

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Weltgesundheit

Marylyn Addo
„DAS VIRUS WIRD
BEI UNS BLEIBEN“.
EIN GESPRÄCH

Robert Jütte
ZUR GESCHICHTE
DER SCHUTZIMPfung

Thomas Gerlinger
VARIATIONEN DER
PANDEMIEBEKÄMPFUNG

Michael Krennerich
GESUNDHEIT
ALS MENSCHENRECHT

Elena Sondermann
GLOBALE
GESUNDHEITSPOLITIK
ZWISCHEN ANSPRUCH UND
WIDERSPRÜCHLICHKEITEN

Tine Hanrieder
GLOBALE GESUNDHEITS-
SICHERUNG, NUR WIE?

Susan Bergner · Maike Voss
DEUTSCHLAND ALS
AKTEUR IN DER GLOBALEN
GESUNDHEITSPOLITIK

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Weltgesundheit

APuZ 46–47/2020

MARYLYN ADDO

„DAS VIRUS WIRD BEI UNS BLEIBEN“.
EIN GESPRÄCH

Sie hat an Impfstoffen gegen Ebola und MERS geforscht und leitet derzeit die Phase-1-Studie zur Erprobung eines Impfstoffs gegen Covid-19 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Marylyn Addo spricht über Impfstoffentwicklung und den Verlauf der Covid-19-Pandemie.

Seite 04–07

ROBERT JÜTTE

ZUR GESCHICHTE DER SCHUTZIMPfung

Das Grundprinzip jeder Schutzimpfung ist die bewusste Einführung krankheitserregender Materials in ein gesundes Individuum. Es war bereits seit Jahrhunderten bekannt, wurde aber erst mit der Kuhpockenimpfung zum bis heute wichtigsten Instrument im Kampf gegen Seuchen.

Seite 09–14

THOMAS GERLINGER

VARIATIONEN DER PANDEMIEBEKÄMPfung

Für wohl alle Gesundheitssysteme ist die Covid-19-Pandemie eine neuartige Herausforderung. Viele Gesundheitssysteme antworten in ähnlicher Weise auf diese Herausforderungen, und dennoch ist die Bandbreite der eingeschlagenen Strategien recht groß.

Seite 15–21

MICHAEL KRENNERICH

GESUNDHEIT ALS MENSCHENRECHT

Der Schutz der Gesundheit und eine angemessene Gesundheitsversorgung sind Bestandteile des völkerrechtlich verankerten Menschenrechts auf Gesundheit, das mit staatlichen Unterlassungs- und Handlungspflichten einhergeht. Es kommt auch in Zeiten von Covid-19 zum Tragen.

Seite 22–27

ELENA SONDERMANN

GlobALE GESUNDHEITSPOLITIK ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIDERSPRÜCHLICHKEITEN

Globale Gesundheitspolitik ist geprägt von Fragmentierung und Ungleichheiten. „Health for all“ bleibt ein fernes Ziel. Die Covid-19-Pandemie rückt fehlende Steuerung, Einflussgefälle und konfligierende Ziele in die Öffentlichkeit, bietet aber auch Gelegenheit für Veränderungen.

Seite 28–34

TINE HANRIEDER

GlobALE GESUNDHEITSSICHERUNG,
NUR WIE?

Wie kann globale Gesundheitssicherheit erreicht werden? Prioritätenkonflikte zwischen Handelsrecht und Gesundheitsschutz sowie zwischen problemspezifischen und strukturellen Gesundheitsmaßnahmen, aber auch die Frage einer universellen Krankenversicherung prägen die Debatten.

Seite 35–40

SUSAN BERGNER · MAIKE VOSS

DEUTSCHLAND ALS AKTEUR IN DER
 GlobALEN GESUNDHEITSPOLITIK

Deutschland war schon vor der Covid-19-Pandemie ein immer wichtigerer Akteur in der globalen Gesundheitspolitik. Die Pandemie sorgt jedoch für zusätzliche Verschiebungen in der globalen Gesundheitsordnung, die Deutschland noch stärker ins Rampenlicht rücken lassen.

Seite 41–45

EDITORIAL

Lange konzentrierte sich die internationale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und die Situation von Armen, insbesondere im Globalen Süden. Im Lichte zunehmender gegenseitiger Abhängigkeiten in einer globalisierten Welt und eines gewachsenen Verständnisses von Gesundheit als einem Zustand, den viele ineinander greifende soziale, politische, wirtschaftliche und ökologische Faktoren beeinflussen, ist sie über ihren ursprünglichen Fokus hinausgewachsen. Der Anspruch lautet heute, „Gesundheit für alle“ zu ermöglichen – so die Priorität der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Der gestiegene Stellenwert globaler Gesundheitspolitik spiegelt sich nicht nur in erheblich gestiegenen Budgets seit den 1990er Jahren wider, sondern auch in einer stark diversifizierten Akteurslandschaft. Multilaterale Akteure wie die Weltbank haben ihre Aktivitäten auf dem Politikfeld ausgeweitet, und neue nicht staatliche Akteure mit zum Teil engen Beziehungen zur Pharmaindustrie wie die Bill und Melinda Gates Stiftung oder die Impfallianz Gavi haben sich etabliert. Die chronisch unterfinanzierte WHO, der als Koordinierungsinstanz der Vereinten Nationen eine umso wichtigere Funktion zukommt, befindet sich mit Blick auf Gelder und Einfluss zunehmend in Abhängigkeits- und Konkurrenzverhältnissen.

Die Covid-19-Pandemie, bei deren Bekämpfung bisher nationale Alleingänge den Takt vorgegeben haben, hat die Fragmentierung der Strukturen und Interessen sowie die mangelnde Kohärenz in der globalen Gesundheitspolitik deutlicher denn je zutage treten lassen. Im Fokus der Aufmerksamkeit zu stehen, könnte sich für das Politikfeld jedoch auch als Reformkatalysator erweisen und die Auseinandersetzung mit unbequemen Grundsatzfragen forcieren – darunter nicht zuletzt jene nach dem globalen Zugang zu Impfstoffen und Medikamenten.

Anne-Sophie Friedel

INTERVIEW

„DAS VIRUS WIRD BEI UNS BLEIBEN“

Ein Gespräch mit Marylyn Addo über die Suche nach einem Impfstoff und den Verlauf der Covid-19-Pandemie

Frau Professorin Addo, die Frage, auf die wahrscheinlich alle gerne eine Antwort hätten: Wann ist die Covid-19-Pandemie vorbei? *Marylyn Addo* – Das kann natürlich keiner so richtig sagen. Aber die Spanische Grippe hat ungefähr zwei Jahre gedauert, und die WHO schätzt, dass auch die Covid-19-Pandemie innerhalb von zwei Jahren zu Ende sein wird. Wir sind jetzt schon fast bei einem Jahr. Es ist schwierig vorherzusehen, wann sie ganz vorbei sein wird, und was heißt das auch, „vorbei“? Das Virus wird ja bei uns bleiben, aber nicht mehr zu den Einschränkungen führen, die wir jetzt haben. Ich denke, dass wir im nächsten Sommer schon in einer anderen Situation sein werden, weil dann der Winter vorbei ist und vielleicht auch schon ein Impfstoff einen Beitrag leisten kann. Das wäre derzeit meine Prognose.

Sie leiten als Prüfärztin die klinische Phase-1-Studie zur Erprobung eines Impfstoffs gegen Covid-19 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Wie darf man sich das vorstellen?

– Es gibt zur Medikamenten- und auch zur Impfstoffzulassung verschiedene Phasen der klinischen Prüfung. In der ersten Phase sind das normalerweise sehr kleine Studien, bei uns sind das jetzt 30 Probanden, bei denen eine Substanz zum ersten Mal am Menschen erprobt wird.

Da geht es vor allem um die Sicherheit und Verträglichkeit eines Impfstoffs oder einer Medikation. Bei Impfstoffen wollen wir natürlich auch zeigen, ob Immunantworten generiert werden, also ob es zum Beispiel eine Antikörperbildung gibt. Dann kommt Phase 2 mit mehr Probanden, in unserem Fall wären das 600, in der man weitere Daten zur Sicherheit erhebt, um auch seltenere Nebenwirkungen, falls sie dann auftreten, zu erfassen. Aber in Phase 2 geht es vor allem um die Dosisfindung. In Phase 3 geht es dann mit Zehntausenden Probanden um die Wirksamkeit, also darum zu zeigen: Sind die Leute, die geimpft sind, geschützt vor der Infektion, vor der wir schützen wollen?

Und wie sieht das im klinischen Alltag aus?

– Bei unserem Beispiel ist es so, dass wir mit einem Auftragsforschungsinstitut, dem Clinical Trial Center North, zusammenarbeiten, das spezialisiert ist auf frühe klinische Phasen. Da kommen die Probanden hin, und im Leitungsteam der Studie begrüßen wir die Probanden im Studienzentrum und klären sie mit auf, wie wir mit den verschiedenen Teams zusammen – es gibt ein Laborteam, ein klinisches Team und ein Studienteam – die Studie durchführen werden. Bevor es losgeht, werden die Probanden untersucht,

werden bestimmte Sachen abgefragt und Ein- und Ausschlusskriterien abgeprüft. Diese Phase-1-Studien werden nur an ganz gesunden jungen Probanden durchgeführt, weil das Mittel eben zum ersten Mal verabreicht wird. Und dann müssen wir natürlich auch dafür sorgen, dass im Labor die Proben richtig verarbeitet werden, um Antikörper- oder T-Zellen-Antworten zu erheben. Es ist ein breites Spektrum.

Sind Sie mit dem bisherigen Verlauf der Studie zufrieden?

– Wir sind ja erst seit ein paar Wochen unterwegs, und bisher läuft alles nach Plan. Wir werden zwei Dosisgruppen verabreichen, und die Probanden der ersten Dosis, also der niedrigen Dosisgruppe, haben schon ihre erste Impfung von zweien erhalten.

Wie geht es nun weiter?

– Wir planen, die Phase 2 noch im November bei den Behörden einzureichen und wollen sie im Dezember initiieren, um Anfang Januar die Probanden in einem relativ engen Zeitrahmen zu impfen. Daher wird Phase 2 nicht mehr nur in Hamburg, sondern multizentrisch durchgeführt, also an mindestens zehn Zentren innerhalb Deutschlands, die wir gerade noch rekrutieren. Im Laufe des Jahres 2021, je nachdem,

wann wir die Daten der Phase 2 haben, zumindest von Teilen der Studie, wird das Klinikum München die große Phase-3-Studie mit zwischen 20000 und 30000 Probanden auch multizentrisch durchführen.

Weltweit wird momentan an über 200 Impfstoffen gegen Covid-19 geforscht. Dennoch steht immer wieder die Frage im Raum, ob es überhaupt einen Impfstoff gegen Covid-19 geben wird.

– Ich sage immer: In der Biomedizin kann man nie Garantien geben. Es wird ja oft zitiert, dass es auch Erkrankungen gibt, gegen die wir bisher keine Impfstoffe gefunden haben, zum Beispiel Aids. Da muss man natürlich dazusagen, dass man normalerweise nach einer HIV-Infektion diese Infektion nicht ausheilt, sondern dann chronisch infiziert ist. Bei Covid-19 wissen wir ja zumindest, dass ein normal immunkompetenter Mensch nach zwei bis drei Wochen wieder genesen ist, und das versuchen wir mit einem Impfstoff sozusagen nachzustellen oder zu verbessern. In der klinischen Prüfung sind ungefähr 45 verschiedene Impfstoffe, die vielen Tausenden von Probanden gegeben wurden, und bisher zeigen die Daten, dass die meisten Impfstoffe sehr gut vertragen wurden und Antikörper und T-Zellen generieren. Das ist schon einmal erfreulich. Aber bisher gibt es noch keinen Beweis der Schutzwirkung. In Tierversuchen an Affen konnte man die schon dokumentieren, jetzt müssen wir sie noch am Menschen zeigen. Und dann müssen wir schauen, wie wirksam der Impfstoff wird. Unsere Masernimpfung ist zum Beispiel zu 95 bis 98 Prozent wirksam.

Ob die Impfung, die gegen Covid-19 zugelassen wird, einen so hohen Grad an Wirksamkeit erreicht, ist noch nicht gegeben. Anhand der Daten, die bisher aus dem Tiermodell hervorgegangen sind, muss man eher davon ausgehen, dass sie nicht hundertprozentig schützt vor einer Infektion, sondern vor allem den Krankheitsverlauf erleichtern kann. Diese Daten liegen uns noch nicht vor. Ich bin allerdings optimistisch, dass es einen Impfstoff geben wird. Die Regulatoren haben angedeutet, dass sie ab 50 Prozent Schutzwirkung an eine konditionelle Zulassung denken.

Umfragen zeigen, dass sich in Deutschland jede:r Dritte nicht gegen Covid-19 impfen lassen will, wenn ein Impfstoff verfügbar ist. Wie erklären Sie sich diese vergleichsweise hohe Impfskepsis in Deutschland?

– Ich weiß nicht, ob ich das jetzt unbedingt als Impfskepsis bezeichnen würde. Es gibt Leute, die Angst haben, dass der Impfstoff nicht sicher genug ist, weil er so schnell hergestellt wurde. Da muss man sagen, dass wir in Deutschland einen Impfstoffentwicklungsprozess haben, der zwar beschleunigt werden kann, aber keine Einschränkung der Anforderungen an die Sicherheit eines Impfstoffs zulässt. Die zuständige Behörde, das Paul-Ehrlich-Institut, achtet da sehr sehr genau drauf. Die Impfstoffe, die hier zugelassen werden, haben das Sicherheitsprofil, das in Deutschland Standard ist. Ansonsten gibt es vielleicht auch gerade in der jüngeren Bevölkerung Leute, die sagen, „Mensch, in 80 Prozent der Fälle ist der Krankheitsverlauf ein milder, da lasse ich mich

nicht gegen impfen“. Und dann gibt es natürlich die Impfgegner, aber die sind eine relativ kleine Gruppe, die Impfverunsicherten schon eine größere, und da hilft eigentlich nur Dialog, Aufklärung und sich den Sorgen und Fragen und Nöten zu stellen. Auf gar keinen Fall sollte es eine Impfpflicht geben, das ist ja auch eine große Sorge. Das ist überhaupt nicht geplant und meines Erachtens auch nichts, was in irgendeiner Weise verfolgt werden sollte. Die Strategien, an wen der Impfstoff als erstes gehen soll, wenn wir denn einen wirksamen und sicheren Impfstoff haben, werden derzeit entwickelt. Momentan geht man davon aus, dass Leute, die ein hohes Risiko haben oder mit vulnerablen Populationen arbeiten, sprich im Altersheim oder medizinisches Personal, sich impfen lassen sollten und dass man dann versucht, die Risikogruppen zu schützen, damit sie keine schweren Verläufe haben und man die Sterblichkeitszahlen minimieren kann. Und wie es dann weitergeht, ob man dann sagt, vielleicht sollten wir auch Kinder impfen oder Lehrer, wird man sehen.

Ein häufiges Argument ist auch, dass im Moment noch unklar ist, ob eine Wiederaansteckung mit Covid-19 möglich ist.

– Es sind schon Fälle einer Wiederaansteckung beschrieben worden. Es scheint aber ein sehr seltenes Phänomen zu sein, wir sind ja auch noch früh in der Pandemie. Bei Wiederaansteckung scheinen die Krankheitsverläufe milder zu sein, und das ist ja auch ein Effekt: Wenn Immunität da ist, also partielle Immunität wie bei anderen Corona-Viren, dann hat man nicht

so einen schlimmen Verlauf und muss vielleicht nicht ins Krankenhaus. Da sind noch viele Fragen offen, sowohl zu natürlicher Immunität als auch zu Immunität durch einen Impfstoff. Es ist unbedingt notwendig, dass wir an ganz vielen verschiedenen Stellen Wissenschaft betreiben, um die Krankheit besser zu verstehen. Wir müssen an weiteren Medikamenten forschen, weil es auch noch Infektionen geben wird, wenn ein Impfstoff verfügbar ist. Es werden sich weiterhin Patienten mit Covid-19 infizieren, auch welche, die vielleicht schlechte Verläufe haben, und da wollen wir doch unbedingt Therapieoptionen haben. Derzeit haben wir nur zwei mit geringer bis moderater Wirksamkeit, die für andere Erkrankungen entwickelt wurden. Da ist noch sehr viel zu tun, und auch deswegen sind die Maßnahmen, die wir ergreifen, also Abstand, Hygiene und Masken, wesentlich. Die Pandemiebekämpfung steht auf mehreren Säulen, und ein Impfstoff ist nur eine davon. „Wenn der Impfstoff da ist, ist alles wieder gut“, ist kein realistisches Szenario.

Die Suche nach einem Impfstoff gegen Covid-19 ist für Sie nicht das erste Projekt dieser Art. Sie waren an der Entwicklung von Impfstoffen gegen Ebola und gegen das MERS-Virus beteiligt. Was ist dieses Mal anders?

– Bei Ebola hatten wir auch viel Druck inmitten einer Pandemie. Aber natürlich hat der Ebola-Ausbruch in Westafrika damals nicht das eigene Leben zum Stillstand gebracht. Jetzt haben wir es zum ersten Mal mit einer Viruserkrankung zu tun, die die ganze Welt betroffen hat mit „Lockdowns“, Schulschließun-

gen etc., und jetzt ist das Thema Impfstoff nochmal viel präsenter. Der Druck ist hoch, die mediale Präsenz ist hoch, und dann ist es eine nochmal schnellere Timeline. Wir haben damals bei Ebola schon gedacht „so schnell ist es noch nie gegangen“, und jetzt ist es nochmal schneller gewesen. Das ist schon eine neue Arbeitsbelastung, auch das Team ist dem Druck der Öffentlichkeit ausgesetzt. Aber insgesamt sind wir in der Entwicklung solcher Impfstoffe jetzt – ich möchte nicht sagen „erfahren“ –, aber wir haben das schon mal gemacht, und wir haben das auch schon mal in einer Pandemie gemacht. Insofern versuchen wir uns auf die Arbeit zu fokussieren, den kühlen Kopf zu bewahren und uns nicht ablenken zu lassen.

Die Erwartungen an die Wissenschaft, eindeutige Antworten und Lösungen liefern zu können, sind in der Pandemie besonders hoch, auch seitens der Politik. Was bedeutet das für Sie als Forscherin? Wie sehen Sie Ihre Rolle als öffentlich kommunizierende Wissenschaftlerin?

– Das ist natürlich jetzt eine Situation, in der wir bisher noch nicht so häufig waren, „wir“ als Gesellschaft, aber auch „wir“ als Wissenschaftler, und etwas, das man im Nachgang dieser Pandemie nochmal mit Ruhe kritisch beleuchten muss. Was ist in der Wissenschaftskommunikation in der Pandemie gut gelaufen? Was ist vielleicht schwierig gewesen? Welche Sachen haben zur Verunsicherung der Bevölkerung beigetragen, und welche haben einen Beitrag geleistet, so ein bisschen auch von der Angst und dem Stress wegzunehmen? Ich versuche, über die

Dinge zu sprechen, bei denen ich das Gefühl habe, ich kann mit fundiertem Wissen Stellung nehmen. Wenn mich jetzt jemand zur Zusammensetzung von Aerosolen fragt, würde ich an einen anderen Experten verweisen. Aber zum Thema Impfstoffe, denke ich, kann ich ein Stück weit zur Aufklärung und Information der Bevölkerung beitragen. Ich sehe das auch als Teil der Arbeit. Wir werden aus öffentlichen Mitteln finanziert, insofern ist das auch Teil des Zurückgebens. Wissenschaftler können Fakten kommunizieren und beraten. Oft ist das ja so ein bisschen verwischt, weil die Wahrnehmung war, dass die Wissenschaftler entscheiden. Aber die Wissenschaft generiert Fakten, kommuniziert Fakten und kann allenfalls Politik beraten. In der Politik werden die Entscheidungen getroffen, und Politiker müssen verschiedene Aspekte auch außerhalb der Wissenschaft mit in ihre Entscheidungen einfließen lassen. Und die Medien spielen natürlich auch eine Rolle für die öffentliche Wahrnehmung. Da gibt es sicherlich noch Nachholbedarf: Die Wissenschaftskommunikation ist bisher nicht im großen Stil in der wissenschaftlichen Ausbildung platziert und braucht in den Curricula wahrscheinlich nochmal einen anderen Stellenwert. Wir sind in einem total neuen medialen Umfeld mit Social Media, und wir müssen uns fragen, wie man belastbare Informationen so platzieren kann, dass sie auch ankommen. Das wird jetzt schon sehr aktiv diskutiert an verschiedenen Stellen, und es gab ja für sehr gute Wissenschaftskommunikation auch Preise und Ehrungen.

Noch stecken wir mitten in der Pandemie, und derzeit steigen die Infektionszahlen wieder stark an. Wie schätzen sie das aktuelle Infektionsgeschehen ein?

– Wir befinden uns in einer sehr dynamischen Phase. Im Verhältnis zu unseren Nachbarländern in Europa steht Deutschland noch verhältnismäßig gut da, aber um es mit einer Game-of-Thrones-Analogie zu sagen: „Winter is coming.“ Wir bereiten uns auf einen relativ harten Winter vor. Wir hatten in den letzten Wochen noch relativ überschaubare Krankenhausbelegungen, und nirgendwo ist das System an seine Kapazitätsgrenzen gestoßen. Das war zum Teil auch der Tatsache geschuldet, dass das Alter der Infizierten jetzt jünger war, aber wir sehen natürlich schon, dass in verschiedenen Regionen Deutschlands die Belegungszahlen der Krankenhäuser wieder hochgehen und es wieder mehr Intensivpatienten gibt. Wir haben einen stetigen langsamen Anstieg, den ich mit Besorgnis sehe. Ich glaube, das deutsche System ist sehr gut vorbereitet, trotzdem sind die Appelle an die Bevölkerung, dass wir alle auch individuell einen Beitrag leisten können, gerechtfertigt. Wenn wir das einfach so laufen lassen, dann drohen wir das zu verspielen, was Deutschland bisher so gut geleistet hat.

Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass Deutschland bisher vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen ist?

– Das ist sicher multifaktoriell. Zum einen haben wir mit Herrn Drosten einen Top-Wissenschaftler in Deutschland, der sich seit über zwanzig Jahren mit Corona-Viren beschäf-

tigt und frühzeitig einen Test entwickelt hat und den auf der WHO-Seite frei verfügbar gemacht hat. Dann haben sich in Deutschland die Zentren bereit gemacht und sehr früh angefangen, zum Beispiel bei Grippeabstrichen auch schon auf Covid-19 zu testen. Bis es im Januar mit dem frühen Ausbruch in München so weit war, hat man so sehr gut dokumentieren können, dass wir hier keine Hintergrundaktivität hatten wie zum Beispiel in Italien. Dort war das Virus wahrscheinlich ja schon einige Wochen unterwegs, bevor die ersten Fälle entdeckt wurden, und dann kam es zu einer sehr bedrohlichen Situation. Dadurch, dass wir in Deutschland schon im Januar den ersten Ausbruch hatten, waren wir auch einfach früh vorbereitet und haben zügig begonnen, Infektionsketten aufzudecken. Dann haben wir ein sehr robustes Gesundheitssystem und gute intensivmedizinische Kapazitäten. Wir haben niemals triagieren müssen, welcher Patient auf Intensivstation geht und welcher ein Beatmungsgerät bekommt. Wir sind nie auch nur annähernd an die Grenzen der Belastbarkeit unseres Gesundheitssystems gekommen und konnten noch Intensivpatienten aus anderen Ländern aufnehmen, und dennoch war auch das natürlich ein Kraftakt.

Und was hat weniger gut funktioniert? Oder anders gefragt: Was sollten wir für die Zukunft aus der Covid-19-Pandemie mitnehmen?

– Wir haben gesehen, dass wir im öffentlichen Gesundheitssystem noch ein bisschen mehr Kapazitäten schaffen müssen. Gerade bei der Nachverfolgung der Infektionsketten waren und

sind die Gesundheitsämter sehr gefordert, da gab es nicht genug Personal. Aber das ist ja auch schon erkannt worden. Es gab jetzt auch mehrere Initiativen, um an Universitätskliniken zum Beispiel Strukturen zu schaffen und Kapazitäten zu erweitern, die für zukünftige Epidemien und Pandemien genutzt werden können. Und dann müssen wir wie gesagt zum Thema Information der Gesellschaft und zum Zusammenspiel zwischen Politik, Medien und Wissenschaft eine Nachlese machen. Es wird mit Sicherheit nicht unsere letzte Pandemie oder Epidemie sein. Allein für Corona-Viren gab es in den letzten zwanzig Jahren drei große Ausbrüche: SARS mit 10 Prozent Mortalität, MERS mit 40 Prozent Mortalität und jetzt Covid-19. Wir haben sicherlich viel gelernt und müssen sehen, was wir mitnehmen in unsere nächste Runde. Das hört sich jetzt vielleicht ein bisschen provokant an, aber wir befinden uns in einer ernstzunehmenden Situation für Deutschland und die Welt bei einem im Vergleich harmloseren Virus. Das ist natürlich ein Stresstest und zeigt, was gut klappt und wo wir noch nachbessern müssen, sodass wir beim nächsten Mal noch besser reagieren können.

Das Interview führte Anne-Sophie Friedel per Telefon am 21. Oktober 2020.

MARYLYN ADDO

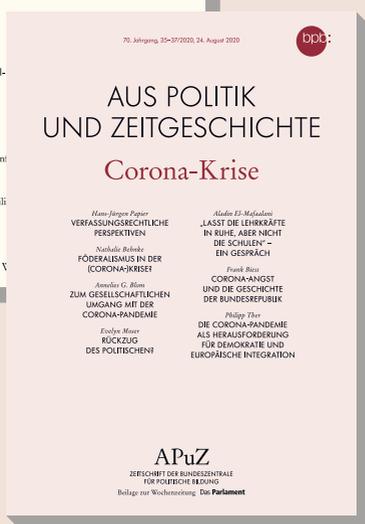
ist Professorin für Infektiologie und leitet die Sektion Infektiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

presse@uke.de

Zum Weiterlesen.



