Andreas Wulf

Globale Gesundheitssicherheit Geschichte, Tendenzen und Konflikte im Spiegel der gegenwärtigen COVID-19-Pandemie (Zur Diskussion)

In der globalen Gesundheitspolitik und ihren Debatten sind der Begriff der Globalen Gesundheitssicherheit (*Global Health Security*) und seine Bedeutungen seit längerem präsent und seitdem auch umstritten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt zu den Gesundheitsrisiken, mit denen sich dieser Teilbereich der Gesundheitspolitik beschäftigt, nicht nur klassische und neue Epidemien und Pandemien von Infektionskrankheiten, sondern auch Gesundheitsgefahren durch Chemikalien, Umweltverschmutzung und den Klimawandel. In ihrem Konzept sind *essential public health functions* und die Stärkung von Gesundheitssystemen generell ein zentraler Bestandteil zur Bewältigung dieser Gefahren (WHO 2018). Auch die Verhinderung des Einsatzes von Krankheitserregern als Biowaffen ist Teil der Globalen Gesundheitssicherheit und verweist bereits auf das Spannungsfeld zwischen Gesundheits- und Sicherheitspolitik, dem sich dieser Diskussionsbeitrag widmet.

Mit der COVID-19-Pandemie erhält der Diskurs um die Globale Gesundheitssicherheit eine neuerliche Konjunktur. Denn nun erscheint schlagend der Beweis erbracht, dass der Schwerpunkt internationaler Gesundheitspolitik auf der Bewältigung solcher Krankheitsausbrüche liegen muss. Schließlich müssen nicht nur die schweren Schäden an Leib und Leben durch solche Pandemien, sondern auch deren wirtschaftlichen Folgen in einer globalisierten Welt minimiert werden. Gibt es also ein alle Akteur*innen einendes Interesse, wie es zum Beispiel in den großen *Coronavirus Global Response Pledging Conferences* am 4. und 28. Mai 2020 (EU 2021) beschworen wurde, als von Medikamenten und Impfstoffen die Rede war, die zur Überwindung von COVID-19 möglichst rasch entwickelt und als „globale öffentliche Güter“ allen Menschen zur Verfügung gestellt werden sollten? Oder werden in der Krise nicht im Gegenteil die egoistischen Tendenzen eines „Sicherheit zuerst für uns selbst und dann erst für die anderen“ verstärkt, wie wir es seit

dem Sommer 2020 schon sehen, als die finanzstarken Länder sich in Vorverträgen den größten Teil der Impfstoffproduktion sicherten, also entgegen aller Rhetorik des „die Pandemie ist erst vorbei, wenn sie für alle vorbei ist“ handelten. Eine Analyse der wesentlichen Interessen und Akteur*innen kann dazu beitragen, Antworten auf zwei Fragen zu finden, die in diesen Debatten von zentraler Bedeutung sind: Globale Gesundheitssicherheit wovon? Und für wen? (Rushton 2011).

Dabei ist die Verknüpfung von Gesundheit und Sicherheit nicht neu. Der Ursprung internationaler Gesundheitspolitik ist eng mit der kolonialen Globalisierung der Welt und der sie begleitenden Krankheiten verbunden. So wurden die ersten internationalen Abkommen im 19. Jahrhundert zur Harmonisierung von Quarantänebestimmungen gegen die Verbreitung von Cholera, Pest und Gelbfieber im Seehandel der kolonialen Imperien geschlossen. Sie gelten zu Recht als völkerrechtliche Vorläufer der heutigen WHO. Infektionskrankheiten und besonders die sich epidemisch rasch ausbreitenden und gefährlichen Erreger in den abhängig gemachten Kolonien, wurden also schon lange als Sicherheitsrisiken vorrangig für die Eroberer wahrgenommen. Dies zeigte sich besonders drastisch in Westafrika, dessen lukrative „Goldküste“ im 18. Jahrhundert als „Grab des weißen Mannes“ galt, weil 25-75 % der dort eindringenden Europäer*innen innerhalb ihres ersten Jahres an Malaria, Gelbfieber und Schlafkrankheit starben (Hallett 1965: 9).

