

Global Health Watch 2 ***Ein alternativer Weltgesundheitsbericht***

veröffentlicht bei Zed Books/London

Ein Überblick

Was ist der “Global Health Watch” (GHW)?

Der Global Health Watch 2 präsentiert - wie sein Vorgänger im Jahr 2005 - eine alternative Perspektive auf die globale Gesundheitssituation im 21. Jahrhundert. Er setzt die zentralen Gesundheitsprobleme in ihren politischen und ökonomischen Kontext und stellt dabei die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Reichen und Armen, Mächtigen und Marginalisierten heraus. Der Bericht betont die Notwendigkeit die zugrunde liegenden, gesellschaftlichen Faktoren von Krankheit und gesundheitlicher Ungleichheit anzugehen.

Der GHW 2 ist ein Aufruf an Regierungen, internationale Institutionen und die Zivilgesellschaft den Prinzipien, moralischen Werten und Begründungen der „Erklärung von Alma Ata“ von 1978 über die Basisgesundheitspflege wieder Geltung zu verschaffen. Ein Aufruf, der unter den Bedingungen der Globalisierung, der neoliberalen Hegemonie und der Bedrohung durch den Klimawandel zunehmend drängender geworden ist. Ganz entscheidend betont er, dass die globalen Gesundheitsinstitutionen aufrichtig und verantwortlich agieren müssen.

Der Bericht wendet sich an die große Gemeinschaft der im Gesundheitssektor Beschäftigten und an soziale Aktivisten. Die Autoren sind überzeugt, dass eine transnationale Bewegung der Verfechter einer sozialen Medizin und öffentlichen Gesundheit gegen Ungerechtigkeit, Profitgier und politische Apathie aufbegehren kann. Der Entstehungsprozess des GHW bringt Organisationen der Zivilgesellschaft, akademische Institutionen sowie Nicht-Regierungs-Organisationen zusammen und wird unterstützt vom weltweiten Netzwerk der Gesundheitsbewegung der Menschen (People’s Health Movement PHM).

Der vorliegende Text bietet einen inhaltlichen Überblick des GHW 2 und stellt einige der zentralen Kapitel heraus. Das komplette Inhaltsverzeichnis ist am Ende dieses Dokuments zu finden. Die Buchstaben und Nummern im Text beziehen sich auf die jeweiligen Kapitel.

Globale Gesundheit: der Bedeutungszuwachs verdeckt eine beunruhigende Realität

Das Bewusstsein für globale Gesundheit hat in den letzten Jahren wesentlich zugenommen. Dieser Prozess ist teilweise von der Aufmerksamkeit für eine Reihe von einzelnen, vielbeachteten Krankheiten vorangetrieben worden. Gesundheitsaktivisten, Nichtregierungsorganisationen, die Gates-Stiftung und verschiedene Prominente haben die mediale Aufmerksamkeit auf die Notlage von Millionen Menschen gerichtet, deren Krankheiten nicht behandelt werden oder die unnötig früh sterben.

Gesundheit ist nun das Thema vieler internationaler Konferenzen und erscheint sogar auf der Agenda von G8-Treffen. Zahlen der Weltbank zufolge haben sich die Entwicklungshilfeausgaben für Gesundheit zwischen 1990 und 2005 von 2,5 Milliarden auf fast 14 Milliarden US-Dollar erhöht (D1.1). Außerdem hat es eine Vervielfältigung globaler Akteure gegeben. Inzwischen gibt es 40 bilaterale Geber, 26 UN-Behörden, 20 globale und regionale Fonds, sowie über 90 globale Gesundheitsinitiativen (D1.1).