2015
Bestell-Nr.
7520



2020
Bestell-Nr. 72035



2020
Bestell-Nr. 9100



2018
Bestell-Nr. 10208



2019
Bestell-Nr. 10439



ZUR GESCHICHTE DER SCHUTZIMPfung

Robert Jütte

Die erste Schutzimpfung gegen eine Infektionskrankheit war die Kuhpockenimpfung. Als ihr Entdecker gilt der englische Landarzt Edward Jenner (1749–1823).⁰¹ Dass Kuhpocken, die beim Menschen nur lokale, meist von selbst ausheilende Infektionen verursachen, Immunität gegen die gefährlichen Menschenpocken verleihen könnten, war in der bäuerlichen Bevölkerung im 18. Jahrhundert durchaus bekannt. Auch Edward Jenner war in seiner Praxis schon früh mit dieser Vorstellung konfrontiert worden. 1780 begann er, Fälle von Patienten zu sammeln, die an Kuhpocken erkrankt waren und anschließend nicht mehr an den „Blattern“, wie man die Menschenpocken damals nannte. Der entscheidende Versuch fand am 14. Mai 1796 statt: Damals impfte Jenner den achtjährigen James Phipps mit einer Kuhpockenpustel, die sich auf dem Arm der Viehmagd Sarah Nelmes gebildet hatte. Wie erwartet, entwickelte sich bei dem Knaben ein leichtes Fieber, das bald abklang. Nach sechs Wochen wagte es Jenner, ihn künstlich mit Menschenpocken zu infizieren. Das riskante Experiment glückte – der Junge erkrankte nicht. Jenner sah sich bestätigt und veröffentlichte 1798 seine Entdeckung in einer Schrift über die Wirkung der Kuhpockenimpfung, die ihn rasch berühmt machte und zu Recht in die Annalen der Medizingeschichte eingegangen ist. Die „Vakzination“ – der Terminus ist von dem lateinischen Wort *vacca* für „Kuh“ abgeleitet – war erfunden.

VORLÄUFER DER VAKZINATION

Das Grundprinzip jeder Schutzimpfung, die bewusste Einführung krankheitserregenden Materials in ein gesundes Individuum, um dieses vor einer schweren Krankheit zu schützen, war bereits seit Jahrhunderten bekannt. Allerdings war dieses Wissen in Europa bis zum frühen 18. Jahrhundert nicht vorhanden oder wieder in Vergessenheit geraten. So findet sich in einer späten Fassung des

um 1275 entstandenen „Regimen sanitatis Salernitanum“, einem Gesundheitsratgeber in Versform der Schule von Salerno im heutigen Italien, der Rat: „Damit die Pocken nicht zum Tod der Kinder führen/bringe den Gesunden Pockenmaterie in die Adern.“⁰² Damit kann nur die sogenannte Inokulation gemeint sein, die in Indien und China praktiziert wurde.⁰³ Dazu entnahm man Personen, die die Pocken gerade überstanden hatten, zumeist mit einem kleinen Messer oder einer Lanzette Material aus einer Pustel. Dieses übertrug man an Gesunde mittels Einritzung der Haut an den Gliedmaßen. Auch unter den Steppenvölkern des Kaukasus kannte man dieses Verfahren. So berichtet der Philosoph Voltaire (1694–1778) in einem seiner Briefe: „Die Weiber im Tscherkessenland haben seit undenklichen Zeiten im Gebrauch, ihren Kindern, wenn sie sechs Monate sind, die Blattern zu geben, indem sie in die durch einen Schnitt gemachte Öffnung des Armes eine Blatter setzen, welche sie von dem Leib eines anderen Kindes genommen und sorgfältig aufgehoben haben. Diese in den Arm gesetzte Blatter bringt die gleiche Wirkung hervor, welche der Sauerteig im Brote tut, sie gärt und breitet die ihr eingepprägten Eigenschaften im ganzen Blut aus. Die Blattern von diesem Kind, welchem man die künstliche Pocke eingesetzt hat, braucht man, um diese Krankheit wieder anderen Kindern mitzuteilen. Dieser Kreis wird im Tscherkessenland beständig aufrechterhalten, und wenn unglücklicherweise keine Pocke im Land zu haben ist, zeigt man sich dort ebenso bestürzt, wie man andernorts über ein schlimmes Jahr klagt.“⁰⁴

Bis heute sind die Einführung und das Bekanntwerden der Inokulation in Europa mit dem Namen der Gattin des englischen Botschafters in Konstantinopel, Lady Mary Wortley Montagu (1689–1762), verbunden. Sie war zwar nicht die Erste, die die Erfolge von osmanischen Ärzten mit dem „Blattern-Beltzen“, wie man die Methode auf Deutsch nannte, durch ihre Briefe in

England bekanntmachte. Ihr persönliches Beispiel – sie ließ 1718 ihren Sohn auf diese Weise impfen – sowie ihr gesellschaftlicher Stand trugen aber entscheidend dazu bei, dass die Inokulation fast überall in Europa bei Ärzten und Laien auf Interesse stieß. Ihr gelang es, auch den englischen König George I. (1660–1727) nach anfänglicher Skepsis davon zu überzeugen, seine Enkel impfen zu lassen.

Die Inokulation blieb allerdings meist auf den Adel und die städtische Oberschicht begrenzt.⁰⁵ Die Gründe für die zögerliche Durchsetzung der Praxis waren vielfältig. Wie später auch bei der Vakzination hatten einige religiöse Bedenken und sahen darin einen Eingriff in die göttliche Vorsehung. Andere wiederum hatten Zweifel an der Wirksamkeit des Verfahrens, denn der Verlauf des Immunisierungsversuchs war nicht oder allenfalls schwer vorherzusagen. Selbst wenn der Impfstoff von jemandem stammte, dessen Krankheit mild verlaufen war, so konnte der Impfling gleichwohl schwer erkranken oder gar sterben. Nach einer zeitgenössischen Schätzung betrug das Risiko, am „Blatter-Beltzen“ zu sterben, immerhin noch 1:182. Das war zwar erheblich geringer als das Sterberisiko im Falle einer natürlichen Erkrankung an den Menschenpocken, der damals fast jeder Achte erlag, jedoch konnte es passieren, dass es durch eine Impfung überhaupt erst zu einem lokalen Pockenausbruch kam. Nicht zuletzt war eine Impfung mancherorts mit beträchtlichen Kosten verbunden. Insbesondere die wegen ihrer Expertise hochgepreisenen englischen Impfarzte verlangten zum Teil horrende Honorare.

01 Vgl. Wolfgang U. Eckart (Hrsg.), Jenner. Untersuchungen über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken, Berlin 2016.

02 Zit. nach Karl Sudhoff, Zum Regimen Sanitatis Salernitanum, in: Archiv für Geschichte der Medizin 8/1915, S. 352–373, hier S. 355.

03 Vgl. Chandrakant Lahariya, A Brief History of Vaccines and Vaccination in India, in: The Indian Journal of Medical Research 139/2014, S. 491–511; Angela Ki Che Leung, „Variolation“ and Vaccination in Late Imperial China, Ca 1570–1911, in: Stanley A. Plotkin (Hrsg.), History of Vaccine Development, New York 2011, S. 5–12.

04 Sammlung verschiedener Briefe des Herrn von Voltaire die Engländer und andere Sachen betreffend, Jena 1747, www.welcker-online.de/Texte/Voltaire/Briefe_Engl/briefe_england.pdf, S. 35.

05 Vgl. Eberhard Wolff, „Triumph! Getilget ist des Scheusals lange Wuth“. Die Pocken und der hindernisreiche Weg ihrer Verdrängung durch die Pockenschutzimpfung, in: Hans Wilderotter (Hrsg.), Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte, Berlin 1995, S. 158–189.

Wenngleich in einigen zeitgenössischen medizinischen Schriften Befürworter der Inokulation bereits von einer Befreiung der Menschheit von der Pocken-Geißel träumten, so konnte das nicht gerade risikoarme Verfahren diese hohen Erwartungen schon aufgrund der weitgehenden Beschränkung auf die gesellschaftliche Elite nicht erfüllen.

UMSTRITTENER FORTSCHRITT

Längst nicht alle waren von dem Nutzen der neuen, weniger gefährlichen Vakzination überzeugt. Jenners Veröffentlichung zog eine heftige Kontroverse nach sich, die von England auf andere Länder übergriff.⁰⁶ So bezeichnete etwa der Berliner Arzt und Philosoph Marcus Herz (1747–1803) die Kuhpockenimpfung mittels einer kleinen Einritzung der Haut unter Verwendung einer Lanzette als „Brutalimpfung“. Doch blieben die Kritiker unter den Ärzten eine Minderheit. Man kann vielmehr zu Beginn des 19. Jahrhunderts überall in Europa eine ansteigende Impfeuphorie unter Medizinern beobachten. So eröffnete beispielsweise der Arzt Johann Immanuel Bremer (1745–1816) im Jahr 1800 in Berlin eine „Vaccinations-Schule“, an der er interessierten Kollegen die Impftechnik beibrachte. Mit welchem Enthusiasmus und mit welchen Erwartungen die positiv eingestellten Ärzte sich damals an Impfkampagnen beteiligten, zeigt eine Schrift von 1803. „Die Pocken sind ausgerottet“, verkündete der Erfurter Medizinprofessor August Friedrich Hecker (1763–1811) auf dem Titelblatt seines gleichnamigen Buches. Das war eine kühne medizinische Utopie; denn bekanntlich wurden die Pocken erst 1980, also fast 180 Jahre später, von der Weltgesundheitsorganisation für „ausgerottet“ erklärt. 1804 ließ der Bückeburger Arzt Bernhard Christoph Faust (1755–1842) in großer Auflage ein Flugblatt drucken, das in Gasthöfen und anderen öffentlichen Orten aufgehängt werden sollte.⁰⁷ Es trug den Titel: „Zuruf an die Menschen: Die Blattern, durch Einimpfung der Kuhpocken, auszu-

06 Vgl. Eberhard Wolff, Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1998; Michael Bennett, War Against Smallpox: Edward Jenner and the Global Spread of Vaccination, Cambridge 2020.

07 Vgl. Robert Jütte, Bernhard Christoph Faust, Von der Gesundheit, in: Ein solches Jahrhundert vergißt sich nicht mehr. Lieblingstexte aus dem 18. Jahrhundert, München 2000, S. 527–532.

rotten.“ Selbst Pfarrer beteiligten sich vielerorts an dieser Impfpropaganda. Faust hatte übrigens die originelle Idee, an jedem 14. Mai – dem Tag, an dem Edward Jenner seine erste Vakzination durchgeführt hatte – das sogenannte Krengefest zu feiern, bei dem die Kinder zu Ehren von Jenner einen Umzug veranstalteten. Dabei wurde ein Arm aus Porzellan mit nachgebildeten Impfpusteln durch den Ort getragen. Jedes Kind, das sich im Anschluss von Faust impfen ließ, bekam eine Brezel, in Ostwestfalen „Krengel“ genannt. Das Fest wird heute noch gefeiert, aber eher folkloristisch und ohne die ursprüngliche klare gesundheitspolitische Botschaft.

Dass ein solcher materieller Anreiz überhaupt notwendig war, hängt mit dem Widerstand breiter Bevölkerungsschichten zusammen, die sich aus den unterschiedlichsten Gründen nicht impfen lassen wollten. Das geschah mit Argumenten, die man zum Teil noch heute bei Impfgegnern antrifft. Nicht wenige Laien, aber auch Ärzte, waren überzeugt, dass die Vakzination gesundheitsschädlich sei. Selbst den Befürwortern war nicht verborgen geblieben, dass mit der Impfung auch andere Krankheiten übertragen werden konnten, etwa durch unsaubere Lanzetten. In der Tat war die Art und Weise, wie damals der Impfstoff gewonnen wurde, höchst problematisch. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde nämlich das sogenannte Überimpfen angewandt, bei dem man humane Lymphe verwendete, die man aus der Impfpustel eines kurz zuvor geimpften Kindes gewonnen hatte. Der Übertragung von Krankheiten wie Syphilis war auf diese Weise Tür und Tor geöffnet. Erst im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts ging man dazu über, tierische Lymphe zu verwenden, indem man Impfpusteln auf der Kuhhaut durch Infektion künstlich hervorrief. Ferner traten regelmäßig Unverträglichkeitsreaktionen auf, die im Einzelfall sogar zum Tode oder zu schweren Impfschäden führten.

Das andere Argument der Impfgegner, die sich schon früh nicht nur in Deutschland zu Vereinen zusammenschlossen, lautete: Die Vakzination ist nicht nur gefährlich, sondern auch unwirksam. In den Augen der Skeptiker war dies sogar statistisch belegbar, denn obwohl ein großer Teil der Bevölkerung bereits geimpft war, kam es im 19. Jahrhundert an verschiedenen Orten zu Pockenepidemien, die zahlreiche Opfer forderten. Das Wiederaufflammen einer schon fast besiegt

geglaubten Seuche hing zum Teil damit zusammen, dass man erst in den späten 1820er Jahren erkannte, dass der Impfschutz nicht ein ganzes Leben lang anhielt und mittels Revakzination aufgefrischt werden musste.

MEILENSTEINE DER IMPFSTOFFENTWICKLUNG

Nachdem Edward Jenner der Wirksamkeitsnachweis einer Impfung gegen die Menschenpocken mit dem Kuhpockenvirus erbracht hatte, machten sich in dem durch den Mediziner Robert Koch (1843–1910) und den Chemiker Louis Pasteur (1822–1895) eingeleiteten Zeitalter der Bakteriologie zahlreiche Forscher auf die Suche nach ähnlich schützenden Lebendimpfstoffen.⁰⁸ Diese weisen sehr geringe Mengen funktionsfähiger Keime auf, die so abgeschwächt sind, dass sie sich zwar noch vermehren, die Krankheit aber aufgrund genetischer Veränderungen nicht mehr auslösen können. Die Applikation erfolgt entweder durch eine Injektion oder oral als Schluckimpfung. Ein erster Hoffnungsträger der frühen Impfstoffentwicklung, das von Robert Koch Anfang der 1890er Jahre entdeckte „Wundermittel“ Tuberkulin – eine Mischung aus abgeschwächten Tuberkelbazillen mit Glycerin und Wasser –, versagte zwar als Impfstoff gegen Tuberkulose, leistet aber bis heute in Form eines Hauttests in der Diagnostik gute Dienste. Erst der Mikrobiologe Albert Calmette (1863–1933) und der Veterinärmediziner Camille Guérin (1872–1961) entwickelten nach Experimenten mit einem abgeschwächt virulenten Mykobakterium in den 1920er Jahren erfolgreich einen Lebendimpfstoff gegen Tuberkulose.

Auch mit sogenannten Totimpfstoffen wurde bereits im 19. Jahrhundert experimentiert. Einige der heute noch aktuellen Schutzimpfungen basieren auf diesem Prinzip. Dabei sind vor allem zwei Typen zu unterscheiden: zum einen Toxoidimpfstoffe wie jene gegen Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten) und Tetanus, in denen das jeweilige Toxin durch spezielle Verfahren seine toxischen Eigenschaften verloren hat, die antigene Wirkung aber erhalten bleibt; zum anderen

08 Vgl. die Übersicht bei Jana Claudia Jeuck, Die Einführung der Masernimpfung in der BRD 1960–1980 im Spiegel medizinischer Fachjournale und der Laienpresse, Dissertation, Universität zu Köln 2017, S. 26–40.

inaktivierte Impfstoffe wie jene gegen Cholera, Hepatitis-A, Tollwut und Polio, bei denen das krankheitsverursachende Virus unter Einwirkung verschiedener Substanzen, aber auch durch Hitze oder Strahlung seine Infektiosität verliert und zur Herstellung von Impfstoffen verwendet werden kann. 1896 entwickelte Wilhelm Kolle (1868–1935), ein Mitarbeiter Robert Kochs, einen durch Hitze abgetöteten und durch Phenolzugabe konservierbar gemachten Cholera-Impfstoff. Der Bakteriologe Waldemar Haffkine (1860–1930) forschte ab 1895 an einem Totimpfstoff gegen die Pest. Verschiedene klinische Studien wurden mit schwankenden Ergebnissen in Indien und China durchgeführt. In einem Fall führte die Verunreinigung des Impfstoffs mit Tetanussporen dazu, dass alle mit dieser Charge Geimpften starben und die Nutzung von Haffkines Vakzin ein abruptes Ende fand.

Ein Meilenstein der Impfgeschichte war 1885 ein waghalsiger Heilversuch an dem neunjährigen Bäckerssohn Joseph Meister, der von einem tollwütigen Hund gebissen worden war. Man brachte ihn zu Louis Pasteur nach Paris, der damals bereits zahlreiche Tierversuche mit dem Tollwuterreger unternommen hatte. Er benutzte dabei eine abgeschwächte infektiöse Suspension, die er aus dem getrockneten Rückenmark eines tollwutinfizierten Kaninchens gewonnen hatte. Die damit geimpften Hunde erwiesen sich fortan als immun gegen die Krankheit. Um nach dem Hundebiss einer Tollwut-Infektion vorzubeugen, bekam auch Joseph Meister zunächst eine Injektion einer 14 Tage lang getrockneten Hirnmasse eines infizierten Kaninchens und schließlich über einen Zeitraum von zehn Tagen zwölf Injektionen mit immer frischerem, also auch zunehmend virulentem Material. Bei der letzten Injektion handelte es sich um voll virulente Tollwut-Viren, mit der Pasteur also überprüfte, ob der Patient nach der Behandlung immun war. Nachdem Joseph Meister über mehrere Monate keine Symptome einer Infektion mit Tollwut zeigte, wurde er aus der ärztlichen Obhut entlassen. Die Nachricht über den augenscheinlichen Erfolg der postexpositionellen Impfung begründete Pasteurs Ruf in Frankreich. Wie die medizingeschichtliche Forschung durch die Auswertung der Labortagebücher nachgewiesen hat, kann die mutmaßliche „Heilung“ von Joseph Meister zwar keinesfalls als ein Beleg für die Wirksamkeit des damals von Pasteur verwendeten Impfstoffs gelten. Aber als immer mehr Fälle

von Tollwut mit dem von ihm hergestellten Impfstoff behandelt wurden, stellte sich dessen Wirksamkeit heraus.⁰⁹

Pasteur entwickelte noch drei weitere Impfstoffe, was ihn zu einem der bedeutendsten Vertreter der frühen Impfstoffforschung macht: 1879 gegen Geflügelcholera, 1880 gegen Milzbrand, 1883 gegen Schweinerotlauf. Er hatte somit den überzeugenden Nachweis geführt, dass – zumindest im Prinzip – eine Impfung fortan vor beliebigen Infektionskrankheiten schützen konnte.

An einem weiteren Totimpfstoff forschte im 20. Jahrhundert Jonas Edward Salk (1914–1995). Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte der spätere Nobelpreisträger John Franklin Enders (1897–1985) durch Viruszüchtung in Zellkulturen die Forschung entscheidend vorangebracht. Auf dieser Grundlage gelang es Salk, einen Impfstoff gegen Kinderlähmung zu entwickeln, für den die Viren durch Formalin inaktiviert wurden. Dieser geriet allerdings in die Schlagzeilen, nachdem 1955 bei mehreren Kindern, die mit einer Charge aus der Produktion des kalifornischen Impfstoffherstellers Cutter-Laboratories geimpft worden waren, Lähmungserscheinungen auftraten und es zu Todesfällen kam. Versehentlich war ein Impfstoff verwendet worden, der noch infektiöses Material enthielt. Der Virologe Albert Sabin (1906–1993) entwickelte daraufhin einen oralen Impfstoff auf der Basis von lebenden, aber in ihrer Virulenz abgeschwächten Polio-Viren, der in der Bundesrepublik mit der eingängigen Werbebotschaft „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“ beworben wurde.

Mit der Entdeckung des HI-Virus Anfang der 1980er Jahre begann ein weiteres Kapitel der Geschichte der Impfstoffentwicklung. Als man den Virologen Robert Gallo im Anschluss an die Pressekonzferenz 1984, auf der die Entdeckung des Aids-Erregers bekanntgegeben wurde, fragte, wann ein Impfstoff gegen die gefürchtete Krankheit bereitstehen würde, antwortete er: „In zwei Jahren“. Inzwischen sind mehr als 35 Jahre vergangen. Noch immer ist der große Durchbruch nicht in Sicht, obwohl bereits Milliardenbeträge in die Entwicklung einer Schutzimpfung gegen Aids investiert wurden. Der Wissenschaftsjournalist Jon Cohen vertritt die Auffassung, dass es bei der Suche nach einem Impfstoff lange Zeit vor allem an koordinierten Forschungsanstrengungen und

⁰⁹ Vgl. Hervé Bazin, *L'Histoire des vaccinations*, Paris 2008, S. 264f.

erst in zweiter Linie an Geld gemangelt habe.¹⁰ Daneben gibt es noch andere Faktoren, die seiner Meinung nach ebenfalls für Verzögerungen und Rückschläge verantwortlich sind, etwa die halbherzige Unterstützung durch Politiker, die den Kampf gegen Aids lange nicht als gesundheitspolitische Priorität einstuften, oder die Interessen der internationalen Pharmakonzerne, die an Medikamenten verdienen wollen. Doch gibt es inzwischen Anzeichen dafür, dass man aus der Vergangenheit und den Fehlschlägen gelernt hat. Seit 1996 existiert die International Aids Vaccine Initiative, eine gemeinnützige Einrichtung, die sich darum bemüht, die fast kaum noch überschaubaren internationalen Forschungsanstrengungen zu koordinieren und auch finanziell zu unterstützen. Nachdem man anfangs den Weg beschritten hatte, dem Virus den Infektionsweg mit Antikörpern gegen sein Hüllprotein zu blockieren, versuchen die meisten Aids-Forscher nun Impfstoffe zu entwickeln, die nicht nur die auf Antikörpern beruhende Antwort des menschlichen Immunsystems stimulieren, sondern sich auch die zelluläre Abwehr zunutze machen. Inzwischen ist es auch möglich, Hybridviren herzustellen, mit denen sich die Schutzwirkung bei Menschenaffen besser als bislang möglich testen lässt, bevor an klinische Versuche bei Menschen zu denken ist. Denn Impfversuche an Freiwilligen stellen weiterhin ein großes Problem dar.

ZWANG ODER FREIWILLIGKEIT?

Eng mit dem wissenschaftlichen Fortschritt und den Debatten um das Für und Wider der Vakzination verwoben, ist die Geschichte der Impfpolitik. In einigen deutschen Territorien war bereits wenige Jahre nach der Erfindung der Vakzination ein mehr oder weniger rigider Impfwang eingeführt worden. Den Anfang machte 1807 Bayern, nachdem ein Appell des Königs, sich gegen Pocken impfen zu lassen, wenig Resonanz in der Bevölkerung gefunden hatte. Das entsprechende Gesetz schrieb vor, dass alle über Dreijährigen, die noch nie die Pocken gehabt hatten, bis zum 1. Juli 1808 geimpft sein sollten. Für jedes nicht rechtzeitig geimpfte Kind sollten die Eltern je nach Vermögen eine Geldbuße in Höhe von einem bis acht Gulden zahlen – der Tagelohn eines Handwerker-

gesellen betrug damals etwas mehr als einen Gulden. 1815 folgte das Großherzogtum Baden dem bayerischen Vorbild, 1818 das Königreich Württemberg, 1821 das Königreich Hannover. Sachsen und der Stadtstaat Hamburg dagegen erließen bis Anfang der 1870er Jahre kein Impfgesetz. Auch Preußen hatte keines, übte aber auf andere Weise Druck auf die Bevölkerung aus, sich gegen die Pocken impfen zu lassen. So wurden nur jene Kinder zur Schule oder zur Ausbildung zugelassen, die einen Impfschein vorweisen konnten. Als infolge des Deutsch-französischen Krieges 1870/71 wieder eine große Pockenepidemie mit Hunderttausenden Todesopfern die Bevölkerung heimsuchte, griff das neu geschaffene Deutsche Reich zu Zwang: Am 5. Februar 1874 wurde das Reichsimpfgesetz trotz Widerstand aus Kreisen der organisierten Impfgegner im Reichstag angenommen. Es sah nicht nur die Pflichtimpfung gegen Pocken im Säuglingsalter vor, sondern auch eine Wiederimpfung im Alter von zwölf Jahren.

Auch nach der Verabschiedung des Reichsimpfgesetzes wurde die Frage, inwieweit ein „Vorsorgestaat“ das Recht hat, seine Bürger per Gesetz zur Impfung zu zwingen, immer wieder heftig diskutiert, und bis in die Zeit der Weimarer Republik hinein beschäftigte der Streit um die Impfpflicht den Reichstag. Die Fronten gingen quer durch die Parteien. Jenseits der öffentlichkeitswirksamen, durch konträre Meinungen aufgeheizten Debatten war dagegen die Impfpraxis bis 1933 durch einen „pragmatischen Paternalismus“ gekennzeichnet.¹¹ Das heißt, der Staat bestand weiterhin auf dem Impfwang, setzte ihn aber nicht mit aller Gewalt durch. Das lag nicht zuletzt an Berichten über Impfschäden, die immer wieder an die Öffentlichkeit gelangten. Diese erreichten aber meist nicht die Dimension des sogenannten Lübecker Impfungsunglücks von 1930, als 77 Kinder infolge der Injektion eines kontaminierten Tuberkulose-Impfstoffs starben und weitere 131 Impflinge erkrankten.¹² Aufgrund dieser Katastrophe verzögerte sich die Einführung der Impfung gegen Tuberkulose mit dem Bacillus Calmette-Guérin in Deutschland bis nach dem Zweiten Weltkrieg. Spätestens seit die-

¹¹ Malte Thießen, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*, Göttingen 2017, S. 132.

¹² Vgl. Eckart Roloff/Karin Henke-Wendt, *Das Lübecker Impfungsunglück von 1930 und ein schneller Prozess*, in: dies., *Geschädigt statt geheilt. Große deutsche Medizin- und Pharmaskandale*, Stuttgart 2018, S. 19–33.

¹⁰ Vgl. Jon Cohen, *Shots in the Dark. The Wayward Research for an AIDS Vaccine*, New York 2001.

sem tragischen Ereignis ging es also im politischen Diskurs nicht mehr nur um die Vakzination, sondern auch um Impfungen gegen eine Vielzahl von Krankheiten.