Globale Gesundheitspolitik behielt auch im 20. Jahrhundert ihren (geo-)politischen Charakter, auch wenn sich die WHO gerade zu Beginn in der Phase nach dem 2. Weltkrieg eher auf die normativen und technischen Aspekte vermeintlich wissenschaftlich-neutraler Strategien öffentlicher Gesundheitsprogramme zur Bekämpfung relevanter Infektionskrankheiten wie Pocken, Polio, Tuberkulose, Malaria oder Parasitenerkrankungen konzentrierte. Ein weiterer Fokus galt der Verbesserung von Mutter-Kind-Gesundheit. In diesen Programmen wurden insbesondere die gerade unabhängig gewordenen Länder des Globalen Südens beim Aufbau ihrer eigenen Gesundheitsstrukturen unterstützt. Herausragende Beispiele für eine solche erfolgreiche Anrufung des „globalen gemeinsamen Interesses“ an der Bekämpfung von globalen Infektionsrisiken sind die Malaria-Ausrottungs-Programme in den 1950er Jahren und dann der – zuerst von der UdSSR angeschobene – und 1979 erfolgreich abgeschlossene globale Kampf zur Ausrottung der Pocken (Henderson 2012).

Der Weg zur *Global Health Security*

Eine besondere Dynamik erhielt das „Sicherheitsnarrativ“ in der Globalen Gesundheitspolitik (McInnes & Roemer-Mahler 2017) allerdings vor allem um die Jahrtausendwende durch drei parallele Entwicklungen, die als „Krisenszenarien und -bewältigung in einer globalisierten Welt“ bezeichnet werden können.

Erstens erreichte zu dieser Zeit die globale AIDS-Krise, die in den 1980er Jahren bei ihrem Auftreten zunächst als eine neue Gesundheitskrise in den industriellen Zentren Nordamerikas und Europas wahrgenommen wurde, vor allem im südlichen und östlichen Afrika solche Ausmaße und damit einhergehend auch internationale Aufmerksamkeit, dass zum ersten Mal der Welt-sicherheitsrat auf Initiative der US-amerikanischen Regierung im Juli 2000 eine Resolution zu einer Epidemie verabschiedete: zum einen, weil diese vorwiegend sexuell übertragene Krankheit den Soldaten der UN-Blauhelm-Einsätze bedrohlich wurde (die sexuelle Ausbeutung lokaler Frauen, die ganz offensichtlich in dieser „Gefährdung“ der Soldaten eine wesentliche Rolle spielte, wurde erst 20 Jahre später von der engagierten Initiative *Code Blue* aus dem Umfeld der AIDS Aktivist*innen skandalisiert); zum anderen, weil „Stabilität und Sicherheit“ der betroffenen Länder durch das Massensterben einer jungen Erwachsenengeneration gefährdet schienen (UNSC 2000). Gesundheitspolitik war damit von der Ebene der UN-Fachorganisation WHO auf die Agenda der „großen Politik“ gelangt. Dies half in den Folgejahren, bis dahin ungeahnte öffentliche Aufmerksamkeit zu mobilisieren. Mit HIV/AIDS wurde im Juni 2001 zum ersten Mal eine Krankheit zum zentralen Thema einer Sondersitzung der UN-Generalversammlung. Der damalige Generalsekretär Kofi Annan forderte bei dieser Gelegenheit medienwirksam eine „Kriegskasse“ zur Überwindung der AIDS-Pandemie (Annan 2012). Dies führte nicht nur zur Gründung des *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM), sondern auch zum umfangreichen *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) der USA. Dieser neue Fokus auf Krankheitsbekämpfung und Gesundheit schlug sich ebenso prominent in den damaligen Millenniumentwicklungszielen (*Millennium Development Goals*) mit gleich drei gesundheitsbezogenen Zielen nieder.¹

Zweitens wurde nahezu zeitgleich mit der SARS-CoV-1-Pandemie (SARS – Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) 2002/03 die Möglichkeit einer raschen Verbreitung von neu auftretenden Krankheitserregern in der globalisierten Welt des 21. Jahrhunderts überdeutlich, auch

1 Dazu zählten das Ziel 4: Kindersterblichkeit verringern, Ziel 5: Müttergesundheit verbessern; Ziel 6: HIV/AIDS, Malaria und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.

