

Das Recht auf Gesundheit und die Schweiz: Geteilte Verantwortung

Martin Leschhorn Strebel^a

^a Historiker; Mitglied der Geschäftsleitung des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz

National- und Ständerat haben 2012 die entwicklungs- politische Strategie des Bundesrates für die Jahre 2013–2016 gutgeheissen [1]. Gegenüber der vorgängigen Strategie hat die Regierung darin das Engagement für die globale Gesundheit gestärkt. Dies ist für ein Land, das als Standort der global agierenden Pharma- und Lebensmittelindustrie auf vielfältige Weise auf die Gesundheit der Weltbevölkerung einwirkt, ein wichtiges Bekenntnis zur eigenen Verantwortung.

Verantwortung bemisst sich aber nicht nur in der Entwicklungspolitik, sondern auch im staatlichen Handeln in jenen Bereichen, welche für die gesundheitliche Entwicklung zentral sind. Der Bundesrat hat schon länger erkannt, dass er seine verschiedenen Verwaltungseinheiten, die sich mit Themen globaler Gesundheit beschäftigen, koordinieren muss, um ein kohärentes Handeln zu ermöglichen.

Gesundheitsaussenpolitik der Schweiz

Als strategisches Instrument für die Koordination so unterschiedlicher Regierungsinstitutionen wie der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) oder des Eidgenössischen Instituts für geistiges Eigentums (IGE) hat der Bundesrat bereits vor einigen Jahren die sogenannte Gesundheitsaussenpolitik (GAP) entwickelt. 2012 hat er diese in einer umfassend überarbeiteten Version verabschiedet [2]. Das Problem des Dokumentes besteht darin, dass es die Interessengegensätze zwischen einer auf die gesundheitliche Versorgung der Ärmsten ausgerichteten Entwicklungspolitik und den Erwartungen der globalisierten schweizerischen Industrie nicht auflösen kann und die Verantwortung der Regierung in diesem Interessenkonflikt nicht anspricht. Das Netzwerk Medicus Mundi Schweiz stellt an die GAP eine andere Anforderung als die Koordination tendenziell antagonistischer Regierungseinheiten: Die bundesrätliche Strategie müsste das Menschenrecht auf Gesundheit an den Anfang stellen und daraus ableitend definieren, wie die konkreten Beiträge der Schweiz zu gestalten sind, um dieses Recht sicherzustellen.

Recht auf Gesundheit und der Zugang zu Medikamenten

Das Recht auf Gesundheit lässt sich klar fassen. Die Menschenrechtsdeklaration (Art. 25), der internatio-

nale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Art. 12) oder auch die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation zeigen: Die internationale Gemeinschaft versteht Gesundheit als eines der unveräußerlichen Rechte, die jedem Menschen zustehen. Das Recht auf Gesundheit bedeutet, dass jeder Mensch das Recht hat, auf die Welt zu kommen und aufzuwachsen, zu arbeiten und alt zu werden, ohne dass seine Gesundheit durch von Menschen beeinflusste Handlungen oder durch von Menschen beeinflussbare Umstände gefährdet wird.

Daraus leitet sich primär ab, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle sichergestellt werden muss. Gerade in Entwicklungsländern ist dies eine besondere Herausforderung. Die Gesundheitssysteme sind dort in ihren verschiedenen Elementen wie Finanzierung, Ausbildung des Gesundheitspersonals oder der Infrastruktur schwach oder können nicht richtig ineinandergreifen.

Ein spezifischer Aspekt der Zugangsfrage betrifft die Verfügbarkeit von Medikamenten. Gehen wir einmal davon aus, dass die für die Gesundheit der in den Entwicklungsländern lebenden Menschen notwendigen Heilmittel vorhanden sind: Solange die Gesundheitssysteme schwach sind und beispielsweise ausreichend ausgebildetes Gesundheitspersonal fehlt, um die Medikamente richtig dosiert abzugeben, nützt das Vorhandensein der Medikamente selbst wenig. Die internationale Gesundheitszusammenarbeit wird immer wieder auf diese grundsätzliche, systemische Frage zurückgeworfen. In den Debatten rund um das Patentrecht und seine Folgen für die Entwicklung und Verbreitung von Medikamenten gerät dies oft in Vergessenheit.

Patentsystem und Marktversagen

Trotzdem: Das gegenwärtige Patentsystem verhindert den Zugang zu Medikamenten. Es sichert den Pharmaunternehmen über Jahre hinweg eine Monopolstellung, welche die Preise hochtreibt. Dies hat in den Schwellen- und Entwicklungsländern zur Folge, dass die vorhandene Nachfrage nach Medikamenten nicht befriedigt werden kann, da die geschützten Medikamente unbezahlbar sind.

Die problematische Preisbildung ist die vielleicht noch weniger gravierende Folge des Patentsystems als das damit verbundene schwerwiegende Marktversagen. Es besteht in Entwicklungs- und Schwellenländern eine

hohe Nachfrage nach Medikamenten und Therapien gegen Krankheiten, die hauptsächlich oder ausschliesslich dort vorkommen. Es gibt aber keinen ausreichenden Anreiz für die Industrie und öffentliche Forschung, in diesem Bereich zu forschen und Produkte zu entwickeln.