Selbst das nationalsozialistische Regime, das die Volksgesundheit über die individuelle Gesundheit stellte, unterdrückte nicht die Impfkritik. Das hing nicht nur damit zusammen, dass einige seiner führenden Vertreter, zum Beispiel Rudolf Hess, mit alternativen Heilmethoden liebäugelten. Das „Dritte Reich“ verfolgte außer mit Blick auf die Wehrmacht in der Impfpolitik einen pragmatischen Ansatz. Der wichtigste Grund waren erfolgreiche Werbekampagnen der Pharmaindustrie für eine freiwillige Impfung mittels Broschüren, Radiobeiträgen und Aufklärungsfilmen. So erreichte man Ende der 1930er Jahre etwa eine Impfquote von 90, oft über 95 Prozent bei der Diphtherieschutzimpfung, während diese bei der Pflichtimpfung gegen Pocken im Schnitt zwischen 60 und 80 Prozent lag. In Deutschland setzte also schon vor der Mitte des 20. Jahrhunderts eine Entwicklung ein, die man als den Übergang von der staatlichen Impfpflicht zur Privatisierung der Gesundheitsvorsorge bezeichnen kann.

Nach 1945 bestimmten in der Bundesrepublik und in der DDR unterschiedliche Prophylaxe-Konzepte das gesundheitspolitische Handeln. Dabei rückte vor allem die Schluckimpfung gegen Poliomyelitis in den Blickpunkt, nachdem die Pocken seit Ende der 1970er Jahre deutschland- und weltweit keine Gefahr mehr darstellten, denn die erfolgreiche Bekämpfung einer weiteren Kinderkrankheit versprach einen Prestigegewinn im Systemwettbewerb. Die DDR war stolz darauf, international als Vorsorgestaat par excellence zu gelten, doch war sie damit keine Biodiktatur. Aus den für die Planwirtschaft typischen Defiziten erwuchs in der Impffrage ein Pragmatismus, wenngleich sich die DDR-Regierung auf internationaler Ebene immer wieder mit Erfolgen ihres staatlich gelenkten Präventionsprogramms brüstete. In der Bundesrepublik waren es vor allem zivilgesellschaftliche Vereine, wie beispielsweise die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung oder das

Deutsche Grüne Kreuz, die mit finanzieller Förderung durch die Gesundheitsbehörden Impfkampagnen organisierten. 1972 wurde die Ständige Impfkommision (STIKO) eingerichtet, nach deren Empfehlungen sich die Gesundheitsbehörden in Impffragen richten. Ihre Empfehlungen gelten inzwischen als medizinischer Standard. Die seit 1874 bestehende Impfpflicht gegen Pocken wurde gut hundert Jahre nach ihrer Einführung schrittweise aufgehoben: Ab 1976 entfiel die Erstimpfung, 1983 wurde die Pockenimpfpflicht schließlich komplett aufgehoben. Gleichzeitig wurden auch alle gesetzlichen Zwangsimpfungen beseitigt.

Im vereinten Deutschland ist seit Längerem eine „liberale Wende des Präventionsdiskurses“ zu beobachten,¹³ in dem verstärkt an den Einzelnen als „präventives Selbst“ appelliert wird, die eigene Lebensführung gemäß gesundheitlichen Kriterien auszurichten. Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes 2001 kann eine Impfpflicht jedoch jederzeit wieder eingeführt werden. Nach Paragraph 20 Absatz 6 und Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes bedarf es lediglich einer einfachen Rechtsverordnung, um Impfungen verbindlich zu machen. So beschloss der Bundestag im November 2019 eine bundesweite Impfpflicht gegen Masern an allen deutschen Schulen, bei Tagesmüttern und für Kindertagesstätten, aber auch in anderen Gemeinschaftseinrichtungen wie Flüchtlingsunterkünften sowie für medizinisches Personal.

SCHLUSS

Mit Blick auf den fast zweihundertjährigen Kampf gegen Menschenpocken kann kein Zweifel daran bestehen, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen dem endgültigen Verschwinden dieser Seuche Anfang der 1980er Jahre und einer konsequenten Massenimpfung gibt. Bei anderen Infektionskrankheiten ist die historische Evidenz nicht so eindeutig. Derzeit wartet die Welt auf einen wirksamen Impfstoff gegen Covid-19. Nach einer aktuellen Meinungsumfrage würde sich mit 67 Prozent eine Mehrheit der Deutschen für eine Impfung gegen das neuartige Corona-Virus entscheiden.¹⁴ In der Gruppe der G7-Staaten liegt die Bundesrepublik damit allerdings nur auf dem vorletzten Platz.

ROBERT JÜTTE

leitete bis 2020 das Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart.
robert.juette@igm-bosch.de

13 Martin Lengwiler/Jeanette Madarász (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Bielefeld 2010, S. 22.

14 Vgl. Felix Eick, *Jeder dritte Deutsche momentan gegen eine Covid-19-Impfung*, 2.9.2020, www.welt.de/wirtschaft/article214826898.

VARIATIONEN DER PANDEMIEBEKÄMPFUNG

Staatliche Handlungsstrategien gegen Covid-19

Thomas Gerlinger

In den vergangenen Jahrzehnten war zumindest im wohlhabenden Teil der Welt kein Land von einer sich derart rasch ausbreitenden Infektionskrankheit mit einem so großen Bedrohungspotenzial wie Covid-19 betroffen. Die Bekämpfung der Pandemie erfolgte – wie zumeist bei Infektionskrankheiten – unter hohem Zeitdruck und unter den Bedingungen großer Unsicherheit.⁰¹ Der hohe Zeitdruck resultierte aus der leichten Übertragbarkeit des Virus und dem potenziell gefährlichen Krankheitsverlauf, die große Unsicherheit aus dem unzureichenden Wissen über das Virus. Letztere betraf vor allem die Übertragungswege, etwa die Rolle von Tröpfchen- und Schmierinfektion sowie von Aerosolen, und die Infektiosität des Virus, etwa den Zusammenhang von leichtem Krankheitsverlauf bei Kindern und Übertragbarkeit durch Kinder sowie die Dauer der Infektiosität von Infizierten. Damit war es auch nur schwer möglich, eine wissenschaftliche Antwort auf die Frage nach geeigneten Präventionsmöglichkeiten zu geben, zum Beispiel nach dem sicheren Abstand zu Infizierten, dem Sinn eines Mund-Nasen-Schutzes und einer Schließung von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sowie der Dauer einer Quarantäne von Infizierten. Antworten auf diese Fragen waren – und sind in vielen Fällen heute noch – umstritten oder haben sich im Zeitverlauf geändert.

Die Ausgangssituationen zur Eindämmung der Pandemie und zur Begrenzung ihrer gesundheitlichen Folgen waren und sind von Land zu Land unterschiedlich. Dies betraf sowohl die Übertragungsgeschwindigkeit und die Verbreitungswege des Virus als auch die Präventionsmöglichkeiten. In Ländern und Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte beziehungsweise einem hohen Bevölkerungsanteil in Ballungsgebieten und einer hohen räumlichen Mobilität verbreitet sich ein Virus im Allgemeinen schneller als

in ländlichen. Auch Lebensformen, also die Rolle der Familie, die Integration von Alten in die Gesellschaft oder der Anteil von Single-Haushalten, und vor allem das Ausmaß von Armut in einer Gesellschaft, beispielsweise beengte Wohnverhältnisse oder die Angewiesenheit auf öffentliche Verkehrsmittel, können Einfluss auf die Verbreitung eines Virus und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen haben. Die personelle und technische Ausstattung der für die öffentliche Gesundheit zuständigen Einrichtungen beeinflusst die Chancen, die Bevölkerung bei der Eindämmung des Virus zu unterstützen, die Einhaltung von Bestimmungen zu kontrollieren oder die Nachverfolgung potenziell Infizierter zu gewährleisten. Schließlich hängen die Sterbequote und die Häufigkeit schwerer Krankheitsverläufe auch davon ab, wie gut das medizinische Versorgungssystem auf die Behandlung einer großen Zahl Schwerstkranker vorbereitet ist.

Die Gesundheitssysteme sahen sich also mit der Herausforderung konfrontiert, auf unterschiedlichsten Feldern geeignete, auf die spezifischen Probleme zugeschnittene Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu treffen.

MAßNAHMEN GEGEN DIE PANDEMIE

Wohl für alle Länder gilt, dass die Dynamik der weltweiten Virusübertragung anfangs unterschätzt wurde. Die Regierungen in Europa stufte die von dem neuen Virus ausgehende Gefahr im Frühjahr 2020 überwiegend als gering ein. Erst dramatische Bilder aus Norditalien, wenig später aus Spanien und auch aus Frankreich, sowie steigende Infektionszahlen veranlassten die politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in anderen Ländern, rasch drastische Maßnahmen zu ergreifen. Viele Regierungen

gen verfügten anschließend einen sogenannten Lockdown, also die weitgehende Schließung von Einrichtungen und Geschäften sowie Kontaktverbote oder weitreichende Kontaktbeschränkungen, um die Verbreitung des Virus einzudämmen. Dies wurde begleitet von Maßnahmen zur Bereitstellung von Kapazitäten zur Behandlung der erwarteten hohen Zahl an Schwerstkranken, also Intensivbetten, Beatmungsgeräte und Schutzausrüstung für das medizinische Personal.

Allerdings unterschieden sich die eingeschlagenen Handlungsstrategien, die im Folgenden anhand ausgewählter Gesundheitssysteme, auf die sich die Augen der Weltöffentlichkeit in besonderer Weise gerichtet haben, knapp charakterisiert werden sollen. Über den Erfolg der eingeschlagenen Strategien lassen sich nur mit großen Einschränkungen Aussagen treffen. Denn *erstens* sind die Statistiken nicht international vergleichbar. Die erfassten Infektionen beruhen auf unterschiedlichen Testhäufigkeiten, und die Zahl der Sterbefälle wird nicht nach international einheitlichen Kriterien ermittelt, sodass die Daten keine Antwort auf die Frage nach der tatsächlichen Ausbreitung des Virus geben. *Zweitens* ist es schwierig, einzelnen Maßnahmen bestimmte Effekte zuzuordnen. *Drittens* unterscheiden sich die sozialen, gesellschaftlichen, kulturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen in den Staaten erheblich. *Viertens* ist die Pandemie noch nicht beendet und lassen sich aus der bisherigen Entwicklung keine Prognosen ableiten: Manche Länder, die im Frühjahr schwer von der Pandemie getroffen wurden, scheinen die Neuinfektionen im Frühherbst besser in den Griff bekommen zu haben, zum Beispiel Italien und mit etwas Zeitverzögerung auch Schweden; andere verzeichnen erneut, wie Spanien und Frankreich, oder erstmals, wie Israel, einen starken Anstieg.

Südkorea: Ein „Musterland“

Südkorea gilt weltweit als ein Vorbild bei der Covid-19-Bekämpfung.⁰¹ Nachdem sich aufgrund zweier Hotspots die Zahl der Infizierten

im Land rasch erhöht hatte, intervenierte die Regierung sehr schnell mit einer Kombination aus Maßnahmen. In deren Zentrum stand eine außerordentlich große Zahl von Tests, mit deren Hilfe Infizierte identifiziert und isoliert werden konnten. Das war möglich, weil die Regierung auf rund 600 moderne Testzentren zurückgreifen konnte, die über eine Kapazität von etwa 15 000 bis 20 000 Tests pro Tag verfügten. Eine aufwendige, akribische Nachverfolgung durch mehrere Hundert eigens eingestellte und geschulte Fachkräfte trug dazu bei, Kontaktpersonen von Infizierten ebenfalls schnell ausfindig zu machen und testen zu können, auch wenn sie symptomlos waren. Dabei wurden zahlreiche Datenquellen genutzt, unter anderem auch Kreditkartenabrechnungen und die Aufzeichnungen von Überwachungskameras. Ferner wurden Tests in sensiblen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt.

Schließlich setzte Südkorea stark auf den Einsatz moderner Informationstechnologie. Über verschiedene Apps und per SMS konnten die Bürger vor Infektionsfällen in ihrer näheren Umgebung gewarnt und auf mögliche Kontakte mit infizierten Personen hingewiesen werden. Allerdings lässt sich kaum feststellen, welche Rolle die digitale Infrastruktur bei der Pandemieeindämmung tatsächlich gespielt hat.

Im Ergebnis sank die Zahl der Neuinfektionen schnell und drastisch. Parallel wurden, wie in anderen Ländern auch, die Behandlungskapazitäten erhöht und zusätzliche Schutzausrüstungen für Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal beschafft. Auf diese Weise bekam das Land die Pandemie im Frühjahr 2020 bald in den Griff. Insgesamt ist die Zahl der Covid-19-Toten in Korea im weltweiten Vergleich sehr gering.

Ein wichtiger Grund für die schnelle und effektive Reaktion lag darin, dass Südkorea nach seinen Schwierigkeiten bei der Eindämmung der SARS-Epidemie 2013 und der MERS-Epidemie 2015 eine Reihe von Reformen umgesetzt hatte, um besser auf eine neue Epidemie vorbereitet zu sein. Dazu zählten die Weiterentwicklung von Notfallplänen und der starke Ausbau der Testkapazitäten. Die Erfahrung dieser beiden Epidemien dürfte auch die südkoreanische Bevölkerung in ihrer Disziplin bei der Einhaltung der Vorgaben bestärkt haben. Zu den geringen Infektionszahlen wird ebenfalls beigetragen haben, dass sich die Außengrenzen des Landes angesichts seiner

01 Vgl. Thomas Gerlinger/Rolf Rosenbrock, *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern 2021⁴ (i. V.).

02 Vgl. hier und im Folgenden Ariadne Labs, *Emerging COVID-19 Success Story: South Korea Learned the Lessons of MERS*, 30. 6. 2020, <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-korea>; Jongeun You, *Lessons From South Korea's Covid-19 Policy Response*, in: *American Review of Public Administration* 6–7/2020, S. 801–808.

geografischen Lage leicht überwachen lassen und daher die Einreise aus Risikogebieten kaum eine Rolle gespielt hat. Darüber hinaus verfügt Südkorea über ein personell und infrastrukturell gut ausgestattetes Gesundheitssystem und eine funktionierende Krankenversicherung. Südkorea hat die Erfolge in der Pandemiebekämpfung erzielt, ohne auf einen „Lockdown“ wie in Teilen Europas zurückgreifen zu müssen. Zwar wurden Schulen und Universitäten geschlossen sowie größere Veranstaltungen verboten. Behörden, Geschäfte, Restaurants, Bars und Cafés blieben aber geöffnet. Südkorea orientierte sich mit seinem Vorgehen eng an den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die das Land dafür auch als weltweit vorbildlich rühmte.

Schweden: Ein Sonderweg

Schwedens Strategie hat weltweit Beachtung gefunden, weil sie deutliche Unterschiede zu denen anderer wohlhabender Staaten aufweist.⁰³ Ähnlich wie viele andere Länder verfolgte Schweden das Ziel, die Verbreitung des Virus zu verlangsamen, und erhöhte die Kapazitäten für eine intensivmedizinische Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten erheblich. Die Einschnitte in das wirtschaftliche und soziale Leben fielen aber nicht so hart aus wie in vielen anderen Ländern Europas. Die schwedische Regierung setzte im Vertrauen auf die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger vor allem auf Empfehlungen und Appelle.⁰⁴ Dazu zählten Empfehlungen zur persönlichen Hygiene (Niesetikette, Händewaschen), zur Beachtung eines sicheren Abstands zu anderen Personen sowie Hinweise, möglichst von zu Hause aus zu arbeiten und sich bei Krankheitsanzeichen in Quarantäne zu begeben. Eine Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, eine Schließung von Geschäften oder von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen erfolgte bisher nicht. Allerdings wurden ein Verbot von Veranstaltungen mit mehr als 50 Personen, ein landesweites Be-

suchsverbot in Pflegeheimen sowie Abstandsregelungen in Gaststätten verfügt.⁰⁵

Die Gründe für die weniger restriktive Strategie Schwedens sind unterschiedlich. Im Zentrum steht der hohe Stellenwert individueller Freiheit in der schwedischen Gesellschaft, der besonders hohe Hürden für die Durchsetzung von Zwangsmaßnahmen mit sich bringt.⁰⁶ Ferner spielen pragmatische Gründe eine wichtige Rolle. Die Regierung geht davon aus, dass Appelle an die Eigenverantwortung auf größere Akzeptanz stoßen sowie besser und vor allem auch langfristiger befolgt werden als Zwangsmaßnahmen. Daher halten die Verantwortlichen diese Strategie auch für nachhaltiger. Ferner gibt es Zweifel an der Wirksamkeit eines „Lockdowns“, eines Mund-Nasen-Schutzes und von Reisebeschränkungen. Den Verzicht auf die Schließung von Kindertagesstätten und Grundschulen begründeten die Verantwortlichen mit den Nebenwirkungen dieser Maßnahme vor allem mit Blick auf sozial benachteiligte Kinder und die Berufstätigkeit der Eltern, insbesondere der Mütter.⁰⁷ Anders als gelegentlich dargestellt, zielte die schwedische Regierung mit dem Teilverzicht auf Zwangsmaßnahmen nicht auf Herdenimmunität, also auf die Immunisierung eines Großteils der Bevölkerung – Schätzungen gehen von rund 60 Prozent aus – nach überstandener Infektion mit dem Virus, sondern betrachtete diese als einen möglichen Nebeneffekt. Auch war ihr Vorgehen nicht verknüpft mit einer Verharmlosung des Virus.

Ob die schwedische Strategie erfolgreich ist, lässt sich gegenwärtig nicht abschließend beurteilen. Den schwedischen Bürgerinnen und Bürgern wird im Allgemeinen eine große Disziplin attestiert, die zu ähnlichem Verhalten geführt habe wie in Ländern mit einem strengen „Lockdown“. So sei der Aufenthalt am Arbeitsplatz ebenso wie die Nutzung des öffentlichen Personenverkehrs deutlich zurückgegangen.⁰⁸ Im Frühjahr blieben die Infektionszahlen und die Sterbefälle in

03 Vgl. hier und im Folgenden Jonas F. Ludvigsson, *The First Eight Months of COVID-19 Strategy and the Key Actions and Actors That Were Involved*, in: *Acta Paediatrica* 2020, <https://doi.org/10.1111/apa.15582>; Andrius Kavaliunas et al., *Swedish Policy Analysis for Covid-19*, in: *Health Policy and Technology*, 29.8.2020, <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.009>.

04 Vgl. Martin Lindström, *The COVID-19 Pandemic and the Swedish Strategy*, in: *Population Health* 11/2020, <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100643>.

05 Siehe www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/about-us/brief-facts-and-organization.

06 Vgl. Lindström (Anm. 4).

07 Vgl. Folkhälsomyndigheten, *COVID-19 and Children*, 25.9.2020, www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/communicable-disease-control/covid-19/covid-19-and-children/?exp=72835.

08 Vgl. Christian Krell, *Corona: Wie erfolgreich ist der Sonderweg in Schweden?*, 25.8.2020, www.vorwaerts.de/artikel/corona-erfolgreich-sonderweg-schweden.

Schweden, bezogen auf die Bevölkerungszahl, hinter denen der besonders schwer betroffenen Länder Südeuropas und Großbritanniens zurück, war aber um ein Vielfaches höher als in anderen skandinavischen Ländern und in Deutschland. Zur Erklärung verwiesen die Verantwortlichen auf den sehr hohen Anteil von Sterbefällen in Pflegeheimen, auf die mehr als die Hälfte aller Covid-19-assoziierten Sterbefälle entfiel. Hier seien die Verantwortlichen in den Regionen nicht ausreichend vorbereitet gewesen.⁹ Im September und Oktober 2020, als die Infektionszahlen in den meisten Ländern Europas wieder stark anstiegen, verzeichnete Schweden im EU-Vergleich unterdurchschnittliche Zahlen an positiv getesteten Personen und Sterbefällen.¹⁰ Auch die Zahl der Covid-19-Intensivpatientinnen und -patienten stabilisierte sich auf niedrigem Niveau. So wurden die geschaffenen intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten nicht genutzt und waren auch zu den Spitzenzeiten der Infektionsverbreitung nicht ausgelastet.

Großbritannien:

„Lockdown“ nach Laissez-faire

Großbritannien wurde später von der Pandemie getroffen als die Länder Süd-, West- und Nordeuropas. Die britische Regierung setzte zunächst auf die Strategie der Herdenimmunität und griff nicht zu einschneidenden Maßnahmen. Allerdings ist eine solche Strategie im Hinblick auf eine Infektionskrankheit wie Covid-19 allein aus ethischer Perspektive höchst fragwürdig, denn man setzt damit die gesamte Bevölkerung und insbesondere die bekannten Risikogruppen der Gefahr eines schwerwiegenden Krankheitsverlaufs, langwieriger oder bleibender Gesundheitsschäden und oder sogar des Sterbefalls aus. Zudem ist unsicher, ob und wie lange infizierte Personen tatsächlich immun sind und damit die Infektion nicht weitertragen können.

Entsprechend stieß diese Strategie auf deutliche Kritik, auch im Lichte sehr hoher Sterbezahlen durch das Virus. In einem offenen Brief forderten mehr als 200 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am 14. März 2020 die Regie-

rung zu entschlossenen Maßnahmen gegen die Verbreitung des Virus auf. Recht bald schwenkte die Regierung auf die in den meisten Ländern Kontinentaleuropas verfügten Schließungen von Behörden und Geschäften, das Verbot größerer Veranstaltungen, Ausgangsbeschränkungen, Kontaktverbote und -einschränkungen um. Ein wichtiges Motiv war auch hier das Bestreben, den National Health Service (NHS), der aufgrund seiner chronischen Unterfinanzierung besonders schlecht auf einen solchen Krisenfall vorbereitet war, mit der Behandlung schwerkranker Covid-19-Patientinnen und -Patienten nicht zu überfordern. Parallel war die Regierung bemüht, die intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten auszuweiten.¹¹ Außerdem wurden die Testkapazitäten stark erhöht. Jedoch wiesen die Zahlen der Neuinfektionen und der Todesfälle in den folgenden Wochen weiterhin steil nach oben.

Anfang Mai 2020 stellte die Regierung einen stufenweisen Ausstieg aus dem „Lockdown“ vor. Er sah erste Lockerungen von Ausgangsbeschränkungen und die Erlaubnis von Aktivitäten im Freien vor. Im Sommer wurden Schulen und Geschäfte sowie Restaurants und Cafés wieder geöffnet.¹² Nachdem die Infektionszahlen im Herbst 2020 wieder deutlich anstiegen, griff die Regierung erneut zu Einschränkungen, etwa mit einer Sperrstunde für Pubs und Restaurants.

Die Covid-19-Strategie der britischen Regierung wurde in Großbritannien selbst scharf kritisiert. Vor allem sei der „Lockdown“ zu spät erlassen worden. Der damalige Regierungsberater Neil Ferguson ging davon aus, „dass mindestens die Hälfte der mehr als 45 500 Sterbefälle in Großbritannien hätten verhindert werden können, wäre der Lockdown im März eine Woche früher durchgesetzt worden“.¹³ Die Lockerungsmaßnahmen kritisierten viele wiederum als voreilig, widersprüchlich und unklar.¹⁴ Zudem galten sie

¹¹ Vgl. Lawrence Freedman, *Strategy for a Pandemic: The UK and COVID-19*, in: *Survival* 3/2020, S. 25–76.

¹² *Our Plan to Rebuild: The UK Government's COVID-19 Recovery Strategy*, Mai 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/884760/Our_plan_to_rebuild_The_UK_Government_s_COVID-19_recovery_strategy.pdf.

¹³ Vgl. Boris Johnson gesteht Fehler ein, 27.4.2020, www.faz.net/-16875551.html.

¹⁴ Vgl. Gabriel Scally/Bobbie Jacobson/Kamran Abbasi, *The UK's Public Health Response to Covid-19*, in: *British Medical Journal* 1932/2020, www.bmj.com/content/369/bmj.m1932.

⁹ Vgl. Sven Lemkemeyer, *Schweden feiert Etappenerfolg in der Corona-Pandemie*, 9.9.2020, www.tagesspiegel.de/26170858.html.

¹⁰ Vgl. European Centre for Disease Control, *Daily Situation Update on Covid-19 for the EU/EEA and the UK*, www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea.

nur für England, nicht aber für Schottland, Wales und Nordirland, die zunächst am „Lockdown“ festhielten. Großbritannien zählte im Herbst 2020 neben Spanien, Italien und Frankreich zu den am schwersten von der Pandemie betroffenen Ländern in Europa.

USA und Brasilien: Zentralstaatliche Verharmlosung und föderaler Flickenteppich

Die USA und Brasilien sind Staaten, deren Verfasstheit, ökonomische Leistungsfähigkeit und Gesundheitssysteme höchst unterschiedlich sind. Dessen ungeachtet sind sie mit ihren Staatshäuptern Donald Trump und Jair Bolsonaro besonders markante Beispiele für Länder, in denen die Regierungen Covid-19 verharmlosten. In Europa war in dieser Hinsicht der britische Premierminister Boris Johnson ein Verwandter im Geiste. Es ist sicherlich kein Zufall, dass gerade diese drei Staats- und Regierungschefs sich mit ihrem demonstrativen Verzicht auf persönliche Schutzmaßnahmen mit Covid-19 infizierten.

Allerdings stehen die USA und Brasilien auch dafür, dass die nationalen Regierungen in föderal organisierten Staaten einen beschränkten Einfluss auf den Umgang mit der Pandemie haben, weil die Zuständigkeit für Maßnahmen zur öffentlichen Gesundheit bei den jeweiligen Bundesstaaten liegt.¹⁵ Vielfach verfolgten die Bundesstaaten in beiden Ländern eine eigene Strategie und griffen zu „Lockdown“-Maßnahmen. In den USA waren dies Bundesstaaten mit Gouverneuren der Demokratischen Partei. Bisweilen griffen auch republikanische Gouverneure zu einschneidenden Maßnahmen, oft allerdings erst dann, wenn dies angesichts der Infektionslage alternativlos war. Auch in Brasilien ergriffen Gouverneure in besonders stark von der Pandemie betroffenen Gebieten zu entsprechenden Maßnahmen. Dies führte zu einem unübersichtlichen Flickenteppich.

15 Vgl. hier und im Folgenden *State Data and Policy Actions to Address Coronavirus*, fortlaufend, www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/state-data-and-policy-actions-to-address-coronavirus; Savannah Bergquist/Thomas Otten/Nick Sarich, COVID-19 Pandemic in the United States, in: *Health Policy and Technology*, 27.8.2020, <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.007>; Elize Massard da Fonseca et al., COVID-19 in Brazil: Presidential Denialism and the Subnational Government's Response, in: Scott L. Greer et al. (Hrsg.), *The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, Ann Arbor 2021, <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36418.81609>.