wenn rückblickend die Pandemie mit einer glücklicherweise verhältnismäßig geringen Anzahl von knapp 8.100 Erkrankungen und 772 offiziell bestätigten Todesfällen heute als „Mini-Pandemie“ bezeichnet wird. Die SARS-CoV-1-Pandemie beschleunigte dann auch die Überarbeitung der ursprünglich nur auf wenige meldepflichtige Infektionskrankheiten ausgelegten *International Health Regulations* (IHR) bei der WHO. Durch eine Revision im Jahr 2005 wurden die IHR zu einem umfangreichen Abkommen zur Informations- und Kooperationspflicht der Staaten bei auftretenden „Gesundheitsgefahren von internationaler Bedeutung“ (*Public Health Emergencies of International Concern*) (Wilder-Smith & Osman 2020). Diese Neuformulierung war nicht unumstritten, denn es gab und gibt eine inhärente Spannung zwischen dem Wunsch nach und der Notwendigkeit zum „globalen Handeln“ in solchen Krisen, die potenziell bis zur Intervention in Krisensituation reicht, und nationalen Interessen, etwa in der Ausrufung von Reisebeschränkungen oder der Nutzung von nicht durch die Regierungen autorisierten epidemiologischen Daten. Einer solchen „Ermächtigung“ eines globalen Akteurs wie der WHO steht die Verteidigung der Souveränität der Mitgliedstaaten entgegen, die ein wesentliches Merkmal des UN-Systems des Multilateralismus ist, dem die WHO und ihre Mitgliedstaaten historisch verpflichtet sind. Die hier beschriebene Dominanz eines „globalen“ Sicherheitsdenkens mit den machtvollen Akteur*innen des Globalen Nordens als Impulsgeber beeinflusste auch wesentlich die Debatten um die erwähnte Neuformulierung der IHR. Hier wurden im Subtext immer auch die Fragen verhandelt, um wessen Sicherheit es eigentlich geht und vor welchen Risiken und Gefahren wer geschützt wird.

Drittens wurde in der Folge der terroristischen Anschlagsserie am 11. September 2001 und dem sich anschließenden Anthrax-Anschlag (Anschlag mit Sporen des Milzbrand-Erregers *Bacillus anthracis*) in den USA von diesen mit der *Global Health Security Initiative* bei der G7 und der NATO ein weiterer Schritt getan, Expert*innen gegen Infektionskrankheiten in den kommenden „Krieg gegen den Terror“ einzubeziehen. Die Bedrohung von potenziell tödlichen „Biologischen Waffen“ brachte beide, die *security community* und die *public health community*, erstmals enger zusammen. Dies ermöglichte und erhöhte Ressourcen für die Forschung zu neuen (und alten) potenziell gefährlichen Erregern und wurde von der entsprechenden Wissenschaftsgemeinschaft dankbar aufgegriffen, hatte aber zur Folge, dass öffentliche Gesundheit in einem erweiterten Konzept der „Terrorbekämpfung“ zunehmend einer „Versicherheitlichung“ (*securitization*) unterlag (Gursky 2004). Wurde jetzt vorrangig für die „Gefahrenabwehr von außen“ mobilisiert, gerieten wichtige Funktionen der öffentlichen Gesundheitsstrukturen – beispielsweise

die Gesundheitsförderung oder die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit – ins Hintertreffen (Staiti u.a. 2003).

Wessen Sicherheit steht bei COVID-19 auf der Agenda?

In der COVID-19-Krise aktualisiert sich die eingangs beschriebene Spannung um die Zielorientierung von *Global Health Security*: Ist dies der – vornehmlich von den Regierungen des reichen Globalen Nordens so verstandene – kollektive „Schutz vor Epidemien aus dem (armen) Globalen Süden“ oder sind es ebenso die individuellen Schutz- und Sicherheitsbedürfnisse der Menschen in diesen Ländern? Dies ist besonders relevant für die Frage der Unterstützung mangelhafter und personalschwacher Gesundheitssysteme, die wesentliche Alltagsrisiken wie etwa Malaria, Tuberkulose, Kindersterblichkeit und chronische Krankheiten nur unzureichend absichern können. Dominiert das erstere Verständnis, erscheinen letztere zweitrangig (Wenham u.a. 2019).

