



Kritisches Statement der Politischen Deklaration zur Verabschiedung beim High-level Meeting zu Universal Health Coverage

Übersicht und Zusammenfassung

Obwohl die politische und finanzielle Unterstützung für die Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele (MDG) unvollständig und fragmentiert blieb, erreichte die internationale Gemeinschaft zwischen 2000 und 2015 große Fortschritte in Bezug auf die Reduzierung der katastrophalsten Konsequenzen weltweiter Ungleichheit – insbesondere im Feld Gesundheit. Die wichtigsten Verbesserungen können bei der Erhöhung der Überlebenschancen der am meisten benachteiligten Länder und Bevölkerungen beobachtet werden. Die Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit, der Kampf gegen HIV, TB, Malaria und andere Epidemien in Kombination mit der Stärkung von Gesundheitssystemen führten zu einer signifikanten Senkung vorzeitiger Mortalität. Insbesondere in den Niedrigeinkommensländern erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit von der Geburt bis zum 60. Lebensjahr zu überleben von 50 auf 68 Prozent, wodurch der vorherige Trend einer wachsenden Lücke im Vergleich zu bessergestellten Nationen umgekehrt wurde.

Die 2030 Agenda für nachhaltige Entwicklung (SDG) sollte auf diesen positiven Ergebnissen aufbauen und einen konsequenten Weg vorwärts entwerfen, um die fortwährenden Benachteiligungen im Hinblick auf Gesundheits- und Entwicklungschancen zu überwinden. In der Tat beinhaltet das verabschiedete Dokument ambitionöse Grundsätze, Ziele und Unterziele, damit vermeidbare Todesfälle durch übertragbare Krankheiten, mit Geburt und Mutterschaft verbundene Risiken und andere Bedrohungen vermindert werden. Darüber hinaus wurde die Erreichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung (UHC) als übergeordnete Verpflichtung etabliert, die zum einen die besonders hervorgehobenen Gesundheitsziele beinhaltet und ermöglicht, während zugleich die Leistungen ausgeweitet werden mit dem Ziel andere Gesundheitsrisiken abzudecken. Wenn wir dagegen die notwendige Umverteilung von Ressourcen und Macht betrachten, fallen die jeweiligen Forderungen hinter das benötigte Maß zurück und verwässern sogar seit langem bestehende Verpflichtungen – insbesondere das auf VN-Ebene beschlossene Ziel, dass entwickelte Staaten mindestens 0,7 % ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) für die soziale Daseinsvorsorge und das ökonomische Vorwärtkommen der Entwicklungsländer aufbringen. Aus diesem Grund leidet die Vereinbarung unter einer inhärenten Ambivalenz, indem einerseits weitreichende Bemühungen zur Beseitigung extremer Armut in all ihren Formen und Dimensionen festgelegt werden, während andererseits die Formulierung der nötigen Handlungsansätze für die Überwindung der extrem ungleichen Verteilung von Vermögen und Einkommen zwischen Ländern und Individuen unbeachtet bleibt.

Die nun vereinbarte VN-Deklaration zu UHC, die auf dem High-level Meeting am 23. September verabschiedet werden soll, vermeidet diesen grundsätzlichen Widerspruch zwischen menschlicher Verbundenheit und engstirnigem Egoismus traurigerweise nur dadurch, dass sie weitgehend die zweite Einstellung übernimmt. Gerade auf diesem Gebiet von essenzieller Wichtigkeit unterliegen die Repräsentanten der Mitgliedsstaaten augenscheinlich den destruktiven Positionen derjenigen Regierungen, die die wirtschaftlichen Interessen der privilegierten Wenigen über die Leben der vielen benachteiligten Menschen stellen. Dies ist die einzige logische Erklärung für die Tatsache, dass das Dokument alle Hinweise auf die immer noch verheerenden Unterschiede zwischen und innerhalb der Länder hinsichtlich Gesundheitswirkungen und ihren zugrundeliegenden Ursachen