Eine landesweite Koordination föderaler Maßnahmen, wie sie in Deutschland stattfand, hat es bisher weder in den USA noch in Brasilien gegeben. Stattdessen führten die Staatshäupter persönlich und ihre Regierungen insgesamt nachgerade einen Kulturkampf über den Umgang mit dem Virus: Sie verurteilten Schließungen, Kontakteinschränkungen und -verbote scharf und riefen die Bevölkerung in den betroffenen Bundesstaaten zu Protest und Widerstand gegen solche Auflagen auf.¹⁶

Die Verharmlosung des Virus und der partielle Verzicht auf rigorose Prävention werden in beiden Ländern ergänzt durch eine extreme soziale Ungleichheit und eine unzureichende medizinische Versorgungsinfrastruktur, die vor allem sozial Benachteiligten den Zugang zu einer angemessenen Versorgung erschwert oder gar verwehrt. So erreichten die USA und Brasilien weltweit Spitzenwerte bei den Infektionszahlen, den Zahlen der im Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen und der Zahl der Sterbefälle im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Auch wenn diese Indikatoren nur eingeschränkt vergleichbar und daher mit Vorsicht zu interpretieren sind, gibt es doch keinen Zweifel darüber, dass ein erheblicher Teil der Infektionen und der Todesfälle bei einer konsequenteren Prävention und einer besseren Ausstattung des medizinischen Versorgungssystems vermeidbar gewesen wäre.

NATIONALSTAATLICHER EGOISMUS

In der Reaktion auf die Pandemie dominierten weltweit nationale Egoisten. Unter Zeitdruck gingen die Nationalstaaten eigene Wege und ergriffen diejenigen Maßnahmen, die sie in ihrem Interesse für geboten hielten. In der Not war sich jeder selbst der Nächste. Dies betraf die Schließung von Grenzen, den Kauf von Schutzausrüstung und Medikamenten und die Sicherung des Zugriffs auf einen Impfstoff.

Augenfällig werden diese nationalen Alleingänge auch am Beispiel der EU. Der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) weist der EU unter anderem die Aufgabe zu, die Mitgliedsstaaten bei der Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren – und darum

16 Vgl. Bergquist et al. (Anm. 15); Lorena G. Barberia/Eduardo J. Gómez, Political and Institutional Perils of Brazil's COVID-19 Crisis, in: *The Lancet* 396/2020, S. 367f.

handelt es sich bei der Covid-19-Pandemie ohne Zweifel – zu unterstützen und deren Handeln zu koordinieren. Der AEUV hätte somit den Mitgliedsstaaten die Möglichkeit eröffnet, der EU eine stärkere Rolle bei der Eindämmung der Pandemie zuzuweisen oder Entscheidungen darüber gemeinsam auf EU-Ebene zu treffen. Dazu ist es jedoch nicht gekommen, und daher spielte die EU insbesondere im Frühjahr 2020 eine Nebenrolle.¹⁷ Es waren ausschließlich die Nationalstaaten, die die Entscheidungen über die Maßnahmen für ihr Territorium trafen. Dies traf selbst auf einen Kernbereich der EU-Identität zu, den freien Personenverkehr im Binnenmarkt. Die EU-Mitgliedsstaaten verhängten Einreiseverbote allein nach Maßgabe nationalstaatlicher Opportunitäten und ohne Rücksprache mit den zuständigen EU-Institutionen.

Zwar gab es über die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister auch EU-weite Koordinierungsversuche, es kam zu einer Reihe von Vereinbarungen, und die EU-Kommission leitete ebenfalls Maßnahmen ein.¹⁸ Allerdings betraf dies kaum die unmittelbaren Schritte zur Pandemiebekämpfung, sondern ganz überwiegend mittelbare Aktivitäten wie die Finanzierung der Forschung zur Entwicklung eines Impfstoffs. Parallel dazu gingen die Nationalstaaten aber auch auf diesen Gebieten eigene Wege. Dieser Egoismus bringt auch zum Ausdruck, dass die Nationalstaaten die Gefährdung als hoch einstufen und schnelles Handeln angezeigt war. Beides sind offenkundig Bedingungen, die nicht ausreichend Raum lassen für eine zumeist zeitaufwendige Koordination. Dass es auch Beispiele internationaler Solidarität gab, etwa die Hilfe Deutschlands bei der Versorgung von Schwerstkranken aus anderen EU-Staaten, widerspricht dem Befund eines dominanten nationalstaatlichen Egoismus nicht.

BESTIMMUNGSFAKTOREN DER STRATEGIEWAHL

Für eine Erklärung der Variationen der Pandemiebekämpfung ist es noch viel zu früh. Ganz

offenkundig müssen dazu unterschiedliche Faktoren herangezogen werden.¹⁹ Eine Kausalität oder Pfadabhängigkeit der gewählten nationalen Strategien von den Eigenschaften des jeweiligen Gesundheitssystemtypus ist jedenfalls nicht zu erkennen. Es gibt keinen Mechanismus, der ein soziales Krankenversicherungssystem, einen nationalen Gesundheitsdienst oder ein regionalisiertes staatliches Gesundheitssystem für die eine oder andere Eindämmungsstrategie prädestiniert hätte.

Die hier vorgestellten Beispiele lassen den Schluss zu, dass, so eine erste These, die Reaktionen auf die Pandemie stark von den politischen Präferenzen und ideologischen Einstellungen der Regierungen sowie von ihrer Einschätzung des Handlungsdrucks und der Akzeptanz von Maßnahmen bestimmt wurde. Die Entscheidungen über die Eindämmungsmaßnahmen waren von Anfang an auf höchster politischer Ebene angesiedelt, also Sache von Regierungskabinetten, Staats- und Regierungschefs – entweder auf der Ebene des Gesamtstaats oder seiner für die öffentliche Gesundheit zuständigen Untergliederungen. Denn die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung waren und sind von großer Relevanz für die Bevölkerungsgesundheit sowie von erheblicher gesellschaftspolitischer und volkswirtschaftlicher Tragweite.

Die Länderanalysen deuten darauf hin, dass offenkundig solche Regierungen, die eine besonders starke Präferenz für wirtschaftspolitischen Liberalismus und Deregulierung haben, eine große Abneigung gegenüber Eingriffen zur Pandemieeindämmung an den Tag legten, wenn sie wirtschaftliche Einschnitte mit sich bringen würden. Dafür stehen die Beispiele USA, Brasilien und auch Großbritannien. Großbritannien schwenkte erst nach dem starken Anstieg der Infektionszahlen und massiver öffentlicher Kritik auf restriktivere Maßnahmen um. Hier mag neben dem Gesundheitsmotiv auch die Einsicht, dass eine nachhaltige Wirtschaftsbelebung erst nach Überwindung der Pandemie zu erwarten sein würde, eine Rolle gespielt haben. Eine solche Handlungsrationalität hat sich wiederum in den Regierungen der USA und Brasiliens bisher nicht durchgesetzt. Das Vorgehen der schwedi-

17 Vgl. Scott Greer/Anniek de Ruijter, EU Health Law and Policy in and after the COVID-19 Crisis, in: *The European Journal of Public Health* 4/2020, S. 623f.

18 Siehe https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/timeline-eu-action_en.

19 Vgl. Scott Greer et al., The Comparative Politics of COVID-19: The Need to Understand Government Responses, in: *Global Public Health* 9/2020, S. 1413–1416.

schen Regierung hat zwar auch einen ideologischen, inhaltlich aber ganz anderen Hintergrund, weil hier eine Tradition demokratischer Freiheitsrechte im Mittelpunkt steht. Sie wurde begleitet von der Überzeugung, dass Zwangsinstrumente sich nur bedingt für die Pandemiebekämpfung eignen, sowie von einer Reihe fachlich-pragmatischer Überlegungen.

Zu Letzteren gehörte nicht nur in Schweden, sondern in vielen anderen Ländern auch, die Frage nach der Akzeptanz etwaiger Maßnahmen in der Bevölkerung. Mit dem Rückgang der Infektionszahlen und der Sterbefälle nach dem „Lockdown“ im Frühjahr erodierte in vielen Ländern auch die zunächst sehr große Zustimmung zu harten Einschnitten („Präventionsparadox“). Auch dies dürfte die seit Mai 2020 in vielen Ländern vorgenommenen Lockerungen forciert haben. Seither ist der Legitimationsdruck für Eingriffe in das soziale und wirtschaftliche Leben gestiegen. Der neuerlichen Zunahme der Infektionszahlen im Herbst 2020 wollen politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in vielen Gesundheitssystemen nun durch gezielte Maßnahmen entgegenwirken. Ein weiterer allgemeiner „Lockdown“ wird weithin als das letzte Mittel der Wahl betrachtet. Eine Nachverfolgung von Kontakten, wie sie in Südkorea praktiziert worden ist, wäre in Schweden, Großbritannien oder in anderen Staaten Nord-, West- und wohl auch Südeuropas kaum durchsetzbar gewesen.

Ungeachtet der auch ökonomischen Motive lässt sich feststellen, dass die Bevölkerungsgesundheit bei der Pandemiebekämpfung in vielen Gesundheitssystemen das zentrale Handlungsmotiv darstellt. Wohl kaum jemals zuvor kam politisches Handeln dem WHO-Leitbild „Health in all Policies“, also der Vorstellung, dass sich das Ziel „Gesundheit“ in allen Politikfeldern niederschlagen solle, so nahe wie in den ersten Wochen der Pandemie. Kaum jemals zuvor ist auch wissenschaftliche Expertise – vor allem aus der Virologie und der Epidemiologie – in Öffentlichkeit und Politik auf eine derart große Aufmerksamkeit gestoßen. Wissenschaftliche Befunde sind für das Alltagshandeln und für die politische Entscheidungsfindung gerade in einer Situation hohen Zeitdrucks und verbreiteter Unsicherheit wichtige Orientierungspunkte. Freilich zählen die USA und Brasilien auch in dieser Hinsicht zu den Ausnahmen.

AUSBLICK

Die betrachteten Gesundheitssysteme haben ihre Struktur und Organisation im Zuge der Bekämpfung der Covid-19-Pandemie bewahrt. Wie erfolgreich die einzelnen Systeme dabei waren, lässt sich zurzeit noch nicht beurteilen, zumal der Erfolg auch von Faktoren abhängt, die sie nicht direkt beeinflussen können. Die Covid-19-Pandemie hat viele Gesundheitssysteme ohne eine angemessene Vorbereitung getroffen. Dabei geht es nicht nur um den Mangel an Schutzausrüstung, Testkapazitäten, Medikamenten und Notfallplänen. Die Pandemie legte auch Schwächen in der Struktur und Funktionsweise von Gesundheitssystemen offen, auch wenn diese in vielen Fällen bereits bekannt waren: die unzureichende Ausstattung mit geeigneten Versorgungskapazitäten, die Schwierigkeiten sozial Benachteiligter beim Zugang zur medizinischen Versorgung, die Wirksamkeit des Schutzes von Risikogruppen, nicht zuletzt auch von sozial Schwachen, eine verbreitete Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme und manches andere mehr. Mängel traten auch in anderen Systemen zutage: in Deutschland die Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in Frankreich der ausgeprägte Zentralismus der Entscheidungsstrukturen, in Spanien der drastische Rückbau der Gesundheitsversorgung im Zuge der Finanzkrise. Die Liste ließe sich fortsetzen. In manchen Ländern wurden Schritte zur Behebung von Mängeln angekündigt, in anderen erste Maßnahmen verabschiedet. Die Covid-19-Pandemie mag die Einsicht in die Notwendigkeit der Verbesserung von Gesundheitssystemen befördert haben. Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass sich mit ihren ökonomischen Auswirkungen die Chancen auf eine ausreichende Finanzierung solcher Maßnahmen nicht verbessert haben.

THOMAS GERLINGER

ist Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und leitet dort die Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“.

thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

GESUNDHEIT ALS MENSCHENRECHT

Michael Krennerich

Gesundheit ist ein wichtiges gesellschaftspolitisches Thema – und dennoch ist es als Menschenrecht selbst Interessierten und Engagierten oft nicht bekannt.⁰¹ Was ist also unter einem „Menschenrecht auf Gesundheit“ zu verstehen? Zunächst: Es handelt sich nicht um eine rechtliche Garantie, gesund zu sein. Eine solche Garantie kann kein Staat abgeben, schon allein, weil die Gesundheit von vielen Bestimmungsgründen abhängt, die der Staat nicht zu kontrollieren vermag oder aus guten menschenrechtlichen Gründen nicht zu kontrollieren hat. Die Grundidee des Menschenrechts auf Gesundheit ist vielmehr, dass der Staat – als vorrangiger Träger menschenrechtlicher Pflichten – die Gesundheit der Menschen nicht beeinträchtigt, diese vor Eingriffen schützt und Maßnahmen ergreift, damit die Menschen gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen vorfinden. Vor allem aber sollen die Menschen Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben. Damit ergeben sich aus dem Menschenrecht auf Gesundheit staatliche Unterlassungs- und Handlungspflichten, die sich gesellschaftspolitisch einfordern und – je nach regionalem oder nationalem Recht – mitunter auch einklagen lassen.⁰² Justiziabel ist das Recht auf Gesundheit insbesondere im Falle von Eingriffen oder offenkundig unzureichendem Handeln sowie bei einer Gleichheitswidrigkeit staatlicher Maßnahmen ohne gewichtigen Differenzierungsgrund.

VÖLKERRECHTLICHE VERANKERUNG

In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 findet sich das Recht auf Gesundheit als Teil des Rechts auf einen angemessenen Lebensstandard. Eigenständig wurde es im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte (UN-Sozialpakt) von 1966 verankert, der 1976 in Kraft trat. Der UN-Sozialpakt ist für seine 171 Vertragsstaaten, darunter auch Deutschland, völkerrechtlich verbindlich. Auch weitere von Deutschland ratifizierte

UN-Menschenrechtsabkommen verpflichten die Staaten, eine angemessene, diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung sicherzustellen, und benennen weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit. Dazu zählen die UN-Antirassismuskonvention von 1966, die UN-Konvention zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau von 1979, die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 oder auch die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006, die ebenfalls von der großen Mehrheit der Staaten ratifiziert wurden. Hinzu kommt eine Reihe von regionalen Menschenrechtsverträgen, die für verschiedene Weltregionen nochmals eigens das Recht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung und andere Aspekte des Rechts auf Gesundheit verankern.⁰³

GRUNDZÜGE DES RECHTS AUF GESUNDHEIT

Angesichts der vielen Rechtsquellen ist eine allgemeine Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit kein einfaches Unterfangen. Ein geeigneter Ansatzpunkt, um die Grundzüge dieses Rechts zu erfassen, ist der UN-Sozialpakt, der das grundlegende UN-Menschenrechtsabkommen zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten darstellt und daher im Fokus dieses Beitrags steht. Hilfreich sind diesbezüglich die „Allgemeinen Kommentare“ und Empfehlungen des UN-Ausschusses, der den UN-Sozialpakt überwacht. Die Interpretationsvorgaben des Ausschusses sind zwar nicht rechtsverbindlich, doch bieten sie eine weithin anerkannte Orientierungshilfe bei der zeitgemäßen Auslegung einzelner Rechte. Das Menschenrecht auf Gesundheit, wie es im UN-Sozialpakt verankert ist, berechtigt demnach jeden Menschen, ein „für ihn erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ zu erlangen. Es hebt zum einen darauf ab, dass die Menschen nicht in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden. Das Recht auf Gesundheit umfasst also zunächst die Freiheit, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper selbst zu

bestimmen, sowie das Recht, frei von Eingriffen in die Gesundheit zu sein und nicht misshandelt oder ohne Einwilligung medizinischen Versuchen oder Behandlungen unterzogen zu werden. Zum anderen sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Menschen Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben und Bedingungen vorfinden, um gesund leben und arbeiten zu können. Im Mittelpunkt der Diskussion steht dabei die Gesundheitsversorgung, an die der UN-Ausschuss – ähnlich wie bei anderen sozialen Menschenrechten⁰⁴ – die Kategorien der Verfügbarkeit (*availability*), des offenen Zugangs (*accessibility*), der Annehmbarkeit (*acceptability*) sowie der Qualität (*quality*) anlegt, um das Recht zu konkretisieren.

Im Sinne der **Verfügbarkeit** haben die Staaten demnach dafür Sorge zu tragen, dass funktionierende Gesundheitsinfrastrukturen vorhanden sind. Obwohl deren konkrete Beschaffenheit von vielen Faktoren – insbesondere vom Entwicklungsstand und den Ressourcen eines Landes – abhängen, sind ausreichend Gesundheitseinrichtungen, geschultes Personal sowie eine Grundausstattung an unentbehrlichen Arzneimitteln gemäß den Standards der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vonnöten. Zugleich soll allen Menschen der **Zugang** zu medizinischen Einrichtungen und Behandlungen offenstehen – und zwar in mehrfacher Hinsicht: diskriminierungsfrei, auch und gerade im Falle besonders schutzbedürftiger und marginalisierter Gruppen; physisch, also in sicherer Reichweite und zugänglich auch für Frauen, Kinder, ältere Menschen sowie für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen; wirtschaftlich – dergestalt, dass medizinische Einrichtungen und Behandlungen

für alle, auch arme und sozial benachteiligte Menschen, bezahlbar und erschwinglich sind; informiert – in dem Sinne, dass die Menschen das Recht haben, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu erhalten und weiterzugeben, sofern dabei nicht der persönliche Vertrauensschutz beeinträchtigt wird. Im Sinne der **Annehmbarkeit** wiederum müssen Gesundheitseinrichtungen und ärztliche Behandlungen die Grundsätze medizinischer Ethik befolgen sowie kulturelle, aber auch gender- und altersbedingte Besonderheiten berücksichtigen. Gefordert ist weiterhin, dass sie unter wissenschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten geeignet und von angemessener **Qualität** sind. Auch Hygiene spielt dabei eine große Rolle.

STAATLICHE ACHTUNGSPFLICHTEN

Die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Menschenrechte tragen, völkerrechtlich gesehen, die Staaten. Achtungspflichten bilden den Kern eines liberalen Menschenrechtsverständnisses, das den Schutz der Freiheitssphäre des einzelnen Menschen gegenüber Eingriffen des Staates und damit den Abwehrcharakter der Menschenrechte in den Mittelpunkt rückt. Sie verpflichten die Staaten, den einzelnen Menschen nicht direkt oder indirekt in der Ausübung seines Menschenrechts zu hindern – und dort, wo sie es tun, entsprechende Eingriffe zu beheben. Die Staaten dürfen daher das Recht auf Gesundheit der Menschen nicht selbst verletzen; sie sollen also keine Handlungen vornehmen, die dem Recht auf Gesundheit zuwiderlaufen und „zu körperlichen Schäden, unnötigen Erkrankungen und vermeidbarer Sterblichkeit führen können“.⁰⁵

Darunter fallen offenkundige Verletzungen wie medizinische Versuche mit Patientinnen und Patienten ohne deren Einwilligung, Zwangssterilisationen von Menschen mit Behinderungen oder auch Misshandlungen psychisch kranker Menschen in staatlichen „Verwahranstalten“, um nur einige drastische Beispiele zu nennen. Gerade die Vernachlässigung von und der Umgang mit psychisch Kranken bedarf in vielen Ländern eines Umdenkens.⁰⁶ Vor allem Zwangsmaßnahmen sind in hohem Maße

01 Vgl. Heiner Bielefeldt, Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen. Einige Grundsatzüberlegungen, in: ders./Andreas Frewer (Hrsg.), Das Menschenrecht auf Gesundheit, Bielefeld 2016, S. 19–56.

02 Die UN-Menschenrechtsabkommen sehen neben dem obligatorischen Staatenberichtsverfahren fakultative Beschwerde-, Untersuchungs- und Präventivverfahren vor, aus denen aber allesamt lediglich Empfehlungen hervorgehen. Klagen im engeren Sinn sind, abhängig vom nationalen Recht, nur vor nationalen Gerichten sowie gegebenenfalls vor regionalen Menschenrechtsgerichtshöfen möglich.

03 Vgl. ausführlicher Michael Krennerich, Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts, in: Zeitschrift für Menschenrechte 2/2015, S. 8–35.

04 Vgl. ders., Soziale Menschenrechte – zwischen Recht und Politik, Schwalbach/Ts. 2013.

05 UN-Doc. E/C.12/2000/4, Rn. 5.

06 Vgl. den Bericht des UN-Sonderberichterstatters zum Recht auf Gesundheit: UN-Doc. A/HRC/44/48.

begründungsbedürftig, allenfalls zum Eigen- und Fremdschutz. Auch können unzureichende, fehlerhafte oder missbräuchliche Behandlungen Eingriffe in das Recht auf Gesundheit darstellen.⁰⁷ Als ein wenig bekanntes Beispiel seien die UN-Empfehlungen an Deutschland erwähnt, medizinisch nicht notwendige geschlechtsangleichende Eingriffe an intersexuellen Säuglingen und Kindern zu verbieten und diesen ein förderliches Umfeld bereitzustellen, in dem sie sich mit ihrer präferierten Geschlechtsidentität entfalten können.⁰⁸

Weiterhin ist zu prüfen, ob Gesetze, Verordnungen oder auch nur die Praxis in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bestimmten Personen(gruppen) einen diskriminierungsfreien Zugang verwehren. Aus menschenrechtlicher Sicht muss nicht nur allen Menschen im Notfall geholfen und der Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung ermöglicht werden, selbst dann, wenn sie sich eine Behandlung nicht leisten können. Darüber hinaus ist ein allgemeiner diskriminierungsfreier Zugang zur vorbeugenden, heilenden und lindernden medizinischen Versorgung zu ermöglichen. In der Praxis jedoch werden beispielsweise Frauen, Angehörige nationaler Minderheiten oder auch Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen vielerorts diskriminiert, wie UN-Menschenrechtskontrollorgane immer wieder aufzeigen.⁰⁹ Auch in Deutschland mit seinem ausgebauten, hochwertigen Gesundheitswesen leben Menschen, die Gesundheitsleistungen nur in eingeschränktem Maße in Anspruch nehmen können.¹⁰ Dazu zählen etwa deutsche und ausländische Staatsangehörige ohne Krankenversicherung sowie Personen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen und den gesetzlich Versicherten nicht gleichgestellt sind – was aus Sicht des Diskriminierungsverbotes des UN-Sozialpaktes kritisierbar ist.¹¹ Geradezu katastrophal sind zudem in vielen Ländern die hygienischen und gesundheit-

lichen Bedingungen in Flüchtlingslagern und vor allem in Gefängnissen, obwohl der Staat eine besondere Fürsorgepflicht für Menschen hat, die sich in seiner Obhut befinden.

Die Gesundheit gefährdende und schädigende staatliche Handlungen können zudem jene Parameter betreffen, die außerhalb des Gesundheitswesens die Gesundheit der Menschen beeinflussen, wie etwa der Zugang zu sauberem Trinkwasser, eine angemessene Sanitärversorgung, unbedenkliche Nahrung und Unterkunft, gesunde Arbeits- und Umweltbedingungen sowie gesundheitsbezogene Informationen. Vor diesem Hintergrund ist etwa zu prüfen, inwieweit von staatlichen Maßnahmen in den verschiedenen Politikbereichen, etwa in der Wirtschafts- und Energiepolitik, Gesundheitsgefahren und -schäden ausgehen. Auch können staatliche Betriebe oder öffentliche Infrastrukturmaßnahmen das Recht auf Gesundheit verletzen, wenn der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz vernachlässigt oder die Umwelt kontaminiert wird. Ebenso kann die Zurückhaltung oder Falschdarstellung gesundheitsrelevanter Informationen eine Verletzung staatlicher Achtungspflichten darstellen. So darf der Staat (lebens)wichtige Gesundheitsinformationen etwa im Hinblick auf Ansteckungsschutz, Seuchenprävention oder Umweltkatastrophen weder zurückhalten noch verfälschen.

STAATLICHE SCHUTZPFLICHTEN

Schutzpflichten bestehen in der staatlichen Verpflichtung, den einzelnen Menschen gegen tatsächliche oder drohende Eingriffe in seine Menschenrechte durch „Dritte“, also durch private Akteure, zu schützen. Welche Schutzmaßnahmen der Staat ergreift, liegt, soweit diese zielführend und menschenrechtskonform ausgestaltet sind, grundsätzlich in seinem Ermessen. Staaten verfügen diesbezüglich über einen weiten Gestaltungsspielraum. So ist es nicht immer leicht, etwaige Verletzungen staatlicher Schutzpflichten festzustellen. Diese liegen etwa dann vor, wenn staatliche Stellen Kenntnis von einer aktuellen oder drohenden Gesundheitsgefährdung haben – oder bei erforderlicher Sorgfalt haben müssten – und im Rahmen ihrer Möglichkeiten keine geeigneten Schutzmaßnahmen ergreifen.

Im Gesundheitswesen können solche Verletzungen beispielsweise dann auftreten, wenn der Staat es zulässt, dass private Gesundheitseinrich-

07 Vgl. etwa Andreas Frewer et al. (Hrsg.), *Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte*, Würzburg 2013.

08 Vgl. UN-Doc. E/C.12/DEU/CO/6, Rn. 5 sowie ähnlich jüngst zu Belgien UN-Doc. E/C.12/BEL/CO/5, Rn. 55 (a).

09 Abrufbar sind die Berichte und Empfehlungen der UN-Menschenrechtskontrollorgane über www.ohchr.org.

10 Vgl. *Ärzte der Welt, Gesundheitsreport 2019. Zurückgelassen – wen unser Gesundheitssystem ausschließt*, München 2019.

11 Vgl. UN-Doc. E/C.12/DEU/CO/6, Rn. 58f. Siehe auch Eberhard Eichenhofer, *Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge*, in: *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik* 5–6/2013, S. 169–175; Markus Kaltenborn, *Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit*, in: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 5/2015, S. 161–166.

tungen gegen medizinische Standards verstoßen, oder wenn er nichts dagegen unternimmt, dass schädliche oder unwirksame Medikamente im Umlauf sind. Das heißt: Der Staat muss private Gesundheitseinrichtungen, -leistungen und -produkte hinreichend regulieren und kontrollieren, um sicherzustellen, dass die Menschen tatsächlich medizinische Hilfe erfahren und nicht in ihrer Gesundheit geschädigt werden. Besonders gravierend ist es, wenn es beispielsweise in privaten Gesundheitseinrichtungen zu vermeidbaren Todesfällen kommt und zugleich der Staat seinen Regulierungs- und Kontrollpflichten nicht nachgekommen ist.