Dies ist besonders dann relevant, wenn es um die Verteilung und den Einsatz von knappen Ressourcen in Gesundheitssystemen geht. So erfordern der Aufbau von spezifischen und kontinuierlichen Protokollen zur Überwachung von Infektionsausbrüchen mit dem entsprechenden Fachpersonal und dem Vorhalten von Versorgungsinfrastruktur relevante Ressourcen, welche die meisten armen Staaten nicht haben. Auch deshalb bleiben andere Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens unterfinanziert bzw. sind auf unsichere internationale Finanzierungen durch globale Gesundheitsinitiativen wie des erwähnten GFATM oder bi- und multilateraler Gesundheitskooperationen angewiesen. Dramatisch wurde auch in der COVID-19-Pandemie deutlich, wie sehr ein ausschließlicher Fokus auf eine Krankheit andere relevante Gesundheitsprobleme verstärken kann: So brachen Behandlungsprogramme für Tuberkulose und HIV/AIDS massiv ein (GFATM 2000).

Konflikte im Verständnis und der Zielrichtung der „globalen Kooperation“ um das Teilen von Informationen, Ressourcen und Kapazitäten, tauchten auch in den Jahren nach der Verabschiedung der IHR immer wieder auf. So haben die heftigen Debatten, vor allem von Seiten der US-Regierung zu Beginn der COVID-19-Krise um die Frage, ob die Volksrepublik China die internationale Gemeinschaft rechtzeitig über den Infektionsausbruch in Wuhan informiert habe, ihre Vorläufer in ähnlichen Vorwürfen während der SARS-CoV-1-Pandemie, bei der Informationen über die ersten Infektionscluster in Hongkong und auf dem chinesischen Festland wochenlang zurückgehalten wurden.

Ein weiterer, jetzt wieder deutlich auftretender Interessens- und Machtkonflikt ist ebenfalls nicht neu, sondern trat bereits 2007 bei den Verhandlungen im *Intergovernmental Meeting on Influenza Viruses and Benefit Sharing* auf. In jenem Jahr war eine neue Variante der Vogelgrippe (H5N1 Influenza A) in Indonesien aufgetreten und verbreitete sich rasch global. Die Pflicht zur Weitergabe der Erreger zur Impfstoffentwicklung – wie sie in den IHR festgeschrieben ist – wurde von Indonesien in Frage gestellt. Denn die wenigen potenziellen Impfstoffproduzenten sitzen überwiegend im Globalen Norden und hatten ein de-facto Monopol auf die entwickelten Impfstoffe, wodurch sie sich die wissenschaftliche Vorarbeit bei der Isolation und Sequenzierung des Virus privat aneignen konnten. In der Folge hatte Indonesien wie die meisten Länder des Globalen Südens das Nachsehen, denn die reichen Länder hatten sich den Großteil der Impfdosen in Vorverträgen gesichert (Shashikant 2007). Erst 2010 konnte dieser Konflikt beigelegt werden (Gostin u.a. 2014).

In faktischer Wiederholung dieser Konflikte und Debatten zeigt sich auch jetzt in der COVID-19-Krise und bei der Produktion von COVID-19-Impfstoffen, dass die Macht- und Einflussfragen gerade nicht durch ein pandemisches Geschehen nivelliert werden, von dem alle betroffen sind (und dieses Mal in besonderer Weise auch die Gesellschaften des globalen Nordens), sondern im Gegenteil verstärkt werden. Statt konsequent gemeinsame, solidarische Lösungen schon frühzeitig anzugehen, wurden die protektionistischen Impulse des „jeder rettet sich zuerst“ überdeutlich sichtbar: In den ersten Wochen dominierte die hektische Suche nach Atemschutzmasken auf dem global leergekauften Markt und eine mangelnde Bereitschaft, wenigstens innerhalb Europas oder auch nur der EU konsequent die am meisten betroffenen Länder unbürokratisch zu unterstützen.