unterdrückt. Zum Beispiel existiert kein Hinweis auf die vollkommen unzureichenden Ressourcen und die lebensbedrohenden Lebensverhältnisse, welche konkrete finanzielle und politische Anstrengungen im Geist der globalen Solidarität, Gerechtigkeit und Verantwortung verlangen. Sogar die Daten und Aussagen mit Bezug auf die großen Gesundheitsdefizite und Bedürfnisse, die noch in früheren Versionen gefunden werden können, wurden in der finalen Deklaration vollständig gelöscht. Übermäßige Verallgemeinerungen und willkürlich ausgewählte Bezüge werden verwendet, um die harte Realität der benachteiligten Länder und Bevölkerungen bezüglich der extrem niedrigen öffentlichen Finanzen für Gesundheit, den hohen Sterblichkeitsraten aufgrund von behandelbaren Erkrankungen sowie den vorherrschenden Gründen für vorzeitige Todesfälle zu verschleiern. Über fast alle Abschnitte hinweg spiegelt die vorherrschende Perspektive die Situation der ökonomisch bessergestellten Nationen wider und ignoriert im Gegensatz dazu die Gegebenheiten in den Niedrigeinkommensländern, die nicht nur mit den geringsten Gesundheitsausgaben, sondern auch den höchsten Krankheitslasten konfrontiert sind. Des Weiteren vermeidet das Dokument jegliche konkrete Zusage der Unterstützung von Seiten ökonomisch privilegierter Staaten, um bessere Gesundheitsleistungen und Gesundheitswirkungen in den besonders benachteiligten Staaten und Bevölkerungen zu erreichen. Dies trifft auf beide Gebiete der Zusammenarbeit zu: die Erhöhung der finanziellen Beiträge für die Schließung der Ressourcenlücken sowie die Unterbindung nachteiliger Gesundheitsauswirkungen durch nicht nachhaltige ökonomische und politische Praktiken. Folglich neigt die Deklaration dazu, das Konzept von UHC zu einem variablen Bündel an Interventionen zu reduzieren, die von den immens unterschiedlichen ökonomischen Kapazitäten einzelner Länder anstatt einer weltweiten gemeinsamen Anstrengung für die Verwirklichung der Gesundheitsziele der 2030 Agenda bestimmt sein werden. Dies erhöht die Gefahr, dass sich die inakzeptablen Diskrepanzen bei den Überlebenschancen wieder ausweiten werden, was aus dem Prinzip niemanden zurückzulassen eine Farce machen würde.

Ignorieren der realen Fakten und Trends in der globalen Gesundheit

Die Deklaration fokussiert sich ausschließlich auf allgemeine Beschreibungen der weltweiten Gesundheitssituation und vermeidet die notwendige Ausdifferenzierung, um gravierende Unterschiede entlang ökonomischer und sozialer Kategorien in den Blick zu nehmen, die Vulnerabilität und Exklusion verursachen – wie Einkommensniveaus, Regionen, Altersgruppen und von Marginalisierung und Diskriminierung betroffene Bevölkerungsgruppen. Infolgedessen scheitert sie darin, eine adäquate Analyse der realen Trends und Voraussetzungen für Gesundheit zu liefern, unterdrückt die vorhandenen Hinweise auf die weiterhin existierende extreme Benachteiligung hinsichtlich der Überlebenschancen von verarmten Ländern und vulnerablen Bevölkerungen und ignoriert die grundlegende Erkenntnis aus der MDG-Periode, dass verstärkte internationale Kooperation entscheidend für die Reduktion der schlimmsten Gesundheitsdefizite war. Wichtige Bezüge zu Gesundheitsungerechtigkeiten, wie der Unterschied in der Lebenserwartung von mehr als 30 Jahren zwischen bessergestellten und benachteiligten Staaten oder die 8 Millionen verlorenen Menschenleben in Niedrig- und Mitteleinkommensländern aufgrund von behandelbaren Erkrankungen, wurden im finalen Text entfernt. Der aufschlussreichste Indikator ist allerdings die Wahrscheinlichkeit bis zu einem gewissen Alter zu überleben, weil er die potenziell erhöhte vorzeitige Sterblichkeit von benachteiligten Bevölkerungen innerhalb von Ländern besser reflektiert. In Niedrigeinkommensländern stagnierte die Prozentzahl der Neugeborenen, die erwarten konnten, bis zum 60. Lebensjahr zu überleben, bei circa 50 % im Zeitraum 1985-2000. Doch dank der durch die MDGs animierten zusätzlichen Anstrengungen hat sich dieser Indikator mittlerweile auf 68 % erhöht. In Sub-Sahara Afrika fiel die Wahrscheinlichkeit bis zum 60. Geburtstag zu überleben in der ersten Phase sogar unter 50 %, aber stieg auf über 62 % am Ende der MDG-Ära. Somit konnte die Weltgemeinschaft einen bedeutenden Teil des Rückstands auf die ökonomisch privilegierten Staaten überwinden. Allerdings hat sie noch einen weiten Weg vor sich bei der vollständigen Beseitigung der immer noch massiven Benachteiligung, wenn man bedenkt, dass in vielen Teilen Europas ungefähr 93 % der im Jahr 2015 geborenen Babys erwarten können, das 60. Lebensjahr zu erreichen. In Übereinstimmung mit dem Prinzip niemanden zurückzulassen sollten die Länder und Bevölkerungen mit den niedrigsten Überlebenschancen das höchste Maß an Aufmerksamkeit erfahren.