Über das Gesundheitswesen hinaus beziehen sich die Schutzpflichten auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit der Menschen mitbestimmen. So nehmen UN-Ausschüsse etwa die Staaten in die Pflicht, private Gewalt, gerade auch die häusliche, zu bekämpfen. Schutzpflichten umfassen ferner eine angemessene Regulierung und Kontrolle des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit oder bei dem – für die Gesundheit der Menschen unentbehrlichen – Schutz einer intakten und gesunden Umwelt vor privat(wirtschaftlich)en Eingriffen. Dies tut dringend Not, denn weltweit sind gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen und Umweltverschmutzungen durch private Unternehmen dokumentiert, sei es beim Abbau natürlicher Ressourcen, in der Landwirtschaft oder in der verarbeitenden Industrie. Bedeutsam ist weiterhin der Gesundheitsschutz von Verbraucherinnen und Verbrauchern. So muss der Staat etwa verhindern, dass hochgradig belastete und gesundheitsschädliche Verbrauchsgüter, allen voran Lebensmittel, vertrieben werden. Im Falle Benins kritisierte der UN-Sozialausschuss jüngst etwa, dass im Baumwollanbau verwendete Pestizide missbräuchlich beim Anbau von Nahrungsmitteln eingesetzt würden.¹²

STAATLICHE GEWÄHRLEISTUNGSPFLICHTEN

Gewährleistungspflichten stellen „Leistungsrechte“ im engeren Sinne dar. Sie verpflichten die Staaten, über entsprechende Gesetze, Einrichtungen und Verfahren sowie über staatliche Leistungen die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Menschen ihre Rechte nutzen können. Im Gesundheitsbereich sind die entsprechenden Gewährleistungspflichten weit gefächert: Sie umfassen zunächst den

Aufbau und den Unterhalt medizinischer und gesundheitsrelevanter Infrastrukturen. So müssen die Staaten dafür Sorge tragen, dass notwendige medizinische Einrichtungen, Leistungen und Programme mit geschultem Personal sowie unentbehrliche Arzneimittel und Schutzausrüstungen für alle zur Verfügung stehen. Ungeachtet der jeweiligen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme ist dabei zu verhindern, dass eine qualitativ angemessene Gesundheitsversorgung lediglich zahlungskräftigen Patientinnen und Patienten vorbehalten bleibt. In vielen Ländern deckt das öffentliche Gesundheitswesen nicht alle notwendigen Leistungen ab, sodass die Patientinnen und Patienten oft medizinische Kosten aus der eigenen Tasche zahlen müssen. Das treibt viele in die Armut oder Verschuldung. Weiterhin sehen die Menschenrechtsabkommen konkrete Schritte der Staaten vor, um die Gesundheitslage der Bevölkerung im Allgemeinen sowie einzelner, besonders bedürftiger und vulnerabler Gruppen zu verbessern, etwa von Kindern, Müttern, alten Menschen oder Menschen mit Behinderungen. Dies schließt den Zugang zu angemessener Nahrung, Unterkünften, Sanitäranlagen und sauberem Trinkwasser ein.

Da die Umsetzung solcher Gewährleistungspflichten mit hohen Kosten verbunden ist, stoßen viele Staaten an ihre Grenzen. Gerade Länder des Globalen Südens haben oft große Schwierigkeiten, eine flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen und die teils gravierenden Mängel im Gesundheitswesen zu überwinden, geschweige denn können sie sich eine so umfassende und hochwertige Gesundheitsversorgung leisten wie die Wohlstandsgesellschaften. Das nimmt aber selbst arme Länder nicht aus der Pflicht, auf Grundlage ihrer verfügbaren Ressourcen und gegebenenfalls mit internationaler Hilfe Maßnahmen zu ergreifen, um so gut wie möglich das Recht auf Gesundheit fortschreitend umzusetzen. Ressourcenmangel kann also nicht als Entschuldigung dafür dienen, untätig zu bleiben. Hier gilt es, die Prioritätensetzung und Ausgabenpolitik vieler Staaten auf den menschenrechtlichen Prüfstand zu stellen und zugleich die internationale Staatengemeinschaft an ihre menschenrechtliche Verantwortung zu erinnern, Hilfe zu leisten, und nicht etwa die Gesundheitsversorgung in anderen Ländern noch zusätzlich zu beeinträchtigen – etwa durch restriktive Patentregeln für Medikamente, rigorose Sparauflagen für Kredite oder indirekt durch Wirtschaftsembargos.

¹² Vgl. UN-Doc. E/C.12/BEN/CO/3, Rn. 39f.

MENSCHENRECHTE SIND UNTEILBAR

Die Menschenrechte bilden untereinander einen engen Sinnzusammenhang, sind untrennbar miteinander verbunden. Indem das Recht auf Gesundheit beispielsweise das Recht umfasst, frei von Eingriffen in die Gesundheit zu bleiben, ergeben sich deutliche Überschneidungen mit den Rechten auf Leben und körperliche wie geistige Unversehrtheit sowie mit dem Verbot der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Zudem konkretisiert es die auf die Gesundheit bezogenen Aspekte des Rechts auf soziale Sicherheit. Da über die medizinische Versorgung hinaus die übergreifenden Bedingungen von Gesundheit in den Blick genommen werden, hängt das Recht auf Gesundheit zudem untrennbar mit den Rechten auf sauberes Trinkwasser und Sanitärversorgung sowie auf angemessene Nahrung und Unterkunft zusammen. Gesundheitsaufklärung in Schulen ist zugleich Teil des Rechts auf Bildung. Enge Bezüge weist das Recht auf Gesundheit auch zu den Rechten bei der Arbeit auf, sofern diese auf den Gesundheits- und den Mutterschutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zielen sowie sichere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Entlohnung des medizinischen Personals vorsehen. In medizinischer Hinsicht geht das Recht auf Gesundheit zudem mit dem Recht auf Teilhabe an wissenschaftlichen Fortschritten einher, das ebenfalls im UN-Sozialpakt verankert ist. Darunter fällt etwa die Verfügbarkeit neuer Impfstoffe und Medikamente. Die Nutzung bürgerlich-politischer Rechte – etwa der Rechte auf Vereinigungs-, Versammlungs- und Meinungsfreiheit – wiederum ist eine Voraussetzung dafür, dass gesundheitliche Anliegen gesellschaftspolitisch artikuliert, eingefordert und durchgesetzt werden können. Der freie Zugang zu Rechtsbehelfen ist notwendig, damit – je nach nationaler Rechtslage – Unterlassungs- und Handlungspflichten gegebenenfalls auch vor Gericht eingeklagt werden können.

Allerdings ist das Recht auf Gesundheit kein absolutes Recht; es kann also selbst Einschränkungen unterworfen werden. Auch kann es mit anderen Menschenrechten kollidieren. Deutlich wurde dies bei staatlichen Maßnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie, die einerseits dem Schutz von Leben und Gesundheit dienen, andererseits aber massiv in die Handlungs- und Bewegungsfreiheit der Menschen eingriffen.

DEBATTEN ANLÄSSLICH VON COVID-19

Zunächst ist zu betonen, dass der Staat die menschenrechtliche Pflicht hat, die Gesundheit der Menschen zu schützen. Ein Staat, der während einer Pandemie untätig bliebe, würde massiv gegen das Menschenrecht auf Gesundheit verstoßen. Auch sind Bagatellisierungen und Desinformationen seitens staatlicher Stellen, wie sie etwa die Präsidenten in Brasilien, Belarus oder auch den USA zeitweise betrieben, oder Vertuschungen, wie sie anfänglich in China erfolgten, tunlichst zu vermeiden. Vielmehr müssen die Regierungen auf Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse seriös über die Krankheit, die Ansteckungswege und sinnvolle Schutzmaßnahmen informieren sowie medizinische Behandlungskapazitäten, Schutz-ausrüstungen und Medikamente bereitstellen.

Hier setzten in Deutschland etwa die Bemühungen an, eine wissenschaftsbasierte Informationspolitik zu betreiben, in den Kliniken Intensivbetten für schwer an Covid-19 Erkrankte bereitzuhalten, Beatmungsgeräte, Schutz-ausrüstung und Schutzmasken zu beschaffen, Testkapazitäten auszuweiten sowie Medikamente und Impfstoffe gegen das Virus zu entwickeln oder zu erhalten. Selbst reiche Wohlfahrtsstaaten taten sich jedoch anfänglich schwer, die entsprechenden Kapazitäten aufzubauen und zugleich die Regelversorgung aufrechtzuerhalten. In Italien und Spanien beispielsweise waren zu Hochzeiten der Krise die Krankenhäuser völlig überlastet. Und obwohl inzwischen vielerorts hinreichend Kapazitäten aufgebaut wurden, bleibt abzuwarten, wie die globale und lokale Verteilung neu entwickelter Medikamente und Impfstoffe gegen Covid-19 ablaufen wird. Menschenrechtlich geboten wäre es, diese allgemein verfügbar zu machen und gegebenenfalls Risikogruppen zu priorisieren.

Zugleich verdeutlichte die Pandemie einmal mehr, wie wichtig für die Gesundheit der Zugang zu sauberem Trinkwasser, Sanitäranlagen und angemessenen Unterkünften ist. Die prekären Hygienebedingungen gerade in Armutsvierteln sind ein stetes Risiko, an Covid-19 zu erkranken, aber auch an vielen anderen tödlich verlaufenden Krankheiten, die vermeidbar und behandelbar wären. Auch die Prävention und Behandlung solcher Krankheiten darf in Corona-Zeiten nicht vernachlässigt werden. Ein erhöhtes Infektionsrisiko ergab und ergibt sich, selbst in Eu-

ropa, zudem durch mangelhaften Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, in Sammelunterkünften für Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie in Flüchtlingslagern. Aufgrund der erhöhten Ansteckungsgefahr forderte der UN-Hochkommissar für Menschenrechte die Staaten sogar auf, die Zahl der Gefängnisinsassen zu verringern, was gelegentlich auch geschah.¹³ Zugleich haben infolge von „Lockdowns“ viele Menschen weltweit ihre Arbeit und ihr Einkommen verloren, ohne sozial abgesichert zu sein. In kurzer Zeit hat Covid-19 Millionen Menschen in (noch größere) Armut getrieben. Mancherorts ist daher eine Debatte über die Rolle des Staates als Garant sozialer Absicherung entbrannt und wurden ad hoc soziale Schutzprogramme aufgelegt.¹⁴

Besonders umstritten waren indes „Lockdowns“ und weitere Einschränkungen, die die Regierungen vornahmen, um Ansteckungen zu vermeiden und die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen oder gar zu stoppen. In Deutschland ziel(t)en die Bemühungen, die Infektionen zu verlangsamen, vor allem darauf, Risikopatientinnen und -patienten zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten, bis wirksame Medikamente und Impfstoffe zur Verfügung stehen. Auch hier ist zu betonen, dass der Staat verpflichtet ist, die Gesundheit der Allgemeinheit und gerade besonders vulnerabler Gruppen zu schützen, und zwar auch vor einer Gesundheitsgefährdung durch Dritte. So dien(t)en hierzulande Abstandsregeln, Schutzmaskenpflicht, verpflichtende Tests, Reisewarnungen, Quarantäne, Kontaktverbote oder auch die zeitweilige Schließung von Kitas, Schulen, Geschäften und Gastronomie eben nicht nur dem Eigenschutz, sondern gerade auch dem Schutz der

Anderen, und hier vor allem besonders gefährdeter Personengruppen. Erst dies rechtfertigt(e) so weitreichende Eingriffe in die allgemeine Handlungs- und Bewegungsfreiheit sowie in die Versammlungs-, Religions-, Kunst- und Berufsfreiheit der Menschen, wie sie in Deutschland stattfanden. In etlichen Staaten, etwa Spanien, waren indes die Beschränkungen teils noch viel rigoroser. Andernorts hingegen wurde, gerade auch aus wirtschaftlichen Gründen, auf „Lockdowns“ und manch andere Schutzmaßnahme verzichtet, zum Preis erhöhter Infektions- und Sterbezahlen, wie etwa in Brasilien.

Ob die ergriffenen Maßnahmen jeweils auf einer gesetzlichen Grundlage beruh(t)en, stets dem legitimen Zweck des Gesundheitsschutzes dien(t)en und vor allem geeignet, erforderlich und angemessen waren und sind, gilt es in einem demokratischen Rechtsstaat immer wieder gewissenhaft zu prüfen.¹⁵ Möglicherweise waren nicht alle ergriffenen Maßnahmen zielführend, oder weniger einschneidende Maßnahmen hätten ausgereicht, um den Gesundheitsschutz zu gewährleisten. Möglicherweise wurden das Ziel des Gesundheitsschutzes und damit verbundene Grundrechtseinschränkungen auch nicht immer in ein angemessenes Verhältnis gebracht. Immerhin: In Deutschland bejahten die Gerichte bislang weitgehend die Verfassungsrechtmäßigkeit der Covid-19-Beschränkungen, auch wenn sie hin und wieder korrigierend eingriffen und beispielsweise einzelne Versammlungs- und Berbergsverbote aufhoben. Trotz der lauten und medienwirksamen Proteste gegen „Corona-Regeln“ zeigen Umfragen zudem, dass bislang die Mehrheit der Bevölkerung die Maßnahmen der Bundesregierung und der Länder zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie als angemessen erachtet und mitträgt.¹⁶ Sinn, Dauer und Schwere zeitlich zu befristender Eingriffe gilt es gleichwohl regelmäßig zu überprüfen.

MICHAEL KRENNERICH

ist Professor am Lehrstuhl für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik des Instituts für Politische Wissenschaft der Universität Erlangen-Nürnberg und leitender Herausgeber der „Zeitschrift für Menschenrechte“.

michael.krennerich@fau.de

13 Vgl. etwa Marie Claire Van Hout, *Leaving No-one Behind: The Human Tragedy of Children in African Prisons During COVID-19*, 12.5.2020, www.hhrjournal.org/2020/05/leaving-no-one-behind-the-human-tragedy-of-children-in-african-prisons-during-covid-19.

14 Vgl. z. B. zu den Hilfsprogrammen in Pakistan Sanie Nishtar, *Dem Abgrund nahe*, 25.8.2020, www.ipg-journal.de/regionen/asien/artikel/detail/dem-abgrund-nahe-4594.

15 Vgl. einführend Markus Krajewski, *Grundrechtseingriffe durch Corona-Maßnahmen*, 24.5.2020, www.video.uni-erlangen.de/clip/id/16436.

16 Vgl. etwa den ARD-Deutschlandtrend für Oktober 2020 unter www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/ard-deutschlandtrend/2020/oktober oder die wöchentlichen Cosmo-Erhebungen unter <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020>.

Globale Gesundheitspolitik zwischen Anspruch und Widersprüchlichkeiten

Elena Sondermann

Die aktuelle Corona-Pandemie und die damit verbundenen internationalen Abstimmungsprozesse halten der globalen Gesundheitspolitik den Spiegel vor und zeigen ihre Schwächen auf: Die globale Gesundheitsarchitektur ist geprägt von Fragmentierung und Ungleichheiten. Fragmentierung herrscht auf der institutionellen Ebene ebenso wie mit Blick auf Ziele und Grundsätze, die die politischen Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse von *global health* anleiten beziehungsweise normativ prägen sollten. Diese Konflikte existieren seit Beginn der internationalen Gesundheitszusammenarbeit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In der heutigen Zeit, in der zwar die meisten Krankheiten technisch bekämpfbar sind und „Gesundheit für alle“ machbar erscheint, weiterhin aber große Gefälle im Zugang zu Gesundheitssystemen und auseinanderdriftende Gesundheitssituationen vorherrschen, sind sie jedoch mehr denn je Ausdruck von struktureller Ungleichheit.

Globale Gesundheit als Anspruch

Häufig wird bei der Verwendung des Begriffs „globale Gesundheit“ auf die Gesundheit armer Bevölkerungsgruppen oder die Gesundheitssituation in Ländern des Globalen Südens fokussiert, mitunter steht auch die Einhegung übertragbarer Krankheiten im Rahmen wirtschaftsverträglicher Maßnahmen im Mittelpunkt. Diese Anliegen waren bereits Hauptaufgaben kolonialer Gesundheitspolitik und im 20. Jahrhundert konstituierend für die Herausbildung internationaler Gesundheitskooperation sowie eines der Gründungsanliegen für die Schaffung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Globale Gesundheit ist heute verbunden mit einer veränderten Wahrnehmung von Interdependenz in zweierlei Hinsicht.⁰¹

Erstens sind die Gesundheitssituationen einzelner Teile der Weltbevölkerung unmittelbar und nicht auflösbar verbunden mit der von räumlich und sozial getrennten Bevölkerungsgruppen. War in den 1980er und 1990er Jahren noch der Glaube an den technisch-medizinischen Fortschritt in Industrieländern so gefestigt, dass man glaubte, Seuchen besiegt zu haben, erwies sich dies mit Blick auf die HIV/Aids-Pandemie und zum neuen Jahrtausend unter anderem SARS und die Vogelgrippe als Trugschluss. Die sich im Zuge der Globalisierung beschleunigende Mobilität von Personen und Gütern intensiviert in Industrieländern die Wahrnehmung von Verwundbarkeit durch Infektionskrankheiten. Gleichzeitig glichen sich Lebensweisen an und führten zu einer stärkeren Belastung durch nicht übertragbare chronische Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Schwellen- beziehungsweise Entwicklungsländern mittleren Einkommens.

Zweitens wird Gesundheit stärker als früher als das Produkt sozialer, wirtschaftlicher, politischer und ökologischer Faktoren wahrgenommen. Gesundheit wird mehr denn je als Ausdruck sozialer Determinanten gesehen, wie Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Arbeitsrealitäten) und gesellschaftspolitische Bedingungen (Bildung, Gesundheitsversorgung, Migrations- und Geschlechterpolitik, Armutsbekämpfung). Diese hängen ab von Entscheidungen in anderen Lebensbereichen sowie von politischen Maßnahmen beziehungsweise Entwicklungen außerhalb des Gesundheitssektors. Antibiotikaresistenz bei Menschen lässt sich auf Tiermassenhaltung und Fleischproduktion zurückführen, die Ausbreitung etwa von Malaria gebieten auf den globalen Temperaturanstieg infolge des Klimawandels. Vor allem das internationale Handelsregime hat massive Auswirkungen auf Gesundheit. So sind (fehlende) Vorgaben für Zuckeranteile zum Beispiel bei Softdrinks,

Produktplatzierungen von Süßigkeiten in Supermärkten und Werbeverbote für Alkohol und Tabak immer wieder mit Blick auf ihre Kosten für Gesundheit und Gesundheitssysteme in der Diskussion. Insbesondere die Auswirkungen der handelsbezogenen Aspekte der Rechte an geistigem Eigentum (Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights, TRIPS) sorgen immer wieder für Konflikte, seit Anfang der 2000er Jahre antiretrovirale Therapien für die Behandlung von HIV/Aids verfügbar wurden, für Entwicklungsländer allerdings unerschwinglich blieben.⁰²

Aus diesen einleitenden Überlegungen ergibt sich globale Gesundheit als Anspruch und Auftrag in dreierlei Hinsicht.

Gesundheit für alle

Im Kern wohnt *global health* der normative Anspruch inne, Gesundheit für die gesamte Weltbevölkerung umzusetzen, unabhängig vom Ort der Geburt, der sozialen oder nationalen Zugehörigkeit oder des politischen und wirtschaftlichen Status quo. Dementsprechend sollte Politik die Menschen ermächtigen, verhaltensabhängige und umweltbedingte Krankheitsursachen zu verringern und eine gesunde Lebensführung umzusetzen. Mit dem Slogan „leave no one behind“ wurde außerdem das Ziel, Ungleichheiten zu verringern, in den Mittelpunkt der globalen Nachhaltigkeitsagenda 2030 gestellt.⁰³ Dies bleibt eine große Herausforderung. Denn auch wenn sie überall steigt, liegt zwischen der Lebenserwartung beispielsweise in Japan und der Zentralafrikanischen Republik mit 85 beziehungsweise 53 Jahren eine riesige Spanne. In Afrika bleibt Kindersterblichkeit ein großes Problem, hier ist die Sterblichkeitsrate achtmal höher als in Europa. Ebenso wie Müttersterblichkeit sind diese Todesfälle zum großen Teil verhinderbar und reflektieren dramatische Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, wie der Behandlung durch Hebammen und Ärzt*innen.⁰⁴

01 Vgl. Kelley Lee/Adam Kamradt-Scott, The Multiple Meanings of Global Health Governance: A Call for Conceptual Clarity, in: *Globalization and Health* 28/2014, <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-10-28>.

02 Vgl. Elena Hesselmann/Cornelia Ulbert, Globale Gesundheitspolitik im Wandel, in: Tobias Debiel et al. (Hrsg.), *Globale Trends* 2010, Frankfurt/M. 2010, S. 223–245.

03 Siehe www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda.

04 Vgl. WHO, *Global Spending on Health*, Genf 2019. Siehe auch <https://unstats.un.org/sdgs>, <https://ourworldindata.org>.

Viele Gesundheitssysteme in Schwellen- und Entwicklungsländern haben zudem infolge des epidemiologischen Wandels seit mehr als zwei Jahrzehnten mit der doppelten Krankheitslast zu kämpfen: Nicht mehr nur Infektionskrankheiten oder armutsbedingte Krankheiten, sondern auch die sogenannten Zivilisationskrankheiten, die als Folge veränderter Arbeits- und Lebensweisen auftreten, belasten die Bevölkerung. Weltweit verursachen nicht übertragbare Krankheiten mehr als zwei Drittel der globalen Todesfälle, darunter vor allem Herzinfarkte, Schlaganfälle, chronische Lungenerkrankungen und Krebs. Die in den Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) formulierte Forderung nach allgemeiner Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage) zielt auf horizontale Maßnahmen, um Gesundheitssysteme zu stärken und gegen finanzielle Risiken abzusichern, die ansonsten mit Gesundheitsdienstleistungen verbunden sind. Dahinter verbirgt sich das massive Problem, dass ein Großteil der Weltbevölkerung keinen gesicherten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen hat und die Zahl der Menschen, die einen großen Teil ihres monatlichen Einkommens für sogenannte *Out-of-pocket*-Gesundheitszahlungen verwenden müssen, weiterhin steigt. Mit ihrem aktuellen Arbeitsprogramm hat es die WHO bis 2023 zur Priorität erhoben, eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu schaffen – „zusätzlich eine Milliarde Menschen profitieren von allgemeiner Gesundheitsversorgung“ – und ein gesundes Leben neben dem Schutz vor Gesundheitsnotfällen zu fördern.⁰⁵

Kohärenz

In einem menschenrechtsbasierten Verständnis von „Gesundheit für alle“ tragen Staaten die Hauptverantwortung für die Durchsetzung eines menschenwürdigen und gesunden Lebens der Einzelnen. Dafür müssten Entscheidungen in anderen Politikbereichen wie etwa in der Handelspolitik diesem Ziel untergeordnet und Instrumente entwickelt werden, um auch andere (private) Akteure darauf zu verpflichten. Doch meist wird Gesundheit nicht als oberster Wert, sondern als Mittel für

05 Vgl. WHO, *The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023*, Genf 2019; Cornelia Ulbert, Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheit, in: *G+G Wissenschaft* 2/2019, S. 24–30.

andere Zwecke bearbeitet – ob als Voraussetzung für gesellschaftliche oder wirtschaftliche Entwicklung oder für Stabilität und Sicherheit.

Als Plädoyer für *global health* als bereichsübergreifende Aufgabe können die SDGs gesehen werden. Auf Kohärenz zielt auch der „One Health“-Ansatz, allerdings nicht zwischen verschiedenen Sektoren, sondern zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt. Pandemien wie Covid-19, Ebola, Cholera oder SARS sind auf die Übertragung durch Wildtiere zurückzuführen, und rund drei Viertel neu auftretender Krankheiten haben ihren Ursprung im Tierreich. Die Zerstörung von Ökosystemen wiederum gefährdet Lebensräume und bringt den Menschen in engeren Kontakt mit Wildtieren. „One Health“ betont vor diesem Hintergrund die notwendige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen und die in den SDGs angelegte Überwindung des sektorspezifischen Handelns.⁰⁶

Demokratische und effiziente Steuerung

Da globale Gesundheitspolitik unmittelbar auf die Lebenssituation der Weltbevölkerung zielt, sollte sie sowohl transparent und nachvollziehbar als auch offen für eine möglichst breite Beteiligung einer Vielzahl an Akteuren sein. Wenn sie dem Ziel „Gesundheit für alle“ über Politikbereiche hinweg dienen soll, muss sie effizient gestaltet werden. In diesem Sinne sind Institutionen gefragt, die politisch legitimiert und akzeptiert sowie finanziell und personell in der Lage sind, dieses Mandat auszuüben. Dies ist im Gesundheitsbereich eine große Herausforderung.

FRAGMENTIERTE GESUNDHEITSPOLITIK

Globale Gesundheitspolitik ist geprägt von einem Neben- beziehungsweise Durcheinander von Institutionen, Regelwerken und Governance-Formen.⁰⁷

06 Vgl. Christoph Strupat/Paul Marschall, Warum „One Health“ Pandemien verhindern kann, 29. 4. 2020, www.die-gdi.de/die-aktuelle-kolumne/article/warum-one-health-pandemien-verhindern-kann.

07 Vgl. Julio Frenk/Suerie Moon, Governance Challenges in Global Health, in: *The New England Journal of Medicine* 10/2013, S. 936–942; Steven J. Hoffman/Clarke B. Cole, Defining the Global Health System and Systematically Mapping Its Network of Actors, in: *Globalization and Health* 38/2018, <https://globalizationand-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0340-2>.

Neue Steuerungsinstrumente und Politikgestaltungsformate haben alte Kooperationsformen nicht abgelöst – vielmehr sind sie hinzugekommen und haben teils parallele, teils miteinander verwobene Strukturen etabliert. Während nicht staatliche Akteure zunächst neben und mit diesem vormals nationalstaatlich geprägten internationalen Gesundheitsgefüge agierten, wurden sie seit den 1990er Jahren verstärkt über neue Kooperationsformate eingebunden. Globale Public Private Partnerships (GPPP) wurden von verschiedenen UN-Organisationen unter Generalsekretär Kofi Annan und seinem Nachfolger Ban Ki-moon aktiv gefördert.