Ebenso wurden bereits im Frühjahr 2020 die auf dem Tisch liegenden Optionen für eine starke Rolle der WHO bei der Realisierung der oft beschworenen „globalen öffentlichen Güter“ beiseite gewischt: So pries die WHO mit dem *Access to Covid19 Tools Accelerator (ACT-A)* zwar die „schnellste, koordinierteste und erfolgreichste globale Anstrengung in der Geschichte zur Entwicklung von Instrumenten zur Bekämpfung einer Krankheit“ (WHO 2020) an, aber faktisch dominierten von Beginn an die großen *public-private*-Partnerschaften wie die Impfallianz GAVI (früher: *Global Alliance for Vaccines and Immunisation*), die Philanthropischen Stiftungen wie *Gates Foundation* oder der *Wellcome Trust* und die globalen Finanzierungsorganisationen wie die Weltbank. Deren Konzepte zur Verfügbarmachung der mit vielen Milliarden an öffentlichen Geldern entwickelten Diagnostika, Medikamente und Impfstoffe wurden schon frühzeitig dafür kritisiert, dass sie zwar massive Forschungs- und Entwicklungsanreize

setzen, aber bei der Frage der geistigen Eigentumsrechte der entwickelten Produkte keineswegs außerhalb der etablierten Modelle dachten (Third World Network 2020).

Noch deutlicher wurde der Unterschied zwischen den Gewichten der unterschiedlichen Akteur*innen beim *Covid19-Technology Access Pool*. Vorgeschlagen im April 2020 von der WHO und Costa Rica mit der Unterstützung von einer Handvoll – zumeist kleinerer – Länder, um (freiwillige) Lizenzen der COVID-19-Instrumente zu bündeln, wurde er von den wichtigen Unternehmen, die in der Entwicklung von Impfstoff miteinander konkurrierten, aktiv abgelehnt. Und auch von den entscheidenden Ländern des Globalen Nordens kam keinerlei Unterstützung.

Der ursprünglich als globale „Beschaffungsgemeinschaft“ für Impfstoffe konzipierten COVAX-Initiative (COVAX – *Covid-19 Vaccines Global Access*) von ACT-A erging es nicht anders. Die wohlhabenden Länder sicherten sich an COVAX vorbei den Löwenanteil der zu erwartenden Impfdosen in Vorbestellungen zu Preisen, die die Aktienkurse der Firmen in ungeahnte Höhe schießen ließen. Für die armen Länder blieben die Restbestände übrig, für die mehr schlecht als recht die internationale Gemeinschaft ein paar Milliarden Dollar zusammenkratzte. Im Vertrauen darauf, dass ein einziger Großproduzent in Indien, das *Serum Institute of India* (SII), den Bedarf für alle armen Länder schon decken könnte, wurde von COVAX die bilaterale Kooperation von AstraZeneca mit SII als globale Lösung präsentiert, bis die zweite Infektionswelle in Indien die Exporte aus naheliegenden Gründen zum Erliegen brachte. Endgültig zum karitativen Modell verkommt COVAX aber jetzt, wenn die reichen Länder ihre Impfstoffe, die im eigenen Land nicht mehr angenommen werden, als Spenden bereitstellen.

Alternativen und Perspektiven

Trotz dieser ernüchternden Bilanz des *business as usual* in der größten globalen Gesundheitskrise seit Jahrzehnten sind Alternativen entwickelt worden, die es weiter zu stärken gilt. Parallel zu und als Konsequenz aus den beschriebenen Debatten in den Grippe-Epidemien der 2000er Jahre und der unzureichenden Kapazitäten im Globalen Süden zur Impfstoffproduktion brachte die WHO ein umfangreiches Programm für einen *Influenza Technology Transfer Hub* auf den Weg, mit dem mehr Produzenten im Globalen Süden das Knowhow und die Erfahrung für diese spezifische Impfstoffproduktion erwerben sollten. In den Niederlanden und in der Schweiz entstanden in der Folgezeit solche Hubs (WHO 2015). Ganz ähnliches versucht die WHO aktuell, für COVID-19-Impfstoffe mit einem *mRNA Technology Transfer*

Hub in Südafrika, das Wissen und die Fähigkeiten für die Produktion dieser neuen, auch über Impfstoffe hinaus nutzbaren Technologien zu verbreitern, die von den Herstellern *Pfizer/Biontech*, *Curevac* und *Moderna* mit ihren Patenten und anderen geistigen Eigentumsrechten monopolisiert werden (WHO 2021). Bislang verweigern sich aber vor allem die Firmen mit bereits zugelassenen Impfstoffen einer Mitarbeit. Der Druck aus Wissenschaft und Zivilgesellschaft auf die wenigen Länder, die sich einer temporären Aussetzung der globalen Eigentumsrechte bei der Welthandelsorganisation, dem sogenannten *TRIPS Waiver*, noch in den Weg stellen (vor allem die EU und hier besonders Deutschland, aber auch Großbritannien, die Schweiz, Japan und Südkorea) steigt beständig, gerade weil es nur mit einem solchen *wavier* eine realistische Option für einen raschen Technologietransfer gibt, der einen echten *benefit sharing* in der Pandemie bedeuten würde.