Diese Zunahme von Ressourcen und Akteuren verdeckt jedoch eine beunruhigende Realität. Gesundheitliche Ungleichheiten haben zugenommen. Die Kluft zwischen der Lebenserwartung in armen Ländern auf der einen und OECD-Ländern auf der anderen Seite hat sich in den letzten 30 Jahren weiter vertieft. Mehrere hundert Millionen Menschen haben immer noch keinen Zugang zu unentbehrlicher medizinischer Versorgung und den grundlegenden Voraussetzungen für Gesundheit. Die ungenügenden öffentlichen Finanzen in vielen Ländern führen zu Nutzungsgebühren für die medizinische Basisversorgung und wirken als Zugangshindernis zur Gesundheitsversorgung oder verstärken Verarmung. Sogar in reicheren Ländern finden gefährdete Gruppen wie Migranten und Asylbewerber kaum Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die reiche Welt - abgesehen von einer handvoll nordeuropäischer Länder - ist immer noch weit davon entfernt das in der UNO vereinbarte Ziel zu erreichen und 0.7% des nationalen Bruttosozialproduktes für

Entwicklungshilfe bereitzustellen. Der so genannte „Hilfsboom“ von 2006 und 2007 war größtenteils ein Ergebnis der Schuldenerlasse für Nigeria und den Irak, sowie der Nothilfe nach dem Tsunami im indischen Ozean (D2).

Während die Ausgaben für globale Gesundheit angestiegen sind, sind **zentrale öffentliche Gesundheitsaufgaben missachtet** worden. 4500 Kinder sterben jeden Tag allein aufgrund mangelnder Hygiene und fehlender sanitärer Einrichtungen. Es gibt deutliche Anzeichen dafür, dass die Millennium Entwicklungsziele für Wasser und sanitäre Entsorgung nicht erreicht werden. 40% der Weltbevölkerung haben keine adäquaten Sanitäreinrichtungen. Sie leben in einer „stinkenden Welt voll ungeklärter Scheiße“. In ihrer Realität fehlt jede Annehmlichkeit und Privatsphäre beim Stuhlgang und anderen intimen persönlichen Hygieneaktivitäten. Dies führt unter anderem dazu, dass viele Mädchen die Schule abbrechen (C5).

Trotzdem ist der Anteil der Entwicklungshilfe, der für die Verbesserung des Zugangs zu sauberem Wasser und angemessener sanitärer Versorgung vorgesehen ist, seit 1990 sogar gefallen (C5). Während dessen bezahlen Slumbewohner in Lagos 40mal mehr für Wasser als Einwohner der Innenstadt von New York.

Der letzte Anstieg der Lebensmittelpreise hat die Aufmerksamkeit auf die seit Jahren zurückgehende Entwicklungshilfe für den landwirtschaftlichen Sektor gelenkt, was verheerende Effekte für arme Familien, besonders in ländlichen Gebieten hatte.

Die **gestiegenen Finanzmittel für globale Gesundheit** sind in vielen Fällen nicht sinnvoll oder effizient eingesetzt worden. Die Koordination und Kohärenz zwischen Spendern und globalen Gesundheitsinstitutionen fehlt häufig. Dazu kommen gestiegene Transaktionskosten durch verwirrend viele Akteure und einer zunehmenden Anzahl von hoch bezahlten Beratern und Bürokraten. Nur geringe Mittel fließen in die Stärkung und den Ausbau des Personals im öffentlichen Gesundheitssektor oder in die Unterstützung langfristiger Entwicklungsstrategien für die Gesundheitssysteme (D1.3). Die wenigen positiven Entwicklungen im Bereich der Personalentwicklungsstrategien, wie z.B. das sechsjährige Notfallpersonalprogramm Malawis für seinen Gesundheitssektor, stehen im scharfen Gegensatz zur fortgesetzten Strategie des Internationalen Währungsfonds (IWF), die Gehälter im öffentlichen Sektors zu begrenzen.

Die Gesundheitsforschung ist maßgeblich beeinflusst von Macht und Profit. Der medizinische und gesundheitliche Forschungskomplex wird dominiert von der Profitlogik der **Pharmaindustrie** und dem System des geistigen Eigentums, welches Ineffizienz fördert in dem es wissenschaftliche Kooperationen und innovative Untersuchungen erschwert und Geld für Marketing und Überproduktion verschwendet. Obwohl 60% der pharmazeutischen Forschung- und Entwicklung vom öffentlichen Sektor bezahlt werden, wurden diese Mittel überwiegend für die Entwicklung von Medikamenten mit zweifelhaften oder nur geringfügigen Verbesserungen eingesetzt. (B5).

Globale Gesundheit wird zunehmend mit **globalen Sicherheitsstrategien** verknüpft, auch mit denen des „Krieg gegen den Terror“. Dies hat dazu geführt, dass HIV/AIDS, globale pandemische Gefahren und Biosicherheit seitens der reichen Länder dazu genutzt werden um außenpolitische Ziele und die Kontrolle der Migrationsbewegungen voranzutreiben. Humanitäre Hilfe wird dazu zweckentfremdet. So erhält beispielsweise das US-Verteidigungsministerium im Moment 22 Prozent der US-Entwicklungshilfe. Unterentwicklung und schlechter Gesundheitszustand werden als Sicherheitsrisiken eingestuft, die nicht als drängende Gründe für die Beseitigung der Armut verstanden werden, sondern stattdessen der Eindämmung und Kontrolle bedürfen.

Globale Gesundheitssteuerung: Rechenschaftspflichtig gegenüber wem?

Die globale Gesundheitspolitik ist unnötigerweise verkompliziert worden, während es zugleich einen dringlichen Bedarf an klarer und effektiver Leitung, der Rationalisierung von Rollen, Verantwortlichkeiten und Mandaten gibt.

Eine Kombination von krankheitsspezifischen, vertikalen Initiativen, einzelgängerischen Gebern und die Vervielfältigung von Projekten und privaten Gesundheitsdienstleistern hat die Verantwortlichkeit der Staaten und eine kohärente Entwicklung der Gesundheitssysteme untergraben. Dem derzeitigen Entwicklungsansatz von Gebern und globalen Agenturen für Gesundheitssysteme fehlen Konsistenz und eine klare Vision eines guten Basisgesundheitsversorgungssystem (B1), wie es das seit langem von der WHO vertretende „District Health System“ darstellt.

Globale Gesundheitspartnerschaften wie z.B. der „Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria“ (GF) haben dazu beigetragen, dass inzwischen Millionen Menschen Zugang zu AIDS-Medikamenten, TB-Behandlungen und insektizid-behandelten Bettnetzen haben (D1.4). Der GF hat durch seine Länder-Koordinations-Mechanismen mit Einbeziehung der Zivilgesellschaft Partizipation und Transparenz gestärkt. Oft wurde dadurch jedoch eine parallele Struktur geschaffen, welche die Anstrengungen der Regierungen verdoppeln und Zusatzkosten schaffen. Allerdings werden, trotz der Anstrengungen des GF, nicht nur vertikale Programme zu fördern, nur 13.1% der Zuschüsse aus der 7. Runde (2007) in die Stärkung der Gesundheitssysteme investiert.

Die „neuen Philanthropen“ sind neue globale machtvollere Akteure – allen voran die **Bill and Melinda Gates Stiftung**. Die Unterstützungsleistungen der Gates Stiftung mit ihrem Kapital von 29 Milliarden Dollar im Jahr 2005 sind unbestreitbar. Trotzdem gibt es legitime Befürchtungen, dass die Stiftung übermäßigen Einfluss auf die internationale Gesundheitspolitik nimmt, während ihr demokratische Strukturen und eine öffentliche Rechenschaftspflicht weitgehend fehlen (D1.3). Überdies gibt es Befürchtungen, dass sie einen einseitig technischen und vertikalen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit vorantreibt.

Die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) ist bei der Ausführung ihres Auftrages, der Förderung von Gesundheit als fundamentales Menschenrecht und als eine Aufgabe sozialer Gerechtigkeit, mit großen Herausforderungen konfrontiert. Neue Akteure haben die Autorität der WHO untergraben. Seit 1990 haben Geber mehr zu speziellen Programmen als zum Kernbudget beigetragen, was den Gebern eine größere Kontrolle über die Verwendung der Mittel gibt und damit die Organisation als ganzes anfälliger für Druck von Seiten der Geber und der Industrie macht. Die Diskussion nach der Weitergabe des von Indonesien, dem globalen WHO-Grippe-Überwachungsnetzwerk zur Verfügung gestellten, Vogelgrippe-Virus-Materials an einen Pharmakonzern - ohne Erlaubnis der Indonesischen Regierung - ist dafür nur ein Beispiel. Die durch diesen Vorfall entzündete, anhaltende Debatte - welche die Fragen nach dem Recht souveräner Staaten auf ihre biologischen Ressourcen und der Ethik eines auf Patenten basierenden Systems der kommerziellen Impfstoffproduktion aufwirft - unterstreicht, dass die WHO starke Unterstützung und Aufmerksamkeit brauchen wird um ein „moralischer Schiedsrichter in der internationalen Gesundheitspolitik“ (D1.2) wie auch eine weltweit anerkannte fachliche Behörde zu sein.

Die Gründung der WHO Kommission für die sozialen Bedingungen von Gesundheit (Commission on Social Determinants for Health) im Jahr 2005 war ein viel versprechendes Zeichen dafür, dass den ökonomischen, politischen und sozialen Faktoren von Gesundheit eine größere Bedeutung beigemessen wird. Der erste Interimsbericht (Juli 2007) betont die Bedeutung von Gerechtigkeit und Gesundheit als Menschenrecht, verfehlt jedoch die Analyse der politischen Prozesse die historisch Gerechtigkeit beeinflusst haben. Die WHO wird starke Unterstützung brauchen um ihre Empfehlungen auch umsetzen zu können.

Politik und Ökonomie – zentrale Faktoren von Armut und Gesundheit

Die Weltbank schätzte im Jahr 2004, dass 2,55 Milliarden Menschen oder 40% der Weltbevölkerung unter der „2-Dollar-am-Tag“-Armutsgrenze lebten. Eine Zahl, die seit den 1980er Jahren beständig angestiegen ist. Eine realistischere Armutsgrenze von 2,80 bis 3,80 Dollar am Tag - eine Grenze unter der die Lebenserwartung nach allgemein anerkannten Schätzungen zu sinken beginnt - erhöht die Summe der in Armut lebenden Menschen sogar auf 51-60 % der Weltbevölkerung, oder 3,2- 3,8 Milliarden Menschen (A).

Während mehr Menschen durch die Steigerung der Lebensmittelpreise in Hunger und Armut gestoßen werden, geben die großen multinationalen Agrarkonzerne riesige Gewinne bekannt. Die von der unmoralischen und unverantwortlichen Geschäftspolitik von Banken und anderen Kreditgebern verursachte, globale Kreditkrise ist Teil der neoliberalen Globalisierung, die riesigen Wohlstand für einige wenige gebracht hat, während sie die Mehrheit der Weltbevölkerung in Armut gefangen hält.

Dies zeigt klar, dass das dominierende Entwicklungsmodell nicht funktioniert. Dieses Modell favorisiert niedrige Haushaltsdefizite, eine strenge Währungspolitik, wettbewerbsfähige Wechselkurse, die Privatisierung staatseigener Firmen und des öffentlichen Dienstes, die Abschaffung von Schutzmaßnahmen für heimische Landwirtschaft und Industrie und die Deregulierung von Preisen und Märkten (A). Dieses Entwicklungsmodell hat, angetrieben von finanziellen Zwängen und oft begleitet von einer Politik, die den öffentlichen Sektor geschwächt hat, zu einem heimtückischen Sog in Richtung Privatisierung - auch der Gesundheitsversorgung - geführt.

Liberalisierung und zunehmende Privatisierung haben den Umfang und die Art und Weise des Nahrungsmittelhandels und der Nahrungsmittelversorgung für die Mehrheit der Weltbevölkerung beeinflusst. Für ein durchschnittliches Entwicklungsland hat sich der Preis für Nahrungsmittelimporte gemessen am Bruttosozialprodukt zwischen 1974 und 2004 mehr als verdoppelt, während Exporte - insbesondere von Früchten, Gemüse und Blumen - angestiegen sind (1980 – 2003) (C3). Die Exporte von verarbeiteten und weniger gesunden Nahrungsmitteln aus den entwickelten Ländern sind ebenfalls gewachsen. Diese Strukturen wurden angetrieben durch das rapide Wachstum und den Einfluss transnationaler Nahrungsmittelkonzerne (Transnational Food Companies TFCs) seit den 1990er Jahren (C3). Internationale Nahrungsmittelstandards beschränken sich oft auf die Anforderungen der TFCs und können damit schwerwiegende Hindernisse für die Fähigkeit der Entwicklungsländer, ihre eigenen, landwirtschaftlichen Produkte in nördliche Märkte zu exportieren, bedeuten.

Zwischen 2001 und 2003 gab es weltweit bereits ca. 854 Millionen unterernährte Menschen (C3) während es bis 2015 voraussichtlich 700 Millionen fettleibige Menschen geben wird. Diese Verhältnis ist offensichtlich inakzeptabel: Die Globalisierung hat es nicht geschafft, gesunde und sichere Nahrung für alle bereit zu stellen. Gesundheitförderliche Nahrungsmittelproduktion und Ernährung müssen daher eine Priorität globaler öffentlicher Gesundheitspflege sein.

Die Hälfte der Weltbevölkerung lebt bereits jetzt in städtischen Gebieten. Während das natürliche Bevölkerungswachstum eine Ursache dieser rapiden **Urbanisierung** ist, gab es auch vom Land in die Städte Migrationsbewegungen in großem Maßstab. Diese wurden verursacht von:

a) der "Modernisierung" ländlicher Gebiete für den Anbau von, für den Export bestimmten, Nutzpflanzen; b) die erzwungene Umsiedlung ländlicher Gemeinden durch Bergbau und Staudammprojekte; c) das Fehlen von Investitionen und Planungen seitens der nationalen Regierungen und d) durch Krieg und Konflikte (C4).

Urbane Gebiete stehen vor der Herausforderung grundlegende Dienstleistungen bereitstellen zu können während gleichzeitig die physische und psychische Gesundheit der städtischen Bewohner von ihrer Umwelt, sozialer Ausgrenzung und dem Verlust sozialer Netzwerke beeinträchtigt wird.

Macht und Prioritäten – wer bestimmt die Agenda?

Die globalen Gesundheitskrisen werden oft als Probleme dargestellt, die unglücklich, unvorhersehbar oder tragisch sind. Sie werden kaum verstanden als ein Ergebnis einer Politik, die im Interesse der Reichen und Mächtigen arbeitet. Macht und Machtmissbrauch sind daher ein zentrales und die unterschiedlichen Kapitel verbindendes Thema des GHW 2.

Ein anschauliches Beispiel ist die Öl-Industrie im Niger Delta (C6). Die Existenz von Öl sollte eigentlich ein Segen für die dort lebenden Menschen sein. Stattdessen war sie ein „Fluch“, der zu Gewalt, Unterdrückung, Armut und Ausbeutung geführt hat, welche die lokalen Gemeinden verwüstet hat (C6). Trotz der Milliarden von Dollars aus dem Erlös des Ölverkaufs ist nur ein kleiner Teil bei den lokalen Gemeinden angekommen - zu wenig um auch nur eine rudimentäre Gesundheitsversorgung für sie aufzubauen.

In der reichen entwickelten Welt fehlt **Asylbewerbern und Migranten** der Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung (B3). Die entwickelte Welt beherbergt nur 30 Prozent der offiziellen Flüchtlinge und Asylbewerber weltweit. Aber sie ergreift zunehmend schärfere Maßnahmen um Menschen davon abzuhalten Asyl bei ihnen zu suchen. In Australien wurden beispielsweise 160 Millionen Dollar Auslandshilfe dazu benutzt, Asylbewerber in Internierungslagern vor der Küste einzusperren. Während reiche Länder von der Gewinnung der Rohstoffe aus vielen armen Länder profitieren, werden die Menschen aus diesen Ländern, die ein besseres Leben suchen, stigmatisiert, gemieden und inhaftiert. Vielen wird ihr Recht auf grundlegende Gesundheitsversorgung verwehrt. Überdies fehlt in den Internierungslagern eine Behandlung, der bei den Menschen dort weit verbreiteten Depressionen: Laut einer US-Studie litten 86 Prozent der Interviewten unter ernstzunehmenden Depressionen.