Nicht zufällig begann dies in einer Zeit der massiven Kritik an den vermeintlich aufgebläht-bürokratischen und ineffizienten UN-Institutionen, an Entwicklungspolitik generell und an der als undemokratisch wahrgenommenen Politikgestaltung auf transnationaler Ebene. Die Einbindung nicht staatlicher Akteure versprach eine Relegitimierung 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.⁰⁸

Mehr Akteure, neue Strukturen

Die Entstehungsgeschichte des Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM) und der Impfallianz Gavi verdeutlichen den Zeitgeist von Gesundheitspolitik zu Beginn des neuen Jahrtausends sowie fortbestehende Herausforderungen, die mit der Ausweitung von GPPPs und der Einbindung privater Akteure einhergehen. Angetrieben vom Erfolg weltweiter Impfkampagnen zur Ausrottung von Pocken und Polio, im Einklang mit dem internationalen UN-Zielkatalog der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) und nicht zuletzt aus eigenen Sicherheitsinteressen setzten sich einige mächtige Industrieländer dafür ein, mehr finanzielle Mittel für die Bekämpfung nicht nur von HIV/Aids, sondern auch von einigen anderen in Entwicklungsländern weit verbreiteten Infektionskrankheiten bereitzustellen.⁰⁹ Explizit sollte ein globaler Fonds aber nicht unter dem Dach der Vereinten Nationen, sondern

08 Vgl. Klaus Dingwerth/Philipp Pattberg, Was ist Global Governance?, in: *Leviathan* 34/2006, S. 377–399.

09 Vgl. Chelsea Clinton/Devi Lalita Sridhar, *Governing Global Health. Who Runs the World and Why?*, New York 2017.

als globale Partnerschaft angelegt werden, um eine vermeintlich effektivere Verwendung der Mittel und eine zügigere Umsetzung zu sichern. Beide Partnerschaften zielen auf die ärmsten und am stärksten betroffenen Länder der Welt, und ihr Erfolg scheint dem Ansatz Recht zu geben.¹⁰

Die Bill und Melinda Gates Stiftung war maßgeblich an der Anschubfinanzierung dieser beiden neuen Governance-Formate beteiligt. Die thematische und institutionelle Ausrichtung entspricht dem Anliegen der Stiftung und vieler anderer privater Akteure und GPPPs, sich auf enger definierte Probleme beziehungsweise einzelne Krankheiten zu konzentrieren und gezielte technologische Lösungen zu entwickeln, etwa in Form von Impfstoffen, und somit zügig messbare Ergebnisse zu erhalten.¹¹ Mehr als hundert globale Gesundheitsinitiativen sind seit dem Jahr 2000 im Gesundheitssektor entstanden, viele explizit mit dem Ziel, den Fortschritt hinsichtlich der Gesundheits-MDGs voranzutreiben. „Horizontale“ Maßnahmen, die auf eine langfristige Stärkung der Gesundheitssysteme hinarbeiten und somit der Resilienz von Gesellschaften und weniger der Bekämpfung einzelner Krankheiten dienen, rücken demgegenüber in den Hintergrund.¹²

In der Akteursvielfalt liegt zwar auch eine Chance mit Blick auf Ressourcen, unterschiedliche Wissensformen, Kooperationsmöglichkeiten und Teilhabe heterogener und zivilgesellschaftlicher Gruppen.¹³ Letztere sind entscheidend für die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen in den Ländern, haben aber kaum Zugang zu den Entscheidungsprozessen. Vor diesem Hintergrund rücken die Nachteile der Akteursfragmentierung in den Mittelpunkt: Fehlende Absprache zwischen Gebern sowie die mangelnde Einordnung der Strategien von externen Akteuren und Geldgebern mit Blick auf Vorgaben von lokalen Organisationen sind eine enorme Belastung. Ein Großteil

der globalen Gesundheitsprogramme wird in Ländern mittleren oder geringen Einkommens umgesetzt, wo dies angesichts knapper personeller und finanzieller Ressourcen ein bedeutendes Problem für die dortigen Institutionen darstellt.¹⁴

Bessere Koordinierung?

Bemühungen um bessere Koordination gibt es seit vielen Jahrzehnten auf unterschiedlichen Ebenen. In den Mittelpunkt rückte Koordinierung über die Aid-Effectiveness-Agenda und die Erklärungen von Paris, Accra und Busan in den Jahren 2005 bis 2011, die in die Schaffung der Global Partnership for Effective Development Cooperation mündeten.¹⁵

Die Schlagwörter und Normen der Paris-Agenda finden sich heute noch in zahlreichen Erklärungen und Maßnahmen.¹⁶ 2019 wurde der Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All als Partnerschaft auf höchster Ebene von der UN-Generalversammlung verabschiedet,¹⁷ in der es darum geht, die Aktivitäten von zwölf großen Organisationen in der globalen Gesundheitspolitik abzustimmen und zu straffen, darunter die Impfallianz Gavi, der GFATM, das UN-Entwicklungsprogramm, die Weltbank und die WHO. Die vier Hauptanliegen sind *engage, accelerate, align, account* und ähneln sehr den Zusagen der Paris-Agenda. Erste Zwischenergebnisse scheinen auch deren Schwächen aufzuzeigen: Abstimmung zwischen Gebern in Form eines Austauschs findet statt, tiefere Koordinierung, die an die Rolle und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure rühren würde oder ein weitergehendes Ausbuchstabieren der Teilhabe nicht staatlicher Akteure und der Rechenschaftspflicht umfassen würde, jedoch kaum.¹⁸

Dies ist nicht verwunderlich: Bei allen Unterschieden zwischen Akteuren ist ihnen das Anliegen gemein, die jeweils eigene Sichtbarkeit und den Ein-

¹⁰ Vgl. Karoline Lerche, *Medizin für alle*, 26.10.2016, www.dandc.eu/de/article/gavi-und-globaler-fonds-zur-bekaempfung-von-aids-tuberkulose-und-malaria-retten-millionen.

¹¹ Vgl. Michael Stevenson/Jeremy Youde, *Public-private Partnering as a Modus Operandi: Explaining the Gates Foundation's Approach to Global Health Governance*, in: *Global Public Health 2020*, www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2020.1801790.

¹² Vgl. Marco Schäferhoff et al., *Rethinking the Global Health System*, Chatham House, Research Paper, September 2015.

¹³ Vgl. David Held et al., *Gridlock, Innovation and Resilience in Global Health Governance*, in: *Global Policy 2/2019*, S. 161–177.

¹⁴ Vgl. Neil Spicer et al., *Why Fragmentation Persists in Global Health*, in: *Globalization and Health 60/2020*, <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00592-1>.

¹⁵ Siehe www.effectivecooperation.org.

¹⁶ Vgl. Osondu Ogbuonji/Gavin Yamey, *Aid Effectiveness in the Sustainable Development Goals Era*, in: *International Journal of Health Policy and Management 3/2019*, S. 184 ff.

¹⁷ Vgl. WHO, *Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*, Genf 2019.

¹⁸ Vgl. WHO, *2020 Progress Report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*, Genf 2020, www.who.int/publications/i/item/9789240010277.

fluss zu halten oder zu mehren.¹⁹ Hinzu kommen ganz unterschiedliche Ziele, die Akteure mit ihrem Engagement in der globalen Gesundheitspolitik verbinden. Auch wenn „man“ sich auf Zielkataloge wie die MDGs und SDGs auf internationaler Ebene geeinigt hat, so stehen diese neben oder sogar in Konkurrenz zu Interessen der einzelnen Akteure.

Fehlende Steuerung

Damit zerfällt das Bild der Gesundheitsarchitektur, das ohnehin schon die Begrifflichkeit des einheitlich anmutenden globalen Gesundheitssystems abgelöst hat, und wird durch Assoziationen von Netzwerk-Governance, Nodal Governance oder Open-Source-Anarchie ersetzt.²⁰ Darin drückt sich ein weiteres Hauptmerkmal der Fragmentierung und wichtiges Hindernis für bessere Koordinierung im globalen Gesundheitsbereich aus: Es fehlt an einer starken zentralen Steuerungsinstanz. Die WHO, der diese Rolle qua Mandat und institutionellem Aufbau eigentlich zugeordnet ist, steht in ihrer Steuerungsfähigkeit immer wieder in der Kritik, zuletzt in ihrer Reaktion auf die Schweinegrippe-Pandemie 2009/10 und den Ebola-Ausbruch 2014/15 in Westafrika. Der relative Bedeutungsverlust, den sie über den Aufstieg anderer Akteure erleidet, wird über solche Glaubwürdigkeitskrisen, aber auch durch ihre chronische Unterfinanzierung und die damit verknüpften Einschränkungen ihres Handlungsspielraums noch verstärkt.²¹

Eigentlich sollten die festen, am jeweiligen Wohlstand und der Bevölkerungszahl orientierten Pflichtbeiträge der Mitgliedsstaaten die WHO finanzieren. Seit 1993 ist die Höhe der Beiträge allerdings eingefroren und sinkt somit im Vergleich zur steigenden Wirtschaftsleistung und Preisentwicklung real. Darüber hinaus bleiben Staaten seit Jahren regelmäßig hinter ihren Verpflichtungen zurück, sodass sich die WHO in einem kontinuierlichen finanziellen Engpass befindet. Dementsprechend sind die freiwilligen Beitragszahlungen immer wichtiger geworden und machen mittler-

weile mehr als 75 Prozent des Gesamthaushalts aus. Ein Großteil davon ist zweckgebunden und fließt damit in spezielle, vorher festgelegte Tätigkeitsbereiche der Organisation.

Das Budget, das nicht einmal einem Drittel der Gesundheitsausgaben des deutschen Bundeshaushalts entspricht, ist angesichts des Umfangs ihrer Aufgaben verschwindend gering: Für jede*n Einzelne*n der 7,8 Milliarden Menschen stehen der WHO knapp 50 Cent zur Verfügung, mit denen sie die Bekämpfung von Erkrankungen unterstützen, der Aufgabe eines weltweiten Gesundheitswarndienstes und Krisenmanagements nachkommen und medizinische Forschung, Standard- und Normsetzung sowie die Förderung der allgemeinen Gesundheit der Menschen weltweit vorantreiben soll.

Die freiwilligen Beiträge kommen im Unterschied zu den Pflichtzahlungen sowohl von Mitgliedsstaaten als auch von nicht staatlichen Organisationen. Seit einigen Jahren zählen dazu nicht mehr nur Non-Profit-Organisationen, sondern auch Unternehmen. Die WHO ist also zunehmend abhängig von den nicht verbindlich planbaren Präferenzen einzelner Regierungen oder Organisationen, die über die Zweckgebundenheit der Mittel auch die strategische und programmatische Ausrichtung der Arbeit bestimmen können.

Mit dem Amtsantritt des gegenwärtigen WHO-Generaldirektors Tedros Adhanom Ghebreyesus setzte 2017 ein Reformprozess ein, der die Koordinierungsfunktion innerhalb des UN-Systems sowie über verschiedene Strukturebenen hinweg stärken soll.²² Fortschritte sind weder mit Blick auf die fehlenden Beiträge der Mitglieder noch mit Blick auf eine übergeordnete Koordinationsstruktur erzielt worden. Vielmehr ist die Zukunft der UN-Sonderorganisation angesichts des angekündigten Rückzugs der USA ungewiss. US-Präsident Donald Trump begründete den Schritt nicht nur mit Verweis auf verspätetes WHO-Handeln in der Corona-Pandemie, sondern auch mit dem übermäßigen und schädlichen Einfluss Chinas. Auch wenn man diese Einschätzung nicht teilt, so erneuert sie die Fragen nach Transparenz von Entscheidungsprozessen und nach der demokratischen Kontrolle ungleichen Einflusses.

Ungleicher Einfluss

Die Gates-Stiftung ist zwar bei Weitem nicht das einzige, dafür aber das prominenteste Beispiel für

¹⁹ Vgl. Spicer et al. (Anm. 14).

²⁰ Vgl. Frank Biermann et al., *The Fragmentation of Global Governance Architectures: A Framework for Analysis*, in: *Global Environmental Politics* 4/2009, S. 14–40; David P. Fidler, *Architecture Amidst Anarchy. Global Health's Quest for Governance*, in: *Global Health Governance* 1/2007, <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub/329>.

²¹ Vgl. Cornelia Ulbert, *Die Vereinten Nationen und globale Gesundheitskrisen: Lessons learnt aus dem Ebola-Ausbruch*, Bonn 2015.

²² Vgl. Ulbert (Anm. 5).

den Bedeutungszuwachs transnationaler und in diesem Fall privater Akteure in der globalen Gesundheitspolitik.²³ Ihr Einfluss stützt sich auf unterschiedliche Ressourcen und Kanäle. Das ist wiederum exemplarisch für die Veränderung des Politikfeldes, das von einem unübersichtlichen Mix unterschiedlicher Governance-Formen und Netzwerke gestaltet wird. Die Gates-Stiftung ist nun der größte Finanzier der WHO, an vielen Gesundheitspartnerschaften und -initiativen beteiligt und massiv in der Förderung von Gesundheitsforschung engagiert. Sie hat privilegierten Zugang zu politischen Austauschformaten, wie der „H8“, einer informellen Gruppe von führenden globalen Gesundheitsorganisationen. So kann die Gates-Stiftung auf die globale Gesundheitsagenda Einfluss nehmen und Schwerpunkte gestalten. Kombiniert mit ihrem finanziellen Schwergewicht, lässt sich ihr Einfluss zwar kaum genau beziffern, aber auch nur schwer überschätzen.

Mangelnde verbindliche Möglichkeiten, die Aktivitäten nachzuvollziehen, Akteuren zuzuordnen und so zu überprüfen und zu bewerten, sind ein klassisches Problem inter- und transnationaler Politikgestaltung. Gleiches gilt für unzureichende Partizipationsmöglichkeiten für NGOs, Kommunen und soziale Bewegungen bei internationalen Aushandlungsprozessen. Auch an internationalen Organisationen wird in dieser Hinsicht deutliche Kritik geübt und grundlegender Reformbedarf gesehen.²⁴ So sahen NGO-Vertreter*innen ihre Rolle bei der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2020 und bei der Sitzung des WHO-Exekutivrats im Oktober auf eine reine „Alibifunktion“ reduziert.²⁵

Zwar ist es vielversprechend, dass zivilgesellschaftliche Akteure in den vergangenen Jahren verstärkt auf Governance-Themen verweisen und für mehr Demokratisierung und bessere Einbindung werben. So setzen sie der Privatisierung und Informalisierung eine Gegenstimme entgegen und machen immer wieder auf ungleichen Einfluss und die vielfältigen und zum Teil gegensätzlichen Interes-

sen der beteiligten Akteure aufmerksam.²⁶ Bei hybriden und informellen Governance-Formen, wie GPPPs und der H8, wird die grundlegende Problematik der mangelnden Partizipation und Rechenschaftspflichtigkeit allerdings noch verstärkt: Eine Zurechenbarkeit von Handlungen bei solchen Multistakeholder-Partnerschaften ist von außen kaum möglich, und formale Vorgaben der Kontrolle gibt es nicht. Mangelnde Transparenz ist auch einer der Hauptvorwürfe gegenüber der Gates-Stiftung, deren interne Governance-Strukturen ebenso wenig einsehbar sind wie Details zu ihren finanziellen Beteiligungen und Förderentscheidungen. Wie bei vielen GPPPs und Initiativen, an denen Unternehmen beteiligt sind und Entscheidungen unmittelbar mitsteuern, ist allerdings ihre enge Verwobenheit mit Pharmaunternehmen bekannt.

Globale Gesundheitspolitik Am Scheideweg

Mit der aktuellen Covid-19-Pandemie rücken mit der globalen Gesundheitspolitik auch ihre Schwächen in den Fokus der Öffentlichkeit, zugleich wird aber auch eine Bühne für die Anliegen und Herausforderungen von *global health* geschaffen. Dies sollte als Chance genutzt werden, um Probleme anzugehen und Reformen umzusetzen.

Die WHO steht im Zentrum des Krisenmanagements. Damit sie dieses Mandat als koordinierende Behörde überzeugend ausüben kann, muss ihre Finanzierung gesichert und idealerweise auch ausgeweitet werden. Ihre institutionelle Unabhängigkeit wäre größer, wenn sich die WHO aus nicht zweckgebundenen Mitteln der Mitglieder finanzieren könnte. Dieses Ziel ist 2020 allerdings in noch weitere Ferne gerückt. Damit bleibt die enge Beziehung zu privaten Akteuren, ob Stiftungen oder Unternehmen, zwar problematisch, aber notwendig.

Positiv ist zu beobachten, dass sich eine breite Allianz aus staatlichen und nicht staatlichen Unterstützern für globale Gesundheitspolitik und eine bessere Abstimmung zwischen UN-Organisationen abzeichnet.²⁷ Sollte die WHO nicht deutlich gestärkt werden, erscheint eine enge Einbindung und Absprache mit der Vielzahl von Akteuren zur

23 Vgl. Sophie Harman, *The Bill and Melinda Gates Foundation and Legitimacy in Global Health Governance*, in: *Global Governance* 3/2016, S. 349–368.

24 Vgl. Thomas Schwarz, *Civil Society Engagement with the World Health Organization: Towards a New Era of Partnership or Defending a Shrinking Space?*, 14. 1. 2019, <http://g2h2.org/posts/shrinking-space>.

25 Vgl. Jenny Lei Ravelo, *Vaccine Allocation and WHO Reform Take Center Stage as WHO Executive Board Meets*, 7. 10. 2020, www.devex.com/news/98270.

26 Vgl. *People's Health Movement et al., Global Health Watch 5. An Alternative World Health Report*, London 2017.

27 Vgl. Sophie Harman, *COVID-19, the UN, and Dispersed Global Health Security*, in: *Ethics & International Affairs* 3/2020, S. 373–378.

Ressourcengewinnung für *global health* als unerlässlich. Die Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure von NGOs bis zur Wissenschaft ist dabei wesentlich – sowohl für eine Demokratisierung der politischen Prozesse als auch für eine effektive Umsetzung von Programmen auf Länderebene.

Um angesichts der überlappenden Akteurskonstellationen zielorientiert koordinieren zu können, dient „Gesundheit für alle“ als normativer Maßstab. So kann globale Gesundheit aus dem lange dominanten Bezugsrahmen der Entwicklungszusammenarbeit gelöst werden. Denn damit war globale Gesundheitspolitik darauf fokussiert, zu Armutsbekämpfungsprogrammen beizutragen, und darauf reduziert, absoluten Mangel zu beheben und Sterblichkeitsraten in bestimmten Weltregionen zu senken. Dieser Ansatz trennte Gesundheit vom breiteren global-politischen Kontext und beschränkte die Rollen der Akteure auf postkoloniale Konstellationen von Gebern und Hilfe-Empfängern. Stattdessen sollte es künftig vermehrt um eine Stärkung von Gesundheitssystemen und die Bekämpfung chronischer Erkrankungen gehen, die nicht mehr auf der Unterschiedlichkeit der Länder, sondern auch auf ihren gemeinsamen Erfahrungen beruhen. Hierfür sind die SDGs und das neue Arbeitsprogramm der WHO wichtige Schritte.

Die Weltbevölkerung eint ihre Verwundbarkeit und Verbundenheit, wenn es um die Verwirklichung eines gesunden Lebens geht. Die Covid-19-Pandemie führt uns all dies in verschärfter Dramatik vor Augen und könnte dazu beitragen, dass Solidarität und gemeinsames Handeln Priorität haben. Auch wenn sich einzelne Staatsführer im „Krieg“ gegen das Virus wähnen und nationale Alleingänge zur Sicherung von medizinischer Ausstattung und künftigen Impfstoffen unternehmen, so sind auch vielversprechende Entwicklungen zu beobachten. Hinter der aktuellen Diskussion, ob die Impfung mit künftigen Covid-19-Impfstoffen als globales öffentliches Gut bewertet werden sollte, steht das Bewusstsein, dass nur die weltweite Immunisierung zu einer Überwindung der Pandemie führen kann. Impfstoffe müssen dann weltweit zugänglich und bezahlbar sein. Im April 2020 wurde

deshalb die globale Initiative Access to Covid-19 Tools (ACT) Accelerator mit breiter Unterstützung staatlicher und nicht staatlicher Akteure verabschiedet, um Mittel für die Erforschung und Entwicklung von Lösungen gegen das Corona-Virus bereitzustellen. Im Juni folgte die Einrichtung der COVAX-Facility, die nicht nur die Finanzierung eines Impfstoffs, sondern auch den globalen Zugang sichern soll. Inwiefern sich der Anspruch von *global equitable access*, also dem globalen und gerechten Zugang realisieren lassen wird, bleibt abzuwarten. Während Unternehmen und private Stiftungen zentral an der Finanzierung und Forschung beteiligt sind, klagen zivilgesellschaftliche Akteure auch hier über fehlende Partizipationsmöglichkeiten.

Wie auch die aktuelle Diskussion zeigt, verbirgt sich hinter der Definition und Bereitstellung (globaler) öffentliche Güter immer eine gesellschaftliche und schlussendlich politische Wertung und Entscheidung; Es ist vielsagend, dass das Framing von Gesundheit in Zusammenhang mit globalen öffentlichen Gütern jetzt an Fahrt gewinnt. Was die derzeitige Pandemie von denen der vergangenen Jahrzehnte unterscheidet, ist die Umkehrung der Betroffenheitsbeziehungen: Zum ersten Mal in der Nachkriegszeit sind die wohlhabendsten Länder zunächst am stärksten betroffen.²⁸ Die Wahrnehmung, dass unser aller Gesundheitssicherheit akut bedroht ist, hat neben den global hohen Infektionszahlen und dramatischen Krankheitsverläufen zu einer Aufwertung der Debatten um globale Gesundheit geführt.

Auch wenn die Debatte um öffentliche Güter in Bezug auf globale Gesundheit, ebenso wie die Rhetorik um Universal Health Coverage und das neue Arbeitsprogramm der WHO derzeit in ökonomischen Theorien und einer Sprache von Investitionen und quantifizierbaren Zielen verankert ist, so bleibt die Hoffnung, dass die Gelegenheit genutzt werden kann, um darauf aufbauend auch stärker auf die Verwirklichung von Gesundheit als Menschenrecht²⁹ und Gerechtigkeit im Sinne der Abschaffung von Ungleichheiten zu zielen.³⁰ Dazu zählt auch ein besser abgestimmtes, demokratischeres und effektives Steuerungssystem.

ELENA SONDERMANN

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Entwicklung und Frieden (INEF) der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen.

elena.sondermann@inef.uni-due.de

²⁸ Vgl. Richard Cash/Vikram Patel, Has COVID-19 Subverted Global Health?, in: *The Lancet* 10238/2020, S. 1687f.

²⁹ Vgl. hierzu den Beitrag von Michael Krennerich in diesem Heft.

³⁰ Vgl. David Sanders et al., From Primary Health Care to Universal Health Coverage, in: *The Lancet* 10199/2019, S. 619ff.; Martin Weber, From Alma Ata to the SDGs, in: *Global Governance* 1/2020, S. 176–197.

Globale Gesundheitssicherung, Nur wie?

Kontroversen eines Politikfelds

Tine Hanrieder

Seit nunmehr zwei Jahrzehnten steht die „globale Gesundheitssicherheit“ weit oben auf der internationalen Agenda. Das Aufkommen neuer Infektionskrankheiten wie Aids in den 1980er Jahren, das Wiederaufflammen längst eingedämmt geglaubter Infektionskrankheiten, etwa Cholera in Lateinamerika Anfang der 1990er Jahre, und generell die Sorge vor hochgefährlichen Viren, die sich in der globalen Gesellschaft rasch verbreiten, haben national wie international zu Anstrengungen geführt, Pandemien vorzubeugen. Zu den Meilensteinen der globalen Gesundheitssicherheit zählen die erste Aids-bezogene Resolution des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen im Jahr 2000, die Ausweitung der Kompetenzen der Weltgesundheitsorganisation in Bezug auf Krisenwarnung und -koordination 2005 und die Gründung der Stiftung Coalition for Epidemic Preparedness Innovations 2016, einem Forschungsverbund zur Entwicklung von Pharmazeutika gegen neuartige Infektionskrankheiten.

Die aktuelle Covid-19-Krise zeigt nun auf drastische Weise, dass Staaten und Gesellschaften trotz solcher Anstrengungen weit davon entfernt sind, vor Pandemien gefeit zu sein. Die Gesundheits- und sozialen Sicherungssysteme in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, aber auch in Industrieländern wie etwa Spanien oder den USA wurden durch die Pandemie massiv überlastet. Zugleich herrscht sowohl zwischen als auch innerhalb von Staaten keineswegs Einigkeit darüber, welche Priorität dem Infektionsschutz eingeräumt werden soll. Massive Freiheitseinschränkungen und historische Wirtschaftseinbrüche im Zuge der Eindämmungsmaßnahmen sind höchst umstritten.⁰¹ Covid-19 zeigt also nicht nur, dass es keine absolute Sicherheit im Bereich des Infektionsschutzes gibt, sondern auch dass Maßnahmen zur Gesundheitssicherung nie einhellig getroffen werden und stets konfliktbehaftet sind.

Vor diesem Hintergrund beleuchte ich im Folgenden drei wesentliche Kontroversen, die das Politikfeld der globalen Gesundheitssicherung historisch durchziehen und aller Voraussicht nach auch künftig prägen werden: *erstens* das Spannungsfeld zwischen Handelsrecht und Gesundheitsschutz; *zweitens* Prioritätenkonflikte zwischen problemspezifischen („vertikalen“) und strukturellen („horizontalen“) Gesundheitsmaßnahmen; sowie *drittens* die herrschende Uneinigkeit über die Ausgestaltung einer sogenannten universellen Krankenversicherung. Der Fortgang dieser Kontroversen wird wesentlich mitbestimmen, wie Gesundheit und im weiteren Sinne menschliche Entwicklung in Zukunft gedacht und politisch gestaltet wird.

GESUNDHEITSSCHUTZ UND HANDELSRECHT

In der aktuellen Pandemie haben sich die Regierungen weltweit dazu entschlossen, Reise- und Handelsbeschränkungen in Kraft zu setzen, um die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen. Sie ergriffen diese Maßnahmen trotz vielstimmiger Warnrufe – allen voran denen der Weltgesundheitsorganisation (WHO).⁰² Dies ist auf den ersten Blick verwunderlich: Sollte nicht die WHO als zentrale Gesundheitsinstanz der Vereinten Nationen die erste Organisation sein, die für den Vorrang des Infektionsschutzes vor Handels- oder auch Tourismusinteressen eintritt?