Der Gesundheitssicherheits-Diskurs fördert die Tendenz, akute, kurzfristige Krankheitsausbrüche und deren Bewältigung durch „Schnelle medizinische Eingreiftruppen“ im Sinne eines Katastrophengeschehens gegenüber chronischen Faktoren und langfristigen Lösungen von Veränderungen der Landnutzung, der ökonomischen Situation der Bevölkerung und der sich ändernden Dynamik von Vektoren (Krankheitsüberträgern) zu priorisieren (Dry 2008: 5). Umso wichtiger ist es, die Frage nach den Nutznießer*innen der globalen Gesundheitssicherheitskonzepte nicht nur auf der Ebene der WHO und ihrer Länderdelegationen zu stellen, sondern vielmehr und noch dringlicher vor Ort bei den betroffenen Menschen in epidemischen Krisenlagen. Auch hier zeigten sich die „unerwünschten Nebenwirkungen“ einer Globalen Gesundheitssicherheit, die auf die Perspektive der Betroffenen keine Rücksicht nimmt. So war es etwa bei den von der Ebola-Epidemie betroffenen Gemeinden, in denen nicht nur die dramatischen Folgen des tödlichen Virus zu beklagen waren, sondern auch das Misstrauen gegenüber den unvermutet auftauchenden inländischen und ausländischen „Helfern“ groß war, die Kranke und Verstorbene abtransportierten und die wenigen Einkommensmöglichkeiten vieler im lokalen Handel mit militärisch durchgesetzter Quarantäne unmöglich machten. Auch von der polizeilichen oder gar militärischen Durchsetzung von Ausgangssperren und Lockdowns in der COVID-19-Krise berichteten viele Organisationen aus Kenia, Niger, Brasilien, Philippinen. Diese repressiven Aspekte einer „fürsorglichen Belagerung“ müssen deutlich zurückgewiesen und bekämpft werden.

In beiden Fällen ist die Frage nach dem Vertrauen in die Glaubwürdigkeit der Maßnahmen und ihrer Vermittelbarkeit gegenüber den Betroffenen zentral. Dies wurde durch Handeln von staatlichen und zivilgesellschaftlichen Helfer*innen oft konterkariert. Dagegen wurde die Orientierung am Interesse

und mit dem Blick auf die Einbeziehung der Menschen und einer Re-Orientierung an umfassenden *public-health*-Strategien in der COVID-19-Pandemie immer wieder eingefordert, blieb aber häufig ungehört bzw. nicht umgesetzt. Zwar wurden schon in der Folge der Ebola Krise Stimmen laut, die „resiliente Gesundheitssysteme“ als Lehre aus der Epidemie forderten (Kruk u.a. 2015) und die auch von der WHO in der Folge weiter im Detail ausgeführt und beworben wurden (Thomas u.a. 2020).

Auf diese Forderungen einer Stärkung der Gesundheitssysteme zur Verbesserung von Pandemieprävention und -antwort wird durch die globale Gesundheitsfinanzierung in den letzten Jahren mit einer zunehmenden Stärkung von *universal-health-coverage*-Ansätzen reagiert. Jedoch zeigen die konkreten Detailanalysen, dass gerade die Aspekte der Gesundheitssysteme, die sich mit den gesundheitlichen Alltagsproblemen und mit Aspekten der gesundheitlichen „Selbstorganisierung“ von Gemeinden befassen, deutlich weniger Ressourcen von den internationalen Gebern erhielten. Bevorzugt werden weiterhin die spezifischen nationalen und globalen Funktionen einer besseren Früherkennung, Kommunikation und Reaktion auf spezifische Risikosignale (Ling u.a. 2017). Hier werden dominierende Interessen im Verbund mit Finanzierungsprioritäten deutlich sichtbar.

Nochmal die Frage: Globale Gesundheitssicherheit für wen?