Um dieser Fehlentwicklung zu begegnen, diskutierte die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 ein globales Forschungsabkommen, das Finanzierungsmechanismen vorsah, um die medizinische Forschung gegen Krankheiten zu stimulieren, von denen die Ärmsten betroffen sind. Das Vorhaben wurde aufgrund der ablehnenden Haltung der USA, der EU und der Schweiz auf die lange Bank geschoben [3].

Die Positionierung der Schweiz in dieser Frage zugunsten der eigenen Pharmaindustrie steht im Widerspruch zu einer Gesundheitsaussenpolitik, die das Recht auf Gesundheit über die Interessen der Privatindustrie stellt. Das auf die lange Bank geschobene Forschungsabkommen macht deutlich, wie entscheidend die Machtfrage nach wie vor ist: Die USA und Europa sind noch immer in der Lage, die internationale Gesundheitspolitik wesentlich zu prägen und ihre wirtschaftlichen Interessen durchzusetzen.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Mit der Machtfrage tritt ein für die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit wesentlicher Aspekt in den Vordergrund. Es geht um die strukturellen Faktoren, die bestimmen, weshalb gewisse Bevölkerungen kränker sind als andere. 2008 hat die «Commission on Social Determinants of Health» der WHO einen bahnbrechenden Bericht vorgelegt [4]. Sie hat aufgezeigt, dass die grundlegenden Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit die ungleiche Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen sind. Sie konnte aufzeigen, wie sich soziale Verhältnisse und die Verteilung von politischer und wirtschaftlicher Macht auf den Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen auswirken – und zwar nicht nur in einem globalen Rahmen, sondern eben auch innerhalb eines Landes oder innerhalb einer einzigen Stadt.

Umfassender Ansatz notwendig

Um das Recht auf Gesundheit durchzusetzen, muss deshalb auf verschiedenen Ebenen gehandelt werden. In der Verantwortung stehen dabei unterschiedliche Akteure. Natürlich ist den Liberalen recht zu geben, die gerade in Gesundheitsfragen die Eigenverantwortung postulieren. Individuelle Gesundheit ist immer primär mit dem eigenen Verhalten verknüpft. Nur zeigen uns die Befunde der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten die Grenzen der eigenen Möglichkeiten auf –, gerade wenn es um die öffentliche

Gesundheit geht. Das soziale, wirtschaftliche und politische Umfeld so zu gestalten, dass eine gesunde Entwicklung aller Menschen ermöglicht wird, ist eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation in den verschiedenen Entwicklungsländern sind selbstverständlich zuerst die jeweiligen Staaten gefordert. Noch immer halten sich viele Regierungen im südlichen Afrika nicht an die selbstaufgelegte, in der Abuja-Deklaration von 2001 festgehaltene Verpflichtung, 15% der staatlichen Ausgaben für die Gesundheit der Bevölkerung einzusetzen. Von 30 Ländern werden bis 2015 nur drei Länder dieses Ziel erfüllen [5].

Industrieländer wie die Schweiz stehen nicht nur in der Pflicht, die Entwicklungsländer bei der Erreichung dieses Zieles und bei der Stärkung ihrer jeweiligen Gesundheitssysteme zu unterstützen. Sie sollten sich auch für Regulierungen stark machen, welche die ärmsten Länder vor gesundheitsschädigendem Verhalten der Industrie schützen.

2015 laufen die Millenniumsentwicklungsziele der Vereinten Nationen aus. Seit dem Sommer 2012 diskutiert die internationale Gemeinschaft auf verschiedenen Ebenen, wie die globale Armutsbekämpfung weiterentwickelt werden kann. Für den Gesundheitsbereich vielversprechend sind dabei Ansätze, die sich nicht wie die bisherigen MDGs auf die Bekämpfung einzelner Krankheiten konzentrieren, sondern umfassend die Gesundheitssysteme stärken und ausgehend vom Menschenrecht auf Gesundheit definieren, wer mit welcher Verantwortung welchen Beitrag leisten muss, um dieses Recht für alle Realität werden zu lassen.

Korrespondenz

Martin Leschhorn Strebel
Mitglied der Geschäftsleitung
Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4013 Basel

E-Mail: mleschhorn[at]medicumsmundi.ch

Referenzen

1. Botschaft über die internationale Zusammenarbeit 2013–2016 vom 15. Februar 2012, abrufbar unter: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2012/2485.pdf>.
2. Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik (GAP): <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html>.
3. Christian Wagner: Auf die lange Bank geschoben. Keine Einigung über Forschungsabkommen bei der WHA. In: MMS Bulletin, Nr. 124/Juni 2012, abrufbar unter: <http://www.medicumsmundi.ch/mms/services/bulletin/gesundheit-in-der-entwicklungs-und-aussenpolitik/debatte/auf-die-lange-bank-geschoben.html>.
4. 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. World Health Organization 2008, abrufbar unter: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.
5. WHO: The Abuja Declaration: Ten Years On. 25 March 2011, abrufbar unter: http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/index.html.