Ein Blick in die Geschichte zeigt freilich, dass die WHO sich hier durchaus treu geblieben ist. Sie ist seit ihrer Gründung 1948 für das Vertragswerk der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zuständig, die aus den internationalen Sanitärkonferenzen des 19. Jahrhunderts hervorgegangen sind und seither in mehreren Runden weiterentwickelt wurden, zuletzt 2005. Ein Prin-

zip durchzieht dieses Regelwerk von Anbeginn: Grenzsicherungen im Angesicht von Pandemien auf das absolut notwendige Minimum zu beschränken. So sollen Handelswege offenbleiben und Reisende vor überzogenen Zwangsmaßnahmen, beispielsweise Einreiseverboten oder Quarantänen, geschützt werden.⁰³

Staaten sind nach den IGV verpflichtet, Grenzsicherungen zu vermeiden, die das von der WHO empfohlene Maß überschreiten, und sofern sie darüber hinaus gehen, müssen sie dies gegenüber der WHO rechtfertigen. Damit will die Organisation verhindern, dass Hilfslieferungen, Nahrungsmittel oder humanitäres Personal nicht an ihr Ziel gelangen – und so gegebenenfalls gesundheitsschädigender wirken als die vom Grenzverkehr ausgehende Infektionsgefahr.

Bereits in früheren Krisen haben sich Staaten jedoch in großer Zahl über entsprechende WHO-Empfehlungen hinweggesetzt, beispielsweise während der westafrikanischen Ebola-Krise 2014, als ein Viertel aller Staaten weltweit Handels- und Reisebeschränkungen verhängte.⁰⁴ In noch größerem Umfang haben nun während der Covid-19-Krise Staaten zum Mittel der Grenzsicherung gegriffen. Ob und in welchem Ausmaß dies tatsächlich hilft, Verbreitungswege zu unterbinden, und ob die Maßnahmen verhältnismäßig sind, wird in Gesundheitsfachkreisen kontrovers diskutiert.⁰⁵

Klar ist, dass im gegenwärtigen Klima des Krisenationalismus die nationalstaatliche Grenze große politische Bedeutung erlangt. An der

Staatsgrenze können Regierungen ihre Handlungsmacht inszenieren, gerade angesichts der vielen Ungewissheiten über den Fortgang der Pandemie.⁰⁶ Dabei ist die Wirksamkeit dieser Maßnahmen weiterhin umstritten und harret einer wissenschaftlichen Aufarbeitung. Die zu erwartende Revision der IGV im Lichte der Pandemie sollte zu einer Stärkung der zwischenstaatlichen Abstimmung von Grenzpolitiken sowie zu starken Verfahren führen, mit denen Hilfs- und Lieferketten auch bei partiellen Grenzsicherungen verlässlich aufrechterhalten werden können.

Ein weiteres Instrument der internationalen Handelspolitik wird derzeit ebenfalls sehr kontrovers diskutiert: Patentschutzregeln im Bereich der Arzneimittelproduktion. Seit der Gründung der Welthandelsorganisation (WTO) 1995 gilt für alle Mitgliedsstaaten das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights, TRIPS). Es verpflichtet Staaten, den Schutz intellektuellen Eigentums rechtlich abzusichern. Dies führt immer wieder dazu, dass patentgeschützte Arzneimittel oder auch patentgeschützte Schutzausrüstung für viele Staaten und Personengruppen unerschwinglich werden.

Zwar haben die Mitgliedsstaaten der WTO – auch auf Druck der WHO hin – 2001 und 2003 Zusatzerklärungen zum TRIPS-Abkommen abgegeben, die bekräftigen, dass Staaten in Gesundheitsnotlagen Patente aufheben und so die Produktion und den Import sogenannter Generika ermöglichen. Allerdings üben Staaten mit forschungsstarken Pharmaindustrien immer wieder Druck auf Staaten aus, mit denen sie Handelsabkommen abschließen, sodass diese nichtsdestotrotz dem Patentschutz Vorrang gewähren.⁰⁷

Auch die weltweite Suche nach einem sicheren und effektiven Impfstoff gegen Covid-19 ist von diesen Kontroversen überschattet. Beispielsweise hat das von der WHO initiierte Repositorium, das offene Lizenzen für Technologien gegen Covid-19 teilt, bislang nur wenig Unterstützung gefunden. Die Initiative, die ursprünglich von der Regierung

01 Vgl. Sassan Gholiagha/Anna Holzscheiter/Andrea Liese, *When Norms Collide: The COVID-19 Pandemic and Difficult Choices on the Hierarchy of Norms and Values*, 4.5.2020, <https://duckofminerva.com/2020/05/when-norms-collide-the-covid-19-pandemic-and-difficult-choices-on-the-hierarchy-of-norms-and-values.html#more-39491>.

02 Vgl. Adam Ferhani/Simon Rushton, *The International Health Regulations, COVID-19, and Bordering Practices. Who Gets In, What Gets Out, and Who Gets Rescued?*, in: *Contemporary Security Policy* 3/2020, S. 458–477.

03 Vgl. Mark W. Zacher/Tanja J. Keefe, *The Politics of Global Health Governance*. United by Contagion, New York 2008.

04 Vgl. Catherine Z. Worsnop, *Provoking Barriers: The 2014 Ebola Outbreak and Unintended Consequences of WHO's Power to Declare a Public Health Emergency*, 30.5.2017, <https://blogs.shu.edu/ghg/2017/05/30/provoking-barriers-the-2014-ebola-outbreak-and-unintended-consequences-of-whos-power-to-declare-a-public-health-emergency>.

05 Vgl. Kelley Lee/Catherine Z. Worsnop/Adam Kamradt-Scott, *Global Coordination on Cross-border Travel and Trade Measures Crucial to COVID-19 Response*, in: *The Lancet* 10237/2020, S. 1593ff.

06 Vgl. Wendy Brown, *Mauern. Die neue Abschottung und der Niedergang der Souveränität*, Frankfurt/M. 2018.

07 Eine umfassende Analyse der Auswirkungen des Patentregimes auf den Zugang zu Arzneimitteln bietet Ellen t'Hoen, *Private Patents and Public Health. Changing Intellectual Property Rules for Access to Medicine*, Amsterdam 2016, <http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/07/Private-Patents-Public-Health.pdf>.

Costa Ricas lanciert wurde, hat die WHO bereits am 1. Juni 2020 gestartet. Doch bis Oktober 2020 haben sich ihr nur 40 WHO-Mitgliedsstaaten angeschlossen. Länder mit starken Pharmaindustrien, wie etwa Deutschland, Großbritannien und die Schweiz, fehlen, ebenso Indien als wichtiger Produzent von Generika sowie die USA, deren Präsident im Juli 2020 formale Schritte zum Austritt aus der Organisation ankündigte.⁰⁸

Patente sind nicht der einzige, aber ein wichtiger Stolperstein beim Zugang zu Medikamenten, und damit auch bei der Gesundheitssicherung.⁰⁹ Ihre Verteidiger_innen behaupten, dass nur durch die Garantie von Patentschutz genug Innovationsanreize gesetzt würden, damit Unternehmen sich auf den langen und aufwendigen Weg der Medikamentenentwicklung machen. Freilich gibt es auch längst sehr ausdifferenzierte Reformvorschläge von zivilgesellschaftlichen Organisationen, die eine Entkoppelung von Patentsystem und Medikamentenentwicklung vorschlagen – auch aus dem Grund, dass lebenswichtige Medikamente wie Antibiotika mangels ökonomischer Anreize gar nicht erst entwickelt werden.¹⁰ Es sieht momentan jedoch nicht danach aus, als ob die Covid-19-Krise zu einem Umdenken zugunsten solcher Modelle führte.

KRANKHEITSBEKÄMPFUNG ODER PRIMÄRVERSORGUNG?

Pandemien lenken die Aufmerksamkeit auf akute Bedrohungen und die Mittel zu deren Bekämpfung, etwa Arzneimittel oder humanitäre Einsätze. Dabei gerät schnell in den Hintergrund, dass die Verwundbarkeit von Menschen gegenüber Infektionskrankheiten in hohem Maße von ihrer generellen sozialen Lage und der Funktionsfähigkeit ihrer Sozial- und Gesundheitssysteme abhängt. Die Frage, auf welchen der beiden Aspekte – Krankheitsbekämpfung oder Gesund-

heitssystemstärkung – sich die internationale Gesundheitssicherung fokussieren sollte, ist seit vielen Jahrzehnten heftig umstritten.

Auf der einen Seite argumentieren Anhänger_innen einer breit angelegten Gesundheitspolitik, dass ein Erfolg gegen eine bestimmte Krankheit nicht reicht, um Gesundheit umfassend zu sichern. Sie richten sich damit insbesondere gegen die Vielzahl problem- und krankheitsspezifischer, auch „vertikal“ genannter, Interventionen und Organisationen in der Weltgesundheitspolitik, die in vielen Empfängerländern zu einer schwer koordinierbaren Gemengelage unterschiedlicher Hilfsprogramme führen.¹¹

Verfechter_innen einer breit angelegten Gesundheitspolitik vermissen bei der Vielzahl der Programme das Gesamtkonzept. Sie verweisen darauf, dass krankheitsspezifische Maßnahmen, unter anderem Impfkampagnen, es häufig versäumen, mit ihrem Personal und ihren Technologien auch in das weitere Gesundheitssystem hineinzuwirken. Doch diese Infrastruktur wird benötigt, damit Menschen, die beispielsweise vor einer Krankheit bewahrt werden, nicht schlicht von der nächsten betroffen sind. Vertikale Kampagnen bräuchten, so der Minimalanspruch, eine horizontale Einbettung in das Gesundheitssystem eines Landes, damit die Primärversorgung gewährleistet wird.

Die Vorstellung davon, was Primärversorgung alles umfasst, kann allerdings auch deutlich weiter gehen. Dies illustriert die Verwendung des Begriffs „Primary Health Care“, wie er von der WHO und UNICEF in den 1970er Jahren eingeführt wurde. „Primary Health Care“ bedeutet hier, dass Aspekte wie soziale Gleichheit, gute Ernährung, gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse, gute Umweltbedingungen oder auch ökonomische Subsistenz integral zur Primärversorgung gehören – und nicht nur die Krankheitsbekämpfung.¹² Denn Gesundheit wird nur in einem begrenzten Maße durch medizinische Versorgung bestimmt, wesentlich jedoch auch von tieferen strukturellen Faktoren.

Diese breitere Vision von Gesundheitspolitik hat ihren Ursprung in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts, zu deren Vertretern unter ande-

08 Vgl. WHO, Endorsements of the Solidarity Call to Action, 2020, www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool/endorsements-of-the-solidarity-call-to-action.

09 Vgl. Ken Shadlen, Will Patents Stop Covid Drugs from Saving Lives?, 11. 6. 2020, <https://blogs.lse.ac.uk/international-development/tag/ken-shadlen>.

10 Vgl. Unitaid, An Economic Perspective on Delinking the Cost of R&D from the Price of Medicines, WHO, Discussion Paper 2016.

11 Vgl. Jon Cohen, The New World of Global Health, in: *Science* 5758/2006, S. 162–167.

12 Vgl. Marcos Cueto, The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care, in: *American Journal of Public Health* 11/2004, S. 1864–1874.

rem der Berliner Rudolf Virchow zählte. Sie lebt in WHO-Berichten wie dem zu den sozialen Determinanten von Gesundheit oder zur Aktualisierung der Primary-Health-Care-Agenda fort,¹³ aber auch und vor allem in globalen Aktivist_innennetzwerken wie dem People's Health Movement und mit ihm dem Autor_innenkollektiven des Global Health Watch.¹⁴ Sie findet weiterhin Ausdruck in den Berichten prominenter internationaler Expert_innenkommissionen, etwa der The Lancet–University of Oslo Commission on Global Governance for Health.¹⁵ Auch das wachsende Bewusstsein für den Einfluss von Rassismus auf schlechte Gesundheit, insbesondere im US-amerikanischen Kontext, weitet die Vision von Gesundheitspolitik weit über den medizinischen Sektor hinaus aus. So betreiben gesundheitspolitische Netzwerke wie das Social Medicine Consortium und deren Campaign Against Racism – beide verwurzelt in den USA, aber mit transnationaler Reichweite – Gesundheitspolitik als antirassistischen Aktivismus.¹⁶

Demgegenüber vertreten aber auch viele Akteur_innen der globalen Gesundheit die Ansicht, dass gezielte und krankheitsspezifische Interventionen im Zweifelsfall effektiver seien als der Versuch, ganze Gesellschaften oder auch Wirtschaftsverhältnisse zu verändern. Solche Veränderungen seien unwägbar, zeitintensiv und hochpolitisch. Der pragmatische Ausweg lautet aus dieser Perspektive, dass Gesundheitsvorsorge auf erreichbare Ziele mit vertretbarem Kostenaufwand setzen solle. Dazu zählen beispielsweise Impfkampagnen gegen verbreitete Infektionskrankheiten, die Verbreitung von Technologien, die auch bei fortbestehender Armut und Unterentwicklung gewisse Gesundheitsgewinne ermöglichen können, oder gar der Versuch, Krankheiten wie Pocken, Malaria oder Kinderlähmung gänzlich auszurotten.

13 Vgl. Michael Marmot et al., *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, in: *The Lancet* 9650/2008, S. 1661–1669; WHO, *The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever*, Genf 2008.

14 Der Global Health Watch, auch bekannt als alternativer Weltgesundheitsbericht, wird seit 2005/6 von einem Netzwerk aus Nichtregierungsorganisationen und Forscher_innen publiziert. Siehe <https://phmovement.org/global-health-watch-1>.

15 Vgl. Ole Petter Ottersen et al., *The Political Origins of Health Inequity: Prospects for Change*, in: *The Lancet* 9917/2014, S. 630–667.

16 Siehe www.socialmedicineconsortium.org.

Solche vertikalen Ansätze erfreuen sich in der globalen Gesundheitspolitik seit Jahrzehnten großer Beliebtheit. Bereits Ende der 1970er Jahre wurden sie gezielt gegen die sozialreformerische Vision der Primary Health Care in Stellung gebracht – mit einem Gegenmodell der sogenannten selektiven Primärversorgung (Selective Primary Health Care). Das Credo dieser Bewegung: Statt vager Ideale von ganzheitlicher Primärversorgung sollten und sollen mit dem selektiven Ansatz konkrete, messbare Ziele erreicht werden. Im Zuge einer zunehmenden Quantifizierung von Gesundheitspolitik seit den 1990er Jahren hat der Fokus auf Messbarkeit noch zugenommen. Gesundheitsprojekte werben mit Zahlen und Indikatoren um Finanzen und politische Unterstützung, und tonangebende Instanzen der Weltgesundheit, allen voran die Bill und Melinda Gates Stiftung, setzen vehement auf datengestützte Ansätze, die bestenfalls mit technologischen Neuerungen einhergehen.¹⁷

Der Gegensatz zwischen beiden Ansätzen ist zwar, das sei hier betont, kein absoluter. Forderungen nach politischer Gleichheit als Gesundheitsvoraussetzung schließen nicht aus, auch einen gleichen Zugang zu Medikamenten zu fordern. Alles andere wäre fatalistisch. Dennoch kommt es in der Gesundheitspolitik permanent zu Prioritätenkonflikten, die immer auch von Wertvorstellungen geprägt sind und durch technologiezentrierte Ansätze nur scheinbar entpolitisiert werden. Ist es beispielsweise ethisch vertretbar, wenn Projektionen für die Kosteneffektivität einer einfachen Diagnosetechnologie davon ausgehen, dass im Einsatzgebiet auf lange Sicht kein Zugang zu Elektrizität bestehen wird? Sollte nicht eher dieses Infrastrukturproblem zuerst angegangen werden?¹⁸ Und wer sollte an solchen Entscheidungen wie beteiligt werden?

Derlei Debatten werden nicht zuletzt im Bereich der Pandemievorsorge weiter eine wichtige Rolle spielen. So ist die Unterstützung wohlhabender Staaten beim Aufbau von Kapazitäten zur Pandemievorsorge in ärmeren Ländern stark von dem Wunsch geprägt, vor allem diejenigen

17 Vgl. Katerini T. Storeng/Dominique P. Béhague, „Playing the Numbers Game“: Evidence-based Advocacy and the Technocratic Narrowing of the Safe Motherhood Initiative, in: *Medical Anthropology Quarterly* 2/2014, S. 260–279.

18 Vgl. Alice Street, *Deep Diagnostics*, in: *Limn* 9/2017, <https://limn.it/articles/deep-diagnostics>.

Krankheiten zu kontrollieren, die sich weltweit verbreiten und auch für die reichen Länder zur Bedrohung werden können.¹⁹ Doch die internationale Pandemieabwehr ist nicht das einzige und längst nicht das vorrangige Problem vieler Länder, in denen beispielsweise Malaria oder andere Krankheiten endemisch sind oder die von einer fortlaufenden Abwanderung ihrer Gesundheitsfachkräfte betroffen sind. Ob überhaupt und wenn, für welche Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge in Zukunft Mittel mobilisiert werden, wird nicht zuletzt von den vorherrschenden Vorstellungen von Krankheitsbekämpfung und Primärvorsorge abhängen.

ALLGEMEINE KRANKENVERSICHERUNG VERSUS FRAGMENTIERUNG

Eine dritte Kontroverse im Bereich globale Gesundheitsvorsorge entspinnt sich aktuell um die Frage nach dem Versicherungsschutz, den Menschen weltweit im Bereich Gesundheit genießen sollten. Das Prinzip der universellen, alle Menschen finanziell abdeckenden Krankenversicherung oder Universal Health Coverage (UHC) ist seit der Jahrtausendwende zu einem Kernziel internationaler Gesundheits- und Entwicklungspolitik geworden. Internationale Organisationen wie die Weltbank und die WHO sowie bilaterale Entwicklungsagenturen wie die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit unterstützen Staaten bei der Erstellung von Versorgungskonzepten, mit denen alle Menschen in einem Land Zugang zu einem gewissen Grundpaket an Gesundheitsleistungen haben. Dabei soll vor allem vermieden werden, dass sie lebenswichtige Leistungen aus eigener Tasche bezahlen müssen und so im Krankheitsfall sich und die ganze Familie in Schulden und Armut stürzen. In den Entwicklungszielen der Vereinten Nationen ist UHC definiert als eine Absicherung, die Schutz vor finanziellen Risiken durch Krankheit sowie Zugang zu guten Gesundheitsdienstleistungen und effektiven und sicheren essenziellen Medikamenten einschließt.²⁰

19 Vgl. Simon Rushton, *Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*, in: *Political Studies* 4/2011, S. 779–796.

20 Vgl. United Nations, #Envision2030 Goal 3: Good Health and Well-being, o.D., www.un.org/development/desa/disabilities/envision2030-goal3.html.

Das Grundanliegen der UHC-Agenda – Absicherung und gute Versorgung für alle – wird im Politikfeld Weltgesundheit weithin geteilt. Doch darüber hinaus ist geradezu jeder Aspekt dieser Agenda hoch umstritten. Bedeutet der Fokus auf finanzielle Deckung (Universal Health Coverage) einiger Dienstleistungen nicht auch, dass die umfassende und gute Versorgung (Universal Health Care) noch längst nicht gesichert ist? Welche Rolle sollten dabei öffentliche und private Versorger spielen?²¹ Wie umfangreich und hochwertig sollte das Versorgungspaket sein, auf das ein allgemeiner Anspruch besteht? Die WHO bekräftigt, dass Gesundheitsleistungen von Vorsorge und Krankheitsbehandlung bis hin zu Rehabilitation und Palliativbehandlung reichen müssen. Doch in vielen Ländern sind große Bevölkerungsgruppen von vielen wichtigen Leistungen weiter faktisch ausgeschlossen.²²

Kritiker_innen der UHC-Agenda bemängeln, dass deren umfassender und solidarischer Anspruch durch die Ausgestaltung internationaler Hilfsprogramme und der von ihnen unterstützten Politikreformen in ärmeren Ländern nicht eingelöst werde. Aktuelle Strategien zur Erreichung von UHC setzten oft stark auf die Einbindung privater Versorger oder Kombinationen aus öffentlicher und privater Versicherung. Dadurch werden zum einen profitable gegenüber notwendigen Leistungen bevorzugt. Überdies sind häufig die öffentlich garantierten Leistungen nicht ausreichend, sodass der formale Versorgungsanspruch nicht eingelöst wird – etwa wenn in Ländern wie Mexiko viele Nierenkranken keinen Zugang zu Dialyse haben.²³ Auch sind die Versicherungspakete, die sich verschiedene Gruppen leisten können, bezüglich des Leistungsumfangs oft sehr unterschiedlich. Dass Staaten wie beispielsweise der Senegal dennoch auf frag-

21 Vgl. David Stuckler et al., *The Political Economy of Universal Health Coverage*, Background Paper for the Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, 16.–19.11.2010.

22 Vgl. WHO, *The World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage*, Genf 2013.

23 Vgl. Guillermo Garcia-Garcia/Jonathan Samuel Chavez Iñiguez, *The Tragedy of Having ESRD in Mexico*, in: *Kidney International Reports* 3/2018, S. 1027 ff.

24 Dies zeigt am Beispiel des Versicherungssystems im Senegal Philpa Mladovsky, *Fragmentation by Design: Universal Health Coverage Policies as Governmentality in Senegal*, in: *Social Science and Medicine* September/2020, S. 113–153.

25 Vgl. Suerie Moon et al., *Post-Ebola Reforms: Ample Analysis, Inadequate Action*, in: *BMJ Clinical Research* 356/2017, S. 1–8.

mentierte Finanzierungsmodelle setzen, in denen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Rechte und Pflichten haben, wird gerne mit dem Credo der persönlichen „Freiheit“ gerechtfertigt. In der Realität nehmen sie mit diesem Vorgehen jedoch große Ungleichheiten in Kauf.²⁴

FAZIT

Gesundheitssysteme weltweit standen schon vor der Covid-19-Pandemie vor massiven Finanzierungsproblemen – allen Absichtserklärungen zum Trotz. Zwar schien die Ebola-Epidemie 2014 in Westafrika wie ein Weckruf zu wirken, ärmere Länder stärker beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen. Doch bereits damals folgten nur sporadische und eher unkoordinierte Aktivitäten.²⁵ Die aktuelle Wirtschaftskrise wird die Mittelknappheit noch verschärfen, sodass Prioritätenkonflikte programmiert sind. Wie die skizzierten Kontroversen um die richtige Gesundheitsvorsorge illustrieren, geht es hier nicht

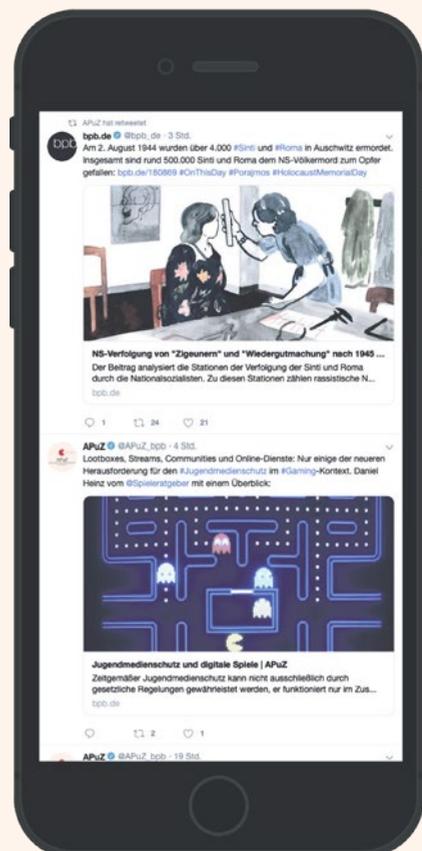
schlicht um die Frage, ob eher in Gesundheit oder in andere soziale Bereiche investiert werden soll. Vielmehr geht es auch um Grundvorstellungen darüber, wie Gesellschaften und ihre Wirtschaftssysteme zu organisieren sind. Der Fortgang um Debatten zu Gesundheitsvorsorge ist untrennbar verknüpft mit Debatten über Grundprinzipien der Sozialpolitik wie Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Gleichheit.

TINE HANRIEDER

ist Assistant Professor für Gesundheit und internationale Entwicklung an der London School of Economics und leitet die Forschungsgruppe Globale humanitäre Medizin am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
tine.hanrieder@wzb.eu

Immer informiert.

Bestellen Sie unseren APuZ-Newsletter oder folgen Sie uns bei Twitter!



DEUTSCHLAND ALS AKTEUR IN DER GLOBALEN GESUNDHEITSPOLITIK

Susan Bergner · Maike Voss

Mit dem weltweiten Ausbruch der neuartigen Infektionskrankheit Covid-19 sind globale Gesundheitsfragen in Deutschland in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Die Stärkung von Gesundheitssystemen, die Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das internationale Gesundheitskrisenmanagement stehen jedoch schon lange im Zentrum der globalen Gesundheitspolitik der Bundesregierung, und bereits vor Covid-19 hat sich Deutschland als zunehmend wichtiger Akteur auf diesem Politikfeld erwiesen. In diesem Beitrag werden Eckpunkte der deutschen globalen Gesundheitspolitik sowie die Rolle der Bundesrepublik in der globalen Gesundheitslandschaft beschrieben. Hierzu wird auf bisherige Entwicklungslinien, Protagonisten und Finanzierungsfragen eingegangen. Schließlich wird die Bedeutung von Covid-19 für eine neue Verantwortung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik aufgezeigt.

ENTWICKLUNGSLINIEN DER DEUTSCHEN GLOBALEN GESUNDHEITSPOLITIK

Als Nationalstaat hat Deutschland in der globalen Gesundheitspolitik vier Interessen zu balancieren: die Gesundheit der Menschen in Deutschland zu sichern, die internationale Ordnung im Gesundheitssektor aufrechtzuerhalten und auszubauen, in der Gesundheitsaußenwirtschaftspolitik erfolgreich zu sein und der moralischen Verantwortung nachzukommen, allen Menschen das Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten.