In Anbetracht der Prämisse, dass globale Gesundheitssicherheit weiter an Bedeutung gewinnen wird, wird die Frage, wessen Sicherheit hier im Zentrum steht, zunehmend wichtiger. Der Sicherheitsbegriff hat zwei wesentliche Orientierungen oder Blickrichtungen, die sich aus diesen Überlegungen und Debatten ergeben: Der *kollektive* Sicherheitsblick will ganze Populationen oder Nationen vor Gesundheitsgefahren schützen, fokussiert deshalb auf Ausbrüche von Krankheitserregern, die sich in epidemischer Form über Grenzen hinweg verbreiten und hat somit auch eher staatliche Akteur*innen und Strukturen im Blick. Das andere, von den *Subjekten* ausgehende Verständnis von Sicherheit wurde mit dem *Human Security* Ansatz des *Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen* (UNDP) in ihrem Human Development Report 1994 vorgeschlagen, der den Fokus auf die „soziale Sicherheit“ der Menschen legt und damit auch die Beschäftigung und Bewältigung der alltäglichen Gesundheitsprobleme jenseits der pandemischen Krisen einfordert (UNDP 1994). Dieses letztere Konzept liegt auch der Orientierung des dritten *Sustainable Development Goals* zu Grunde, das Gesundheit und Wohlergehen für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und fördern will. Die Debatte, ob dies mit den Konzepten der

universal health coverage – also einer Fokussierung auf Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten für Kranke allein unter möglicher Vernachlässigung von stärker bevölkerungsbezogenen Aspekten der *public health* – erreicht werden kann, bedürfte einer weiteren kritischen Analyse. Entscheidend ist aber festzuhalten, dass beide Blicke oftmals nicht einfach komplementär sind, sondern um Aufmerksamkeit, Ressourcen und Einflussnahmen konkurrieren.

Notwendig erscheint es, mehr denn je auf die Defizite eines zu engen *health-security*-Ansatzes und die sich darin widerspiegelnden globalen Machtverhältnisse hinzuweisen. Demgegenüber ist dem Aspekt einer *Human Security* politisches Gewicht zu geben – ein Gewicht, das sich in bereitgestellten notwendigen Ressourcen und verstärkte Beteiligungskonzepte der Betroffenen selbst niederschlägt. Mit dieser Orientierung bleibt es gerade in der kommenden „Post-COVID-19-Phase“ wichtig, Gesundheitssicherheit weiter kritisch im Blick zu behalten und hinter dem vermeintlich globalen Kollektivinteresse der Überwindung der Pandemie die konkreten Interessen und Konflikte offenzulegen.

Literatur

- Annan, Kofi (2012): „A War Chest“. In: *Le Monde Diplomatique*, Januar 2012.
- Dry, Sarah (2008): *Epidemics for All? Governing Health in a Global Age*. STEPS Centre Working Paper 9. Brighton.).
- EU – European Union (2021): *Coronavirus Global Response*. https://global-response.europa.eu/index_de, letzter Aufruf: 16.9.2021.
- GFATM – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2020): *The Impact of Covid19 on HIV, TB and Malaria Services and Systems for Health: A snapshot from 502 Health Facilities across Africa and Asia*. https://www.theglobalfund.org/media/10776/covid-19_2020-disruption-impact_report_en.pdf, letzter Aufruf: 22.10.2021.
- Gostin, Lawrence O.; Alexandra Phelan; Michael A Stoto; John D. Kraemer & K. Srinath Reddy (2014): „Virus Sharing, Genetic Sequencing, and Global Health Security“. In: *Science*, Nr. 6202, S. 1295-1296 (<https://doi.org/10.1126/science.1257622>).
- Gursky, Elin A. (2004): *Drafted to Fight Terror. U.S. Public Health on the Front Lines of Biological Defense*. Arlington, US-VA.
- Hallett, Robin (1965): *The Penetration of Africa: European Exploration in North and West Africa to 1815*. New York, US-NY.
- Henderson, Donald A. (2012): „A History of Eradication – Successes, Failures, and Controversies“. In: *The Lancet*, Nr. 9819, S. 884f. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60381-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60381-X))
- Kruk, Margaret E.; Michael Myers; S. Tornorlah Varpilah & Bernice T. Dahn (2015): „What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola“. In: *The Lancet*, Nr. 9980, S. 1910-1912 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)).
- Ling, Emilia J.; Elysia Larson; Rose Jallah Macauley; Yvonne Kodj; Brian van de Bogert; Saye Baawo & Margaret E. Kruk (2017): „Beyond the Crisis: Did the Ebola Epidemic Improve Resilience of Liberia’s Health System?“ In: *Health Policy and Planning*, Bd. 32, Supplement Nr. 3, S. iii40-iii47 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czx109>).

- McInnes, Colin, & Anne Roemer-Mahler (2017): „From Security to Risk: Reframing Global Health Threats“. In: *International Affairs*, Bd. 93, Nr. 6, S. 1313-1337 (<https://doi.org/10.1093/ia/iix187>).
- Rushton, Simon (2011): „Global Health Security: Security for Whom? Security from What?“ In: *Political Studies*, Bd. 59, Nr. 4, S 779-796 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>).
- Shashikant, Sangeeta (2007): *WHO Meeting on Avian Flu Virus Ends with Draft Documents*. TWN information service on health issues. Geneva. <https://twn.my/title2/health.info/twnhealthinfo041107.htm>, letzter Aufruf: 22.10.2021.
- Staiti, Andrea B; Aaron Katz & John F Hoadley (2003): *Has Bioterrorism Preparedness Improved Public Health?* Issue Brief (Center for Studying Health System Change), 01 Jul; (65): 1-4. PMID: 12901394.
- Third World Network (2020): *Info Service on Intellectual Property Issues (May20/03). COVID-19: Pledges of 7.4 Billion Euro Raise Several Ambiguities*. https://twn.my/title2/intellectual_property/info.service/2020/ip200503.htm, letzter Aufruf: 16.9.2021.
- Thomas, Steve; Anna Sagan; James Larkin; Jonathan Cyclus; Josep Figueras & Marina Karanikolos (2020): *Strengthening Health Systems Resilience, Key Concepts and Strategies*, Policy Brief 36, European Observatory on Health Systems and Policy.
- UNDP – United Nations Development Programme (1994): *Human Development Report 1994, New Dimensions of Human Security*. New York, US-NY, & Oxford.
- UNSC – United Nations Security Council (2000): *Security Council, Adopting „Historic“ Resolution 1308 (2000) on HIV/AIDS, Calls for Pre-deployment Testing, Counselling for Peace Keeping Personnel*. <https://www.un.org/press/en/2000/20000717.sc6890.doc.html>, letzter Aufruf: 16.9.2021.
- Wenham, Clare; Rebecca Katz; Charles Birungi; Lisa Boden; Mark Eccleston-Turner; Lawrence Gostin; Renzo Guinto; Mark Hellowell; Kristine Husøy Onarheim; Joshua Hutton; Anuj Kapilashrami; Emily Mendenhall; Alexandra Phelan; Marlee Tichenor & Devi Sridhar (2019): „Global Health Security and Universal Health Coverage: From a Marriage of Convenience to a Strategic, Effective Partnership“. In: *BMJ Global Health* 2019; 4:e001145 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001145>).
- WHO – World Health Organization (2015): Hubs to Speed Technology and Save Lives. In: *Bulletin of the World Health Organization*, Bd. 93, Nr. 5, S. 290-291 (<https://doi.org/10.2471/BLT.15.020515>).
- WHO – World Health Organization (2018): *Essential Public Health Functions, Health Systems and Health Security. Developing Conceptual Clarity and a WHO Roadmap for Action*. Genf.
- WHO – World Health Organization (2020): *The Access to Covid19 Tools (ACT) Accelerator*. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>, letzter Aufruf: 16.9.2021.
- WHO – World Health Organization (2021): *WHO Supporting South African Consortium to Establish First COVID mRNA Vaccine Technology Transfer Hub*. <https://www.who.int/news/item/21-06-2021-WHO-supporting-South-African-consortium-to-establish-first-COVID-mRNA-vaccine-technology-transfer-hub>, letzter Aufruf: 16.9.2021.
- Wilder-Smith, Annelies, & Sarah Osman (2020): „Public Health Emergencies of International Concern: A Historic Overview“. In: *Journal of Travel Medicine*, Bd. 27, Nr. 8, S. 1-13 (<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa227>).

Anschrift des Autors

Andreas Wulf

wulf@medico.de