In ihrem einzigen Bezug auf altersspezifische Mortalität beschränkt sich die Deklaration stattdessen auf die Spanne von 30 bis 69 Jahren, um die Auswirkung nichtübertragbarer Krankheiten herauszustellen. Eine alleinige

Fokussierung auf die Gruppe mittleren Alters und die damit einhergehende Ignorierung der Sterblichkeit unter Kindern und jungen Menschen führt die ethisch angemessene Bewertung von Gesundheitszuständen ad absurdum und ist hochgradig irreführend was die richtige Prioritätensetzung für die Gesundheitsförderung angeht. Wenn wir die Todesfälle vor dem 50. Lebensjahr betrachten zeigt sich ein vollkommen anderes Bild, da übertragbare Erkrankungen und perinatale Risiken sowie Müttersterblichkeit und Todesfälle aufgrund von Ernährungsdefiziten im Jahr 2016 weltweit für beinahe die Hälfte dieser vorzeitigen Mortalität verantwortlich waren und in Niedrigeinkommensländern sogar zwei Drittel bedingten. Während die Länder mit hohem oder mittlerem Einkommen ein weites Spektrum an Gesundheitsleistungen anbieten müssen, darf die internationale Unterstützung für die ärmsten Länder und Regionen nicht an Schwung bei der Bekämpfung der verheerendsten Epidemien und bei der Kinder- und Müttergesundheit verlieren. Aber stattdessen beinhaltet die Deklaration im Vergleich zu den entsprechenden SDG 3 Unterzielen abgeschwächte Formulierungen hinsichtlich der Epidemien von Aids, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten Tropenkrankheiten, bei Kindermortalität sowie bei den Todesfällen und Verletzungen durch Straßenverkehrsunfälle. Demzufolge verschleiert und ignoriert die Deklaration die Bedürfnisse der am meisten benachteiligten Länder – sowohl im Hinblick auf das immense Ausmaß des vermeidbaren Risikos eines vorzeitigen Todes als auch hinsichtlich der Hauptgründe für diese tragischen Krankheitsfolgen.

Verneinung der notwendigen Umverteilung von Ressourcen

Der finale Entwurf lässt die wichtigste Tatsache in Bezug auf das Unvermögen, in vielen Nationen UHC und SDG 3 und seine Unterziele zu erreichen, völlig unberücksichtigt: Alle Niedrigeinkommensländer und manche Mitteleinkommensländer besitzen aufgrund der sehr geringen Höhe des Bruttoinlandsprodukts (BIP) pro Kopf einfach nicht die ökonomischen Kapazitäten, um UHC für ihre Bevölkerungen aus eigener Kraft zu finanzieren. Zusätzlich verschlimmern unzureichende Staatseinnahmen im Verhältnis zum BIP ebenso wie ungenügende Gesundheitsausgaben in Relation zu den Staatshaushalten die Finanzierungslücke zur Erreichung von UHC. Aus diesen Gründen sollte die Deklaration sowohl Maßnahmen für die Verbesserung der inländischen Ressourcenmobilisierung enthalten als auch die gemeinsame internationale Verantwortung betonen, ausreichende Finanzmittel für diejenigen Länder bereitzustellen, die offenkundig nicht über die Wirtschaftskraft für die Realisierung von UHC verfügen.

Im Hinblick auf die inländische Ressourcenmobilisierung vergisst der finale Entwurf jedoch eine angemessene Zusage zu erwähnen, die das Erreichen von ehrgeizigen aber realistischen Niveaus der inländischen Mittel für Gesundheit mittels geeigneter Steuerpolitiken in den Mittelpunkt stellt. Dies betrifft insbesondere Anstrengungen zur Erhöhung der Einnahmen durch Steuern und Sozialabgaben sowie die Priorisierung der Gesundheitsausgaben innerhalb der Budgetverteilung in Höhe von nicht weniger als 15 Prozent wie in der Abuja Deklaration vereinbart. Aufgrund ihrer schädlichen Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitsfinanzierung müssen gleichzeitig die negativen Folgen von Steuervermeidung und Steuerhinterziehung auf die Staatseinnahmen in der Deklaration Erwähnung finden. Darüber hinaus liegt die Abhängigkeit der Niedrigeinkommensländer von gesundheitsbezogener Entwicklungshilfe de facto wesentlich höher als die in der Deklaration angegebenen 30 %. Denn sie beläuft sich auf 60 %, wenn wir uns auf öffentliche Ressourcen konzentrieren und Direktausgaben der Haushalte (out-of-pocket spending) sowie private Entwicklungsfinanzierung ausschließen (P. 19). Dies ist von besonderer Wichtigkeit, weil der finale Entwurf keine Aussage beinhaltet, die eine Minimierung von out-of-pocket spending fordert und auf die Beseitigung ihrer katastrophalen Konsequenzen drängt.

Im Hinblick auf die Länder, die nicht über die erforderlichen ökonomischen Kapazitäten für die Finanzierung von UHC aus inländischen öffentlichen Gesundheitsausgaben verfügen, ist es erstaunlich, dass der finale Entwurf es versäumt, die gegenwärtige Situation dieser Länder darzustellen und überdies die Notwendigkeit eines gemeinsamen auf dem Prinzip der internationalen Kooperation gründenden Fahrplans unberücksichtigt lässt. Unbegreiflicherweise zitiert das Dokument die Schätzungen der WHO, dass die Mobilisierung von zusätzlichen Ressourcen in einer Gesamthöhe von 3,9 Billionen US-Dollar in Niedrig- und Mitteleinkommensländern bis zum Jahr 2030 ausreichen würde, um UHC zu erreichen und 97 Millionen vorzeitige Todesfälle abzuwenden, vermeidet es aber, die Mindesthöhen der Regierungsausgaben pro Kopf für die Verwirklichung des betreffenden Abdeckungsgrads und der genannten Gesundheitswirkungen zu benennen, obwohl diese in derselben

wissenschaftlichen Publikation dargestellt werden (P. 42). Aufgrund dieses Defizits werden die tatsächlichen Finanzierungsbedarfe für die Erreichung von UHC in Niedrigeinkommensländern und die daraus resultierende gewaltige Finanzierungslücke übersehen. Während die Regierungsausgaben für Gesundheit im Durchschnitt auf ungefähr 100 US-Dollar (Preise und Wechselkurse aus dem Jahr 2017) angehoben werden müssen, kommt in den Niedrigeinkommensländern derzeit die öffentliche Gesundheitsfinanzierung aus inländischen Quellen zusammen mit den Zuschüssen aus der Entwicklungszusammenarbeit gerade einmal auf ein Viertel dieses Betrags. Das erklärte Ziel von zusätzlich 1 % des BIP ist eindeutig unzureichend, denn dadurch kommen kaum 10 US-Dollar für Gesundheitsausgaben zustande, wenn man sich bewusst macht, dass das jährliche BIP pro Kopf in den letzten Jahren der SDG-Periode voraussichtlich zwischen 890 und 990 US-Dollar betragen wird (P. 43).