Dabei setzt die Bundesregierung auf die Stärkung von Gesundheitssystemen als eine Priorität ihrer globalen Gesundheitspolitik. Das lässt sich aus der deutschen Sozialgeschichte ableiten, die das „Bismarck-Modell“ eines Sozialstaates mit entsprechenden Leistungen in Form von Kranken- und Unfallversicherungen hervorgebracht hat. Soziale Absicherung und Gerechtigkeit sind

für die deutsche Gesundheitspolitik nicht nur im eigenen Land handlungsleitend, sondern auch in der bi- und multilateralen Kooperation und in der Zusammenarbeit mit der WHO.⁰¹

Hinter der Stärkung von Gesundheitssystemen verbirgt sich das Menschenrecht auf Gesundheit als *Maxime*. Demnach soll allen Menschen im Krankheitsfall der Zugang zu qualitativer und bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung ermöglicht sowie ihre Gesundheit umfassend gefördert werden. In der Regelversorgung gilt es daher, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für alle Menschen sicherzustellen.⁰² Neben dem Gesundheitsschutz bildet das Menschenrecht auf Gesundheit einen ethischen Kompass für die Umsetzung von globalen Gesundheitspolitiken.

Die Bundesrepublik war seit ihrer Gründung auf dem Feld der globalen Gesundheit aktiv, sei es in Form von gesundheitspolitischer Entwicklungszusammenarbeit oder einem starken Engagement in der WHO, der sie bereits ab 1951 angehörte, also über zwei Jahrzehnte vor ihrem Beitritt zu den Vereinten Nationen 1973. Eine strategischere Beschäftigung mit dem Politikfeld ist allerdings erst in den vergangenen zehn Jahren zu beobachten.

2013 legte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) das erste Konzept zur globalen Gesundheitspolitik vor.⁰³ Das Papier legte drei Schwerpunkte fest: Schutz und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland durch globales Handeln, Wahrnehmung globaler Verantwortung und Stärkung internationaler Gesundheitsinstitutionen. Als Reaktion auf den Ebola-Ausbruch 2014 in Westafrika startete Bundeskanzlerin Angela Merkel 2015 eine Initiative, die unter anderem die Einrichtung von schnell einsatzbarem medizinischen Personal und Material sowie die Bereitstellung neuer finanzieller Hilfsmechanismen vorsah.⁰⁴ Dieser „Punkte-Plan“ entwickelte die Strategie der Bundesregierung mit einem starken Fokus auf die Bewältigung von Gesundheitskrisen weiter.

Mit der Verabschiedung der Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung durch die Vereinten Nationen 2015 bekam die globale Gesundheitspolitik Deutschlands einen neuen internationalen Rahmen. Sustainable Development Goal 3 (SDG3) formuliert das Ziel, bis 2030 die Gesundheit und das Wohlbefinden für alle Menschen weltweit zu gewährleisten, und steht für das Bemühen der Vereinten Nationen, das Menschenrecht auf Gesundheit politisch umzusetzen. Das passt wiederum zur deutschen Präferenz, in der globalen Gesundheitspolitik auf Gesundheitssysteme für alle zu fokussieren. Dieser systemische Blick sowie das klare Bekenntnis zum Multilateralismus sind stärker ausgeprägt als in den globalen Gesundheitsstrategien anderer Staaten des Globalen Nordens.

Während ihres Vorsitzes der G7 2016 sowie der G20 2017 setzte die Bundesregierung Anliegen der globalen Gesundheit erstmals auf die Agenda dieser Formate. Zentrales Thema war anlässlich der Ebola-Epidemie die Bewältigung von Gesundheitskrisen. Aber auch zunehmende Antibiotikaresistenzen, vernachlässigte Tropenerkrankungen und die Stärkung von Gesundheitssystemen wurden in diesen Foren diskutiert.⁰⁵

2018 wurde die globale Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD als politisches Ziel der 19. Legislaturperiode hervorgehoben. Seitdem hat Deutschland im Schulterchluss mit Ghana und Norwegen innerhalb der WHO die Initiative Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All ins Leben gerufen, die die Umsetzung des SDG3 beschleunigen soll.

Diese bringt zwölf multilaterale Gesundheitsorganisationen zusammen, um ihre Arbeitsweisen besser abzustimmen.⁰⁶

Nach einem zweijährigen Entwicklungsprozess legte die Bundesregierung 2020 die neue Strategie für globale Gesundheit vor. Fünf strategische Prioritäten sollen das deutsche Engagement bis 2030 leiten: „Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen und adäquat begegnen; Umwelt, Klimawandel und Gesundheit ganzheitlich angehen; Gesundheitssysteme stärken; Gesundheit schützen – grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren begegnen; Forschung und Innovation für globale Gesundheit vorantreiben.“⁰⁷ Offen bleibt jedoch, wem letztendlich die deutsche globale Gesundheitspolitik in ihrer Umsetzung dient. Werden in der nächsten Krise die Grenzen wieder geschlossen, um die Gesundheit der deutschen Bevölkerung zu schützen? Oder wird die globale Gesundheitspolitik der Bundesregierung sich im politischen Tagesgeschehen sowohl dem Schutz und der Verbesserung der Gesundheit der Steuerzahler*innen in Deutschland als auch der Gesundheit der Menschen in anderen Ländern widmen?

DEUTSCHE AKTEURSLANDSCHAFT

Als Politikfeld an der Schnittstelle von Gesundheitspolitik mit allen Außenpolitiken wird globale Gesundheitspolitik in verschiedenen Ministerien und somit dezentral in Form einer Aufgabenteilung bearbeitet. Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das primär mit der WHO kooperiert und unter anderem, unterstützt durch das Robert Koch-Institut, der zentralen Einrichtung der Bundesregierung für Krankheitsüberwachung und -prävention, für den internationalen Gesundheitsschutz zuständig ist. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) deckt in erster Linie die bi- und multilateralen Programme gesundheitsrelevanter Entwicklungszu-

01 Vgl. Ilona Kickbusch et al., Germany's Expanding Role in Global Health, in: *The Lancet* 390/2017, S. 898–912.

02 Vgl. Andreas Wulf, Das Menschenrecht auf Gesundheit, 12.9.2016, www.bpb.de/231964. Siehe auch den Beitrag von Michael Krennerich in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

03 Vgl. Bundesregierung, Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung, Berlin 2013, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf.

04 Vgl. Bundesregierung, Krisenmanagement verbessern: Weißhelme gegen Seuchen, 27.1.2015, www.bundesregierung.de/-434538.

05 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, G7-Präsidentschaft, 2016, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/g7-praesidentschaft.html; G20, G20 Leaders' Declaration. Shaping an Interconnected World, Hamburg 2017, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/G20-leaders-declaration.pdf.

06 Vgl. World Health Organization, Global Action Plan, 2020, www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan.

07 Bundesregierung, Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit. Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten, Berlin 2020, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf, S. 3.

sammenarbeit ab. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) konzentriert sich vor allem auf Gesundheitsforschung und internationale Forschungsnetzwerke, und das Auswärtige Amt (AA) ist vorrangig für humanitäre Hilfe bei Gesundheitskrisen zuständig.⁰⁸ Künftig könnten auch andere Ministerien, beispielsweise in den Bereichen der Landwirtschafts-, Umwelt- und Wirtschaftspolitik, ihre Arbeit stärker mit globaler Gesundheit verknüpfen.

Anders als etwa in Großbritannien oder Japan gibt es in Deutschland bisher kein Komitee oder Gremium für globale Gesundheit, das einen regelmäßigen Austausch und Koordinierung zwischen den Ministerien sicherstellt. Zwar werden im Ausschuss der Staatssekretär*innen für nachhaltige Entwicklung auch Aspekte des Politikfelds, wie Antibiotikaresistenzen und Gesundheitskrisenmanagement, behandelt,⁰⁹ aber die Akteurslandschaft erscheint auf Regierungsebene fragmentiert und in Teilen auch von Konkurrenz geprägt. Das hat zur Folge, dass Deutschlands globale Gesundheitspolitik nicht im Einklang mit der nationalen Gesundheitspolitik steht und Verknüpfungen mit der Handels- und Umweltpolitik weitestgehend fehlen.¹⁰

Im Parlament bildet der 2018 eingerichtete Unterausschuss für globale Gesundheit des Gesundheitsausschusses, dem neun Mitglieder aus allen Bundestagsfraktionen angehören, einen überparteilichen Koordinierungsmechanismus und verleiht globaler Gesundheitspolitik unter den Bundestagsabgeordneten mehr Sichtbarkeit und Relevanz.¹¹

In Deutschland existiert eine rege Zivilgesellschaft zu globaler Gesundheit. Ärzte ohne Grenzen, Save the Children, Brot für die Welt, World Vision, Tierärzte ohne Grenzen, das Deutsche Institut für ärztliche Missionen oder die Deut-

sche Allianz für Klima und Gesundheit sind nur einige zivilgesellschaftliche Organisationen, die zum Teil im Dachverband der entwicklungspolitischen und humanitären Nichtregierungsorganisationen VENRO organisiert sind. Auch private globale Gesundheitsakteure entdecken Berlin als vielversprechendes Zentrum und Standort. So eröffneten die Bill und Melinda Gates Stiftung sowie der Wellcome Trust 2018 beziehungsweise 2019 ein Büro in der Hauptstadt.¹²

Ferner ist die deutsche Gesundheitsindustrie durch ihr Exportgeschäft ein globaler Player im Politikbereich globale Gesundheit. Seit 2010 haben sich die Exporte in der Gesundheitswirtschaft fast verdoppelt. Besonders relevant sind hier Exporte von Humanarzneimitteln, die 2019 über 50 Prozent der Exporte der industriellen Gesundheitswirtschaft ausmachten.¹³

Die Relevanz Deutschlands für nicht staatliche Akteure ist auch durch den 2009 von der Charité ins Leben gerufenen jährlichen World Health Summit in Berlin gestiegen, der Expert*innen aus Politik, Wissenschaft, der Privatwirtschaft und aus zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammenbringt. 2019 eröffnete das BMG den Global Health Hub Germany, um alle Akteure, die in Deutschland zu globaler Gesundheit arbeiten, zu vernetzen und Synergien herzustellen.¹⁴

FINANZIERUNG VON GLOBALER GESUNDHEIT

Seit Mitte der 2000er Jahre sind die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben Deutschlands für globale Gesundheit von 579 Millionen auf fast 1,1 Milliarden US-Dollar erheblich gestiegen.¹⁵ Dennoch hat die Bundesregierung das WHO-Ziel, 0,1 Prozent des Bruttonationaleinkommens für globale Gesundheit auszugeben, nicht erreicht. Dafür müsste sie dreimal so viel Mittel aufwenden.

08 Vgl. Maika Voss/Iris Hunger, Engagement für globale Gesundheit. Herausforderungen einer strategischen Neuausrichtung für Deutschland, Stiftung Wissenschaft und Politik, SWP-Aktuell 56/2018, www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2018A56_Voe_Hunger.pdf.

09 Siehe www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/der-staatssekretarsausschuss. Vgl. Bundesregierung, Globale Gesundheitspolitik, Staatssekretärsausschuss für nachhaltige Entwicklung. Beschluss vom 29. 10. 2018, www.bundesregierung.de/resource/blob/975274/1543134/406b552b6dd4d98d87e2b4b4364b223f/2018-10-29-beschluss-sts-ausschuss-globale-gesundheitspolitik-data.pdf?download=1.

10 Vgl. Kickbusch et al. (Anm. 1).

11 Siehe www.bundestag.de/global_gesundheit.

12 Vgl. Bill & Melinda Gates Foundation, Bill & Melinda Gates Foundation Opens New European Office in Berlin, Pressemitteilung, 16. 10. 2018, www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2018/10/New-European-Office-in-Berlin. Siehe auch <https://wellcome.org/about-us/german-office>.

13 Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Gesundheitswirtschaft: Fakten & Zahlen, Berlin 2019, 24. 3. 2020, www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-und-zahlen-2019.html, S. 16, S. 48.

14 Siehe www.globalhealthhub.de/de/content/ueber-den-hub.

15 Gemittelte Werte im Zeitraum 2014–2016; eigene Berechnungen auf Basis der Daten der OECD.

In Deutschland verfügt das BMZ über den größten Haushalt für globale Gesundheit. Zwischen 2014 und 2016 erhielten multilaterale Organisationen etwa 49 Prozent der deutschen Entwicklungsausgaben für Gesundheit, also 522 Millionen US-Dollar pro Jahr, wobei der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria mit 258 Millionen, die EU-Institutionen mit 118 Millionen, die Impfallianz Gavi mit 45 Millionen und die Weltbank mit 35 Millionen US-Dollar pro Jahr die größten Empfänger waren. Rund 51 Prozent, also 545 Millionen US-Dollar, gingen an 106 bilaterale Partner. Die Mittel für die WHO stammen aus dem BMG und beliefen sich 2018/19 auf 358 Millionen US-Dollar. Damit war Deutschland der fünftgrößte Geber unter den WHO-Mitgliedsstaaten.¹⁶ Das BMZ investierte mit jeweils 30 Prozent seiner Ausgaben für Gesundheit 2018 erheblich in die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind und in die Eindämmung von Infektionskrankheiten sowie mit über einem Viertel seiner Ausgaben 2018 in die Stärkung von Gesundheitssystemen. Einen regionalen Schwerpunkt bildete hierbei der afrikanische Kontinent.¹⁷

POLITISCHE PRIORITÄTEN UND AKTIVITÄTEN IN DER PANDEMIE

Angesichts der multilateralen Ausrichtung seiner globalen Gesundheitspolitik überraschte Deutschland 2020 zu Beginn der Covid-19-Pandemie mit einem nationalstaatlichen Impuls in Form eines Exportstopps für medizinische Ausstattung. Temporäre Grenzschließungen folgten. Dies sorgte für viel Kritik aus dem In- und Ausland, sodass die Bundesregierung sich durch Hilfslieferungen und die Versorgung von Patient*innen aus Nachbarländern bald solidarisch mit ihren europäischen Partnern zeigte. Der nationalstaatliche Reflex überkam nicht nur Deutschland, sondern zog sich quer durch Europa und ist ein Indikator für fehlende Hand-

lungsfähigkeit auf europäischer und internationaler Ebene in globalen Gesundheitskrisen.

Nach dem holprigen Start setzte sich Deutschland in verschiedenen Foren für den Zugang zu Covid-19-Diagnostika, -Impfstoffen und -Therapeutika als öffentliche Güter ein. Von einem Impfstoff, Medikamenten und Testverfahren sollen weltweit alle gleichermaßen unabhängig von ihrer Kaufkraft profitieren. Zu diesem Zweck hat die Bundesregierung bei der Geberkonferenz der EU-Kommission im Mai 2020 zugesagt, die Entwicklung eines Impfstoffs gegen das neuartige Corona-Virus mit 525 Millionen Euro zu unterstützen.¹⁸ Als erstes und bisher einziges deutsches Ministerium legte das BMZ ein internationales Sofortprogramm zur Eindämmung und Abfederung der Auswirkungen von Covid-19 vor.¹⁹ Trotz dieser Vorstöße beschränkt sich die Koordination des außenpolitischen Vorgehens in der Covid-19-Pandemie unter den Bundesministerien bislang aber auf informelle Gespräche.

Es ist zu erwarten, dass Deutschlands internationales Engagement in der Pandemieeindämmung sich zum einen auf die EU-Ebene und zum anderen innerhalb der WHO konzentrieren wird. Zentraler Akteur ist dabei das BMG, das während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft primär globale Gesundheitsinitiativen vorantreibt und zugleich für die Ausarbeitung der deutschen Vorschläge zur Reform der WHO hauptverantwortlich ist.

Die Covid-19-Pandemie sorgt neben den gesundheitspolitischen Herausforderungen auch in der Ausrichtung der staatlichen Institutionen für Veränderungen. So baut das BMZ seine Expertise zu Pandemieprävention und -eindämmung aus und konzentriert sich noch stärker auf den „One-Health“-Ansatz, der die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt miteinander verknüpft. Das AA legt eine zunehmende Offenheit für Fragen rund um die Bedeutung von globaler Gesundheitspolitik im internationalen Gefüge an den Tag, beispielsweise die Rolle der WHO für den Multilateralismus. Im deutschen Verständnis wird die internationale Diplomatie mit den

¹⁶ Vgl. Weltgesundheitsorganisation, *Germany Impact: Shaping Global Health*, 2020, www.who.int/about/planning-finance-and-accountability/financing-campaign/germany-impact.

¹⁷ Vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), *Strengthening Health, Saving Lives*, 2020, www.bmz.de/en/issues/Health/index.html. Siehe auch <https://vizhub.healthdata.org/fgh>.

¹⁸ Vgl. Bundesregierung, *Globale Geberkonferenz der EU-Kommission. Milliarden Euro im Kampf gegen Corona*, 4.5.2020, www.bundesregierung.de/-/1750152.

¹⁹ Vgl. BMZ, *Corona-Sofortprogramm. Corona besiegen wir nur weltweit oder gar nicht*, Bonn 2020, www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/Presse/bmz_corona_paket.pdf.

Prinzipien und Regelwerken von internationalen Organisationen wie den Vereinten Nationen verknüpft und fußt daher auf einer gemeinsamen Werteordnung.²⁰ Die Debatte um Impfstoffe und Medikamente gegen Covid-19 als öffentliche Güter trägt genau diese Frage der Werteorientierung an die internationale Gemeinschaft heran, denn im Kern geht es hier um globale soziale Gerechtigkeit. In diesem Zusammenhang ist auch der angekündigte Austritt der Vereinigten Staaten aus der WHO ein Grund zur Sorge. Beides veranlasst das AA nun zu einer strategischeren Beschäftigung mit globaler Gesundheitspolitik.

Die bisherigen Erfahrungen mit Covid-19 haben auch bei vielen Universitäten und Forschungsinstituten ohne primären Gesundheitsbezug Interesse für globale Gesundheitsthemen geweckt. Die Erfahrung, dass die Pandemie alle Politiksektoren von Bildungs- über Wirtschafts- bis hin zu Umweltpolitik betrifft, äußerte sich in den sozioökonomischen und ökologischen Auswirkungen der Krise. Durch diese Besonderheit ist in den kommenden Jahren mit einer Zunahme von wissenschaftlichen Kapazitäten zur Erforschung von globaler Gesundheit in Deutschland zu rechnen. So fördert das BMBF seit 2020 die German Alliance for Global Health Research,²¹ eine forschungsorientierte Plattform zur Unterstützung interdisziplinärer, internationaler und sektorübergreifender Forschung und Zusammenarbeit zu globaler Gesundheit inner- und außerhalb Deutschlands. Auch in der Aus- und Weiterbildung an Universitäten und Hochschulen werden neue Studiengänge für globale Gesundheit eingerichtet.

NEUE VERANTWORTUNG?

Sowohl auf europäischer als auch auf globaler Ebene steigen die Erwartungen an Deutschland, einen Beitrag dazu zu leisten, die globale Gesundheitsarchitektur aufrechtzuerhalten und auszubauen. Dies ergibt sich aus der Abkehr der USA vom Multilateralismus sowie in gewissem Ausmaß auch aus dem Austritt des Vereinigten Königreichs aus der EU, durch deren Rückzug ein

finanzielles und politisches Vakuum entsteht, das etablierte Akteure wie Deutschland oder Frankreich, aber auch aufstrebende Akteure wie China ausfüllen können.

Die Covid-19-Pandemie hat das Potenzial, politische Agenden langfristig zu verschieben und die globale Gesundheitslandschaft neu zu sortieren. Deutschland rückt dabei in eine zentrale Position – auch weil die Bewältigung von Covid-19 hierzulande wirksamer und sozialverträglicher abläuft und Fall- und Todeszahlen niedriger sind als in vielen anderen Ländern. Zukünftig werden internationale Verhandlungen dominiert sein von Themen rund um Prävention und Management von Gesundheitskrisen. Es wird Deutschlands Verantwortung und Aufgabe sein, den Zugang zu und die Funktionsfähigkeit von bedarfsgerechten und resilienten Gesundheitssystemen an den Verhandlungstisch zu bringen, denn nur so lassen sich Gesundheitskrisen bewältigen und eine Regelversorgung langfristig aufrechterhalten. Mit ihrer neuen globalen Gesundheitsstrategie hat die Bundesregierung die Voraussetzungen geschaffen, den gestiegenen Erwartungen internationaler Partner und dem Geist der Agenda 2030 sowie den Zielen für nachhaltige Entwicklung gerecht zu werden. Ob die Strategie ihre volle Wirkung entfalten kann, wird der Gestaltungswille der deutschen Institutionen im Feld der globalen Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren zeigen.

SUSAN BERGNER

arbeitet als Wissenschaftlerin im Forschungsprojekt „Globale Gesundheit: Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten zur Erreichung der gesundheitsbezogenen SDGs für die deutsche globale Gesundheits- und Entwicklungspolitik“ der Stiftung Wissenschaft und Politik in Berlin.
Susan.Bergner@swp-berlin.org
twitter.com/bergner_susan

MAIKE VOSS

leitet als Wissenschaftlerin das Forschungsprojekt „Globale Gesundheit: Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten zur Erreichung der gesundheitsbezogenen SDGs für die deutsche globale Gesundheits- und Entwicklungspolitik“ der Stiftung Wissenschaft und Politik in Berlin.
Maike.Voss@swp-berlin.org
twitter.com/maike_voss

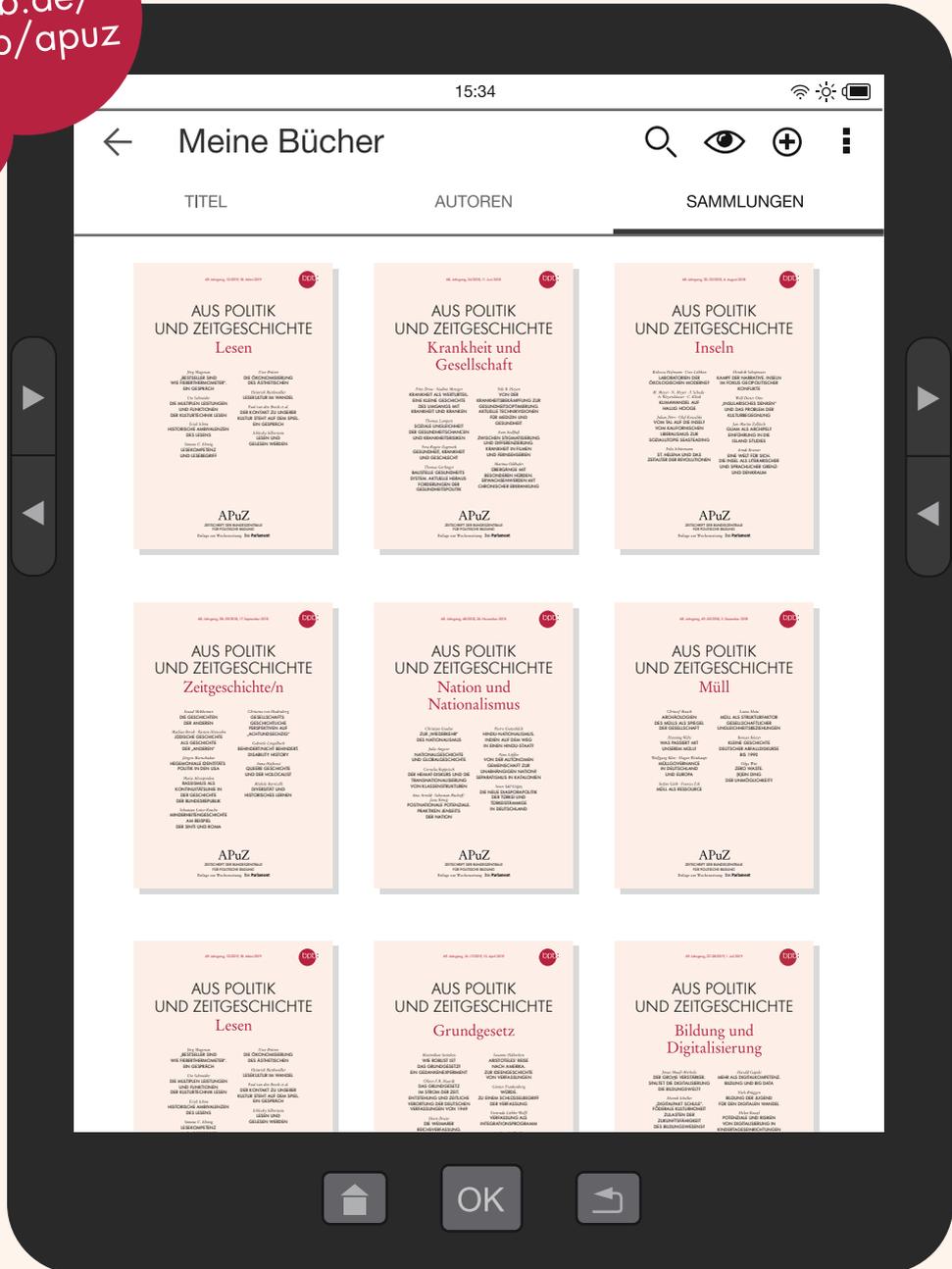
²⁰ Vgl. Hanns Maull, Multilateralismus. Varianten, Möglichkeiten, Grenzen, Erfolgsbedingungen, SWP-Aktuell 11/2020, www.swp-berlin.org/10.18449/2020A11.

²¹ Siehe <https://globalhealth.de>.

Unterwegs und überall.

APuZ als E-Book oder PDF herunterladen
und in über 500 Ausgaben lesen, suchen, markieren ...

[bpb.de/
shop/apuz](http://bpb.de/shop/apuz)



Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 9 95 15-0



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 30. Oktober 2020

REDAKTION

Lorenz Abu Ayyash
Anne-Sophie Friedel (verantwortlich für diese Ausgabe)
Sascha Kneip
Johannes Piepenbrink
Frederik Schetter (Volontär)
Anne Seibring
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
twitter.com/APuZ_bpb

APuZ
Nächste Ausgabe
48/2020, 23. November 2020

SCHWARZE NULL

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Charlotte Cassel/Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH & Co. KG,
Mörfelden-Walldorf

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung
Das **Parlament** ausgeliefert.
Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.
Im Ausland zzgl. Versandkosten.
FAZIT Communication GmbH
c/o InTime Media Services GmbH
fazit-com@intime-media-services.de

Die Veröffentlichungen in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ sind keine Meinungsäußerungen der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung. Beachten Sie bitte auch das weitere Print-, Online- und Veranstaltungsangebot der bpb, das weiterführende, ergänzende und kontroverse Standpunkte zum Thema bereithält.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ
Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland.



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz