalen Glaubenssätze zumindest auf der makroökonomischen Ebene eine Revision erfahren. Gesundheitsausgaben gelten nunmehr als Investitionen, die „Renditen“ abwerfen können (Sparke 2020:

48 ff.; siehe z.B. den Weltbank-Bericht „Investing in Health“ von 1993; den World Health Report 1999 sowie den Bericht der Commission on Macroeconomics and Health 2001; vgl. Kickbusch/Liu: 89). Gleichzeitig verschärften sich aber ökonomistische Tendenzen auf der Mikroebene. Der Einsatz von finanziellen und materiellen Mitteln (Allokationsentscheidungen) sollte nach Maßgabe von Nutzenmaximierung getroffen werden – auf Kosten von Leistungen für Bevölkerungsgruppen mit geringem Rentabilitätsversprechen (vgl. Hanrieder 2020: 38f.) oder von Versorgungsleistungen ohne hinreichende Kosten-Nutzen-Effektivität. Dieser Ansatz begünstigt Maßnahmen im Sinne des medizinisch-technischen Paradigmas zu Lasten von Investitionen in gesundheitsförderliche Lebensbedingungen.

Nationale Interessen

In der Praxis ist GHG kein Ausdruck eines globalen Konsenses, sondern eines lange Zeit neoliberal ausgerichteten und von einigen Staaten dominierten Politikregimes. Das propagierte Ideal eines globalen partnerschaftlichen Miteinanders überdeckt „Asymmetrien in den Nord-Süd-Beziehungen“ und trägt auf ideologische Art und Weise zur Legitimation des „geopolitischen Managements“ bei (Sparke 2020: 42), das nach wie vor die Staaten des Globalen Nordens bestimmen, die ihre Interessen stärker als andere durchsetzen und Einfluss auf die internationale GHG-Architektur nehmen können. Staaten sind im Vergleich zu internationalen Organisationen, Unternehmen und NGOs noch immer entscheidende Akteure. „Die Globalisierung ist eine Angelegenheit von bewusster Organisation und kollektiven Anstrengungen der sich darum kümmernden Eliten, um eine spezifische Verteilung der Ressourcen aufrechtzuerhalten, die Arbeit unterordnet und die Privilegien der Elite bewahrt. Der Diskurs der Globalisierung betont die Notwendigkeit der Regierungen, sich an Neuerungen und Veränderungen anzupassen, eine Notwendigkeit, die eine Wahl ausschließt. Die Regierungspolitik ist jedoch darauf ausgelegt, sich nicht an neue Umstände anzupassen, sondern diese zu fördern.“ (Halperin 2013: 224; eig. Üb.; vgl. Schreckler 2020a: 291)

Dass Gesundheitsfragen in den internationalen Beziehungen bzw. der Diplomatie nicht mehr nur als „low politics“ bzw. eine mehr oder weniger unpolitische, technische oder humanitäre Angelegenheit, sondern als „high politics“ bzw. außenpolitisches Politikfeld von erheblichem nationalem Interesse gelten (vgl. Khazatzadeh-Mahani u.a. 2020), hat abweichend vom deklarierten GH-Selbstverständnis (s.o.) überwiegend mit Eigennutz zu tun: Regierungen unterstützen Maßnahmen hauptsächlich dann, wenn ihre Bevölkerungen bzw. ihre Wirtschaft von Gesundheitsrisiken bedroht sind oder sie sich einen anderen außenpolitischen Vorteil versprechen. So zeigt sich auch in der Generalversammlung der WHO beim Ausbruch von Infektionskrankheiten eine größere Bereitschaft der Mitgliedsstaaten zu Aktivitäten als im Zusammenhang mit nichtübertragbaren Erkrankungen (s. Kickbusch/Liu 2019: 93 mit Verweis auf die Generalversammlung der Vereinten Nationen).

Fazit

Obwohl dieses auf Fragen der nationalen Sicherheit zurückzuführende Politikfeld mittlerweile international auf großes politisches Interesse stößt, weisen GH und insbesondere globale Gesundheitssicherheit erhebliche Mängel bei der Steuerung und Kontrolle auf. Moon und Bezerki (2019: 82) hatten schon vor Ausbruch der COVID-19 Pandemie festgehalten, dass Reformen oftmals in der Folge von Krisen entstehen und es wohl einer weiteren Krise bedürfe, um diese Mängel zu beheben. Zurzeit ist die Politik aber vorrangig darauf ausgerichtet, die jeweilige Krise zu bewältigen, ohne sich mit ihren Ursachen auseinanderzusetzen (Holst 2020b).

Beim Thema Gesundheitssicherheit geht es zuallererst um die Verteidigung des Status quo auf nationaler und internationaler Ebene. Maßnahmen der Gesundheitssicherheit treffen oftmals diejenigen am stärksten, die ohnehin dem größten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind oder am meisten unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden, und zwar im nationalen wie im internationalen Kontext. So ist erkennbar, dass der unterschiedliche Zugang zu Corona-Impfstoffen und zu verbesserten Behandlungsmethoden die gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten zwischen dem Globalen Norden und dem Globalen Süden vergrößern wird (Holst 2020c).

Verantwortungsvoll eingesetzte, wirksame Impfungen und die Behandlung von COVID-19-Erkrankten sind wichtig. Aber genauso wichtig ist die Auseinandersetzung mit den vorausgehenden Determinanten, die zu Ungleichheiten in der Betroffenheit und im Krankheitsverlauf führen (ebd.). Die Risikofaktoren für COVID-19-Infektionen und für schwere Krankheitsverläufe – einschließlich sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten – decken sich weitgehend mit denen nicht-übertragbarer Erkrankungen (Holst 2020b). Die Notwendigkeit von Maßnahmen, die neben medizinischer Behandlung und veränderten Lebensstilen auch Veränderungen der sozialen Verhältnisse einschließen, ist bei akuten Infektionsausbrüchen so groß wie bei der Bekämpfung chronischer Erkrankungen. Tatsächlich geraten sie aber aus den oben benannten Gründen zum Beispiel in der aktuellen COVID-19-Krise deutlich in den Hintergrund.

Dass nationale Gesundheitspolitik unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnissen eine Tendenz zu Verkürzungen auf technische Lösungen aufweist, die soziale und politische Veränderungen überflüssig machen, hat Kühn (1993: 138) in „Analogie zur Darwinschen Evolutionstheorie“ mit der „Angepasstheit an eine herrschaftlich strukturierte ‚Umwelt‘“ erklärt und zugleich auf Grenzen dieser Analogie verwiesen: Menschen falle die Anpassung an ihre Umwelt „zuweilen so schwer, daß sie sich geistig von ihr distanzieren können, um sie praktisch zu verändern“ (ebd.: 153).

Dabei sind Konflikte unvermeidlich, die seit Beginn der internationalen Zusammenarbeit die internationale Gesundheitspolitik geprägt haben. Wenn die Umsetzung von Interventionen im Sinn des sozial-politischen Paradigmas und die entsprechende Einflussnahme auf Strukturen und Inhalte der politischen Institutionen und Maßnahmen bereits auf nationaler Ebene große Herausforderungen darstellen,

drängt sich die Frage auf, welche Akteure dies auf der internationalen Ebene voranbringen sollen. Der gegenwärtigen GHG-Architektur mit einer schwachen WHO und wenig einflussreichen Bündnispartnern stehen starke Gegenspieler gegenüber, die nicht nur die Politikinhalte, sondern auch die Weiterentwicklung der Institutionen und Strukturen bestimmen. COVID-19 und die Folgen verschärfen den Handlungsbedarf, aber auch die politischen und Verteilungs-Konflikte. Die GH-Praxis muss eine aktive Beteiligung an politischen Auseinandersetzungen und eine wissenschaftlich fundierte Beschäftigung mit Politik in ihren drei Dimensionen „Policy“ (Ziele und Inhalte von Politik), „Polity“ (politische Ordnung) und „Politics“ (politischer Prozess) einschließen, um politischen Raum zu erstreiten und zu füllen.

Literatur

- Addy, Nii/Poirier, Alain/Blouin, Chantal/Drager, Nick/Dubé, Laurette (2014): Whole-of-society approach for public health policymaking: a case study of polycentric governance from Quebec, Canada. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1331 (1): 216-229. DOI: 10.1111/nyas.12503.
- Andree, Christian (Hrsg.) (2002). *Rudolf Virchow – Leben und Ethos eines großen Arztes*. München: Verlag Langen-Müller: 65.
- Besnier, Elodie/Eikemo, Terje Andreas (2019): Health and Well-being Worldwide. In: Hurrelmann/Shaiikh/Wendt: 27-50.
- Cueto, Marcos (2020): The History of International Health. In: McInnes/Lee/Youde: 19–36.
- Geene, Raimund/Kurth, Bärbel-Maria/Matusall, Svenja (2020): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. *Gesundheitswesen* 82 (07): e72-e76. DOI: 10.1055/a-1138-0389.
- Halperin, Sandra (2013): *Re-Envisioning Global Development: A Horizontal Perspective*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Hanrieder, Tine (2020): Globale Gesundheitssicherung, nur wie? *APuZ* 70 (46-47), S. 35–40.
- Hanrieder, Tine (2020): The Politics of International Organisations in Global Health. In: McInnes/Lee/Youde: 347–366.
- Holst, Jens (2020a): When the world depends on effective PH interventions – and PH does not deliver. *SEEJPH* XIV. DOI: 10.4119; seejph-3469.
- Holst, Jens (2020b): The world expects effective global health interventions: Can global health deliver? *Global public health* 15 (9): 1396–1403. DOI: 10.1080/17441692.2020.1795222.
- Holst, Jens (2020c): Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. *Globalization and Health* 16: 42. DOI: 10.1186; s12992-020-00573-4.
- Horton, Richard (2020): Offline: Don't let COVID-19 divert us completely. *The Lancet* 395 (10236): 1534. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31130-2.
- Hurrelmann, Klaus; Shaikh, Mujaheed; Wendt, Claus (Hrsg.) (2019): *The Governance Report 2019: Health governance*. Hertie School of Governance. Oxford: Oxford University Press.
- Khazatzadeh-Mahani, Akram/Ruckert, Arne/Labonté, Ronald (2020): Global Health Diplomacy McInnes/Lee/Youde: 103–123.

- Kickbusch, Ilona/Gleicher, David (2012): *Governance for Health in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kickbusch, Ilona/Liu, Austin (2019): *Global Health Governance*. In: Hurrelmann et al. 2019: 83-101.
- Kühn, Hagen (1993): *Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Lee, Kelley/Smith, Julia (2020): *The Role of the Business Sector in Global Health Politics*. In: McInnes/Lee/Youde: 387-408.
- McCoy, David/Gafton, Joseph (2020): *Civil Society and Global Health Politics*. McInnes/Lee/Youde: 367-386.
- McInnes, Colin (2020): *Global Health Governance*. In: McInnes/Lee/Youde: 265-281.
- McInnes, Colin/Lee, Kelley/Youde, Jeremy (Hg.) (2020): *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001.
- Moon, Suerrie/Bezerki, Anna (2019): *The Global Governance of Outbreaks*. In: Hurrelmann et al.: 67-82.
- Neumann, Salomon (1847): *Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische Medizinalverfassungs-Frage*, Berlin 1847: 64 f.
- Ostergard, Robert/Griffin, Jeffery (2020): *Global Health and Human Security*. In: McInnes/Lee/Youde: 143-160.
- Rushton, Simon (2020): *Security and Health*. In: McInnes/Lee/Youde (ed.) (2020), 123-142.
- Schrecker, Ted (2020a): *The State and Global Health*. In: McInnes/Lee/Youde: 281-300.
- Schrecker, Ted (2020b): *Towards a Critical Political Economy of Global Health*. In: McInnes; Lee; Youde: 479-489
- Sondermann, Elena (2020): *Globale Gesundheitspolitik zwischen Anspruch und Widersprüchlichkeiten*. APuZ 70 (46-47): 28-34.
- Sparke, Matthew (2020): *Globalisation and the Politics of Global Health*. In: McInnes/Lee/Youde: 37-58.
- Stoeva, Preslava (2016): *International Relations and the Global Politics of Health: A State of the Art*. In: *Global Health Governance – The Scholarly Journal for the New Health Security Paradigm* 10 (3): 97-109.
- Youde, Jeremy (2020): *Philanthropy and Global Health*. In: McInnes/Lee/Youde (ed.) (2020): 409-426.