Um den finanziellen Bedarf für die Realisierung von UHC adäquat zu bestimmen, sollte der finale Entwurf die Verpflichtung beinhalten, spezifische öffentliche Ausgabenziele für die einzelnen Länder zu entwickeln, die geeignet sind, die Finanzierung SDG 3 und UHC sicherzustellen. Dies sollte in unterstützender Zusammenarbeit mit WHO, UNAIDS und anderen relevanten Organisationen bis zum Jahr 2020 geschehen. In diesem Zusammenhang sollten sich die Nationen dazu verpflichten, alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, damit angemessene Ziele für die Ausgaben aus öffentlichen Quellen gesetzt werden, die für die Verwirklichung der Gesundheitsziele der Agenda 2030 hinreichen, sich an den länderspezifischen Bedarfen gemäß der bestehenden Gesundheitsrisiken und Mortalitäts- sowie Morbiditätsmuster orientieren und unter demokratischer Teilhabe, vor allem der am meisten benachteiligten Bevölkerungsgruppen, erstellt werden. Weiterhin sollte der finale Entwurf eine Zusage beinhalten, eine ausreichende, vorhersehbare und nachhaltige Aufbringung von Mitteln unter Einsatz von internationaler Kooperation bereitzustellen. Dies sollte vornehmlich mittels öffentlicher Entwicklungszusammenarbeit geschehen, die sich aus Haushaltsmitteln der Hocheinkommensländer finanziert, in Form von Zuschüssen bereitgestellt wird und über multilaterale sowie regionale Organisationen in Kombination mit koordinierten bilateralen Partnerschaften mit dem öffentlichen Sektor der Empfängerländer und der Zivilgesellschaft kanalisiert wird. Diese Zusage sollte sich allen voran an solche Länder wenden, welche nicht über die Wirtschaftskraft verfügen, um ausreichende inländische Ressourcen für die länderspezifischen öffentlichen Ausgabenziele zur Umsetzung von SDG 3 und UHC aufzubringen.

Der Mangel an politischem Willen, der kennzeichnend für diese Deklaration ist, zeigt sich sehr deutlich an der Tatsache, dass das seit langem existierende VN-Ziel, 0,7 % des BNE der entwickelten Länder für die Entwicklungshilfe insgesamt aufzubringen, in der finalen Version des Entwurfs vollständig fehlt. Indes legt ein adäquates Gesamtvolumen für die Entwicklungszusammenarbeit das Fundament für sektorspezifische Bemühungen und hilft bei der Vermeidung von destruktiven Konflikten in Bezug auf die Verteilung von Ressourcen. Ferner wurde die Empfehlung der WHO-Kommission zu Makroökonomie und Gesundheit, mindestens 0,1 % des BNE für die Gesundheitsförderung in den Entwicklungsländern aufzubringen, im finalen Entwurf ebenfalls außer Acht gelassen. Dahingegen muss aufbauend auf diesen Zielen jede ernsthafte Deklaration mit dem Ziel, das Menschenrecht auf Gesundheit zu verwirklichen und die 2030 Agenda umzusetzen, die klare Vereinbarung beinhalten, einen globalen Plan zur Finanzierung von SDG 3 zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Plan muss die gemeinsamen Anstrengungen reicher und armer Staaten zusammenbringen, bedarfsorientierte Zielvorgaben festlegen, klare Verantwortlichkeiten und Finanzierungsquellen definieren sowie konkrete zeitgebundene Schritte darlegen.

Herabstufung des Konzepts und Umfangs der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Entgegen der Tatsache, dass die Deklaration das Menschenrecht auf Gesundheit und die politischen Erklärungen aus gesundheitsbezogenen VN-Treffen in ihren allgemeinen anfänglichen Aussagen bestätigt, fährt sie mit der Ökonomisierung der zentralen Aufgabe der Förderung von Gesundheit fort, indem diese als „Investition in das Humankapital“ bezeichnet wird (P. 7), statt Gesundheit als elementares Ziel in sich selbst zu definieren. In diesem Kontext versäumt es das Dokument, den Zustand bestmöglicher Gesundheit als eines der essenziellsten Grundbedürfnisse menschlicher Wesen und gleichzeitig eine Grundvoraussetzung für die Befriedigung weiterer fundamentaler Bedürfnisse anzuerkennen. Außerdem schafft sie es nicht, die Zentralität einer umfassenden Gesundheitsförderung und -versorgung zu würdigen, die darauf ausgerichtet ist, allen Menschen ein langes,

gesundes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, obwohl dies ein übergreifendes Ziel ist, das alle Anstrengungen menschlicher Entwicklung anleiten sollte.

Vor dem Hintergrund des Maßnahmenspektrums, das für die Realisierung von UHC bereitgestellt werden soll, läuft die Formulierung der entsprechenden Verpflichtung auf ein willkürlich definiertes Bündel an Leistungen hinaus, das weit hinter den benötigten Standards für die Erreichung der Gesundheitsziele der 2030 Agenda, geschweige denn der Befriedigung der grundlegenden gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Rechte, zurückbleiben kann. Während die generelle Umschreibung den Zugang zu den „benötigten“ und „essenziellen“ Leistungen erwähnt (P. 8), vermeidet die in einem späteren Abschnitt (P. 25) formulierte eigentliche Verpflichtung diese Merkmale und bezieht sich nur auf „national festgelegte Bündel integrierter und qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen“. Die finale Version beinhaltet zudem Spezifikationen aus früheren Fassungen der Deklaration nicht mehr, die ein breites Spektrum an abzudeckenden Krankheiten und Leiden beschrieben. In der Konsequenz birgt die derzeitige vage Formulierung ein hohes Risiko, dass in den am meisten benachteiligten Ländern die extrem begrenzten finanziellen Kapazitäten letztlich die Zusammenstellung der Leistungen determinieren werden.

Die schwachen sprachlichen Formulierungen bezogen auf den Kampf gegen die Hauptgesundheitsgefahren, wie die Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und der vernachlässigten Tropenkrankheiten, Kindersterblichkeit oder Todesfälle und Verletzungen durch Straßenverkehrsunfälle, weisen in dieselbe Richtung. Verglichen mit den korrespondierenden SDG 3 Unterzielen, welche ambitionierte und messbare Richtwerte lieferten, beschränken sich die entsprechenden Verpflichtungen in der Deklaration auf die unverbindliche und schwer fassbare Floskel „die Anstrengungen zu stärken“ (P. 32-35). In gleicher Weise versäumt es die Deklaration die Schlüsselgruppen der HIV-Bewältigung, nämlich Männer, die Sex mit Männern haben, Menschen, die intravenös Drogen konsumieren sowie Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, als gefährdete Menschen oder Personen in vulnerablen Situationen zu nennen. Im Übrigen versäumt es der finale Entwurf zu erkennen, dass Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung oder Geschlechteridentität, die immer noch eine wichtige Ursache für Menschenrechtsverletzungen und erhöhte Gesundheitsrisiken darstellt, bekämpft werden muss. Diese Defizite lassen stark an dem vorgegebenem „Bemühen die am weitesten Zurückliegenden als erstes zu erreichen“ zweifeln. Zudem geben sie Anlass zur Besorgnis, dass nicht nur extreme ökonomische Ungleichheit, sondern auch inhumane ideologische Vorurteile die Verwirklichung dringend notwendiger Aktivitäten für die Erreichung von UHC erschweren.

Ein weiteres Detail, das zur Kenntnis genommen werden muss, ist die Entfernung der notwendigen Passagen, die eine Einführung von Preis- und Steuermaßnahmen gegen gesundheitsschädliche Produkte – vor allem Tabak und Alkohol – fordern. Diese Unterlassung erfolgte, obwohl solche Abschnitte in den beiden ersten Versionen enthalten waren. Deshalb scheint es so, als ob die Bandbreite der UHC-Interventionen auch von der Tendenz begrenzt wird, jegliche Zusicherung zu vermeiden, die bestimmte ökonomische oder kommerzielle Interessen beschränken könnte.

Vermeidung sich für die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit essenzieller Medikamente einzusetzen

Abermals nehmen wir eine eindeutige Tendenz wahr, die Auswirkung einer wichtigen Barriere für die Umsetzung von UHC zu unterschätzen. Primär muss festgestellt werden, dass die finale Version die „Sorge um hohe Preise“ auf lediglich „einige“ Gesundheitsprodukte reduziert hat. Dies erzeugt den falschen Eindruck, nicht bezahlbare Medikamente würden ein außergewöhnliches Problem darstellen, während dies in der Realität eine typische Situation für neuere pharmazeutische Produkte darstellt, die Patentbestimmungen unterliegen (P. 50). Obendrein werden die Ungleichgewichte und Ineffizienzen des momentanen, vom Privatsektor dominierten und durch expansive Monopolrechte geprägten Forschungsmodells ignoriert, die sich beispielsweise an der Zuteilung von Investitionen nach hohen Profitmöglichkeiten statt dringenden Bedarfen, den ziemlich moderaten Raten an Reinvestitionen der Verkaufserlöse sowie der Blockierung von wissenschaftlichen Folgeinnovationen zeigen. Gleichermäßen vernachlässigt die Deklaration die Erfordernis, die Konsequenzen existierender Rechte an geistigem Eigentum in Bezug auf Innovation und Zugang zu Gesundheitstechnologien zu evaluieren, obwohl dies bereits in früheren VN-Dokumenten erwähnt wurde (siehe Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS, Juni 2001, P. 24, 26). Die Erhöhung der Transparenz der Kosten von Forschung und der Preisfestlegung von Medikamenten, die diese

kritische Analyse möglich machen würde, wurde in der finalen Version auf den zweiten Punkt beschränkt. Somit wird eine Beurteilung des Umfangs und der Prioritätensetzung von Investitionen in gesundheitsbezogene Innovationen verhindert.

Das Versagen, die unzureichenden Fortschritte bei der Entwicklung der benötigten neuen Gesundheitstechnologien auf eine realitätsgerecht darzustellen steht in Einklang mit der äußerst niedrigen Bedeutung, die in dem Dokument der öffentlichen Finanzierung von Forschung beigemessen wird. Das Dokument hebt die Rolle des Privatsektors hervor, ohne zu erwähnen, dass dieser häufig auf die Grundlagenforschung von öffentlichen akademischen Einrichtungen angewiesen ist. Obwohl die Deklaration die Förderung von innovativen Anreizen und Finanzierungsmechanismen für die Erforschung und Entwicklung neuer Gesundheitsprodukte unterstützt, vermeidet sie jedwede Nennung der Quellen und Dimensionen der dafür benötigten Ressourcen. Ein seriöses Dokument sollte jedoch eindeutige Zusagen formulieren, um angemessene Ziele für die Steigerung der finanziellen Unterstützung der Regierungen von ökonomisch privilegierten Ländern für bedarfsorientierte Forschung und Entwicklung zu setzen. Und dieses öffentliche Engagement sollte als essenzieller Teil eines globalen Plans für die Finanzierung von SDG 3 gesehen werden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Deklaration die von der Welthandelsorganisation (WTO) verabschiedeten handelsbezogenen Aspekte von Rechten an geistigem Eigentum (TRIPS Abkommen) sowie die damit korrespondierende und 2001 verfasste WTO-Doha Deklaration zum TRIPS Abkommen und öffentlicher Gesundheit bestätigt und dafür eintritt, diese so zu interpretieren, dass die öffentliche Gesundheit und der Zugang zu Medikamenten unterstützt wird. Allerdings greift sie zu kurz, indem die in der neuesten VN-Deklaration zu HIV und AIDS getroffene Festlegung keine Erwähnung findet, die explizit den vollen Gebrauch der im TRIPS-Abkommen verankerten Schutzmaßnahmen garantiert und sich dazu verpflichtet, dass Rechte an geistigem Eigentum aus anderen Handelsabkommen diese existierenden Flexibilität nicht untergraben dürfen. Schlussendlich blendet der finale Entwurf die Verpflichtung aus, Technologien zu teilen und zu transferieren, die das Ziel verfolgen, die lokalen Kapazitäten benachteiligter Staaten hinsichtlich der Entwicklung und Produktion von pharmazeutischen Produkten zu verbessern, was ebenfalls die tatsächliche Implementierung von Zwangslizenzen als die wichtigste der Schutzmaßnahmen ermöglichen würde.

Autoren: Joachim Ruppel, Tilman Ruppel, Missionsärztliches Institut Würzburg

Kontakt:

Aktionsbündnis gegen AIDS

Rungestr. 19

10179 Berlin

Tel: 030 536 799 844

Mail: info@aids-kampagne.de