Eine weitere Gruppe, der von den sozialen Konsequenzen von Armut und Ungleichheit Benachteiligten, sind die - Stand Ende 2006 - 9 Millionen Menschen und über eine Millionen Kinder in den **Gefängnissen** der Welt, die dort unter häufig entsetzlichen Bedingungen eingesperrt sind. Überdurchschnittliche Infektionsraten von TB und HIV, überfüllte Zellen und unmenschliche Bedingungen sind allgemeine Probleme. Psychische Erkrankungen sind häufig und können auch ein Hauptgrund für die Inhaftierung sein, wenn die „psychosozialen Dienste

der Gemeinden zersplittert, unterfinanziert und unfähig dazu sind, die Armen zu betreuen“ (B4).

Der “Krieg gegen den Terror” höhlt die bürgerlichen Freiheiten und Menschenrechte aus. Ebenso führt er zu fragwürdigen Präventionsmaßnahmen, wie Pockenschutzimpfungen, die drei Menschen tötete (C2). Währenddessen haben die fortdauernden Unsicherheiten über die Definition des Terrorismus dazu geführt, dass der sich ausbreitende Staatsterrorismus von Guatemala über El Salvador und Tschetschenien bis in den Irak nicht als solcher erkannt wurde.

Gesundheitsforscher können eine kritische Rolle dabei spielen, das Ausmaß der **vollen menschlichen und sozialen Kosten eines Konfliktes** zu ermessen und darin auch Verstöße gegen die Genfer-Konvention zu dokumentieren. Trotzdem hat es Umstände gegeben unter denen ihre Arbeit in Frage gestellt wurde, wenn die Resultate politisch unbequem waren. Es gibt daher die Notwendigkeit für universell akzeptierte und nachvollziehbare Methodologien, die solche politisch motivierte Kritik erschweren (C2).

Soziale Ungleichheiten sind wichtige zugrunde liegende Faktoren für **psychische Erkrankungen** - mit Verbindungen zu Sprache, Kultur und Macht (B2). Eine biomedizinische und „individualistische Selbstwahrnehmung“, ist als Teil psychologisch/psychiatrischer Programme und humanitärer Hilfe exportiert worden und trägt zum Aufdrängen von unangemessenen Politiken und Interventionen bei.

Während Anstrengungen unternommen wurden um **humanitäre Hilfe** rechtlich besser zu verankern - beispielsweise durch nützliche und fortdauernde Initiativen wie das „Sphere“-Projekt - schafft es die Weltgemeinschaft nach wie vor nicht, humanitäre Hilfe gerecht zu verteilen (C7). Überdies verschwimmen die Grenzen zwischen humanitärer Hilfe und militärischen Interventionen zunehmend.

Wie weiter gehen ? – Die Notwendigkeit eines neuen Paradigmas

Die Umsetzung der Forderung “Gesundheit für alle” ist möglich. Aber eine Veränderung der globalen politischen Ökonomie und der globalen Regierungsstrukturen wird notwendig sein, um drei der großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts anzugehen: Die Beseitigung der Armut, die Realisierung des Menschenrechtes auf eine gute Gesundheitsversorgung und die Kontrolle des Klimawandels.

Die Kontrolle des **Klimawandels** wird nicht durch die Bevorzugung des ökonomischen Wachstums gegenüber einer faireren Ressourcenverteilung erreicht werden. Schon der grundsätzliche Ansatz zur Reduktion des Kohlenstoff-Ausstoßes durch den „Schadstoffhandel“ ist zutiefst fehlerhaft. Beispielsweise spiegelt und vertieft der Schadstoffhandel durch die Akzeptanz eines einheitlichen Preises sowohl für die „Luxus-Schadstoffemissionen“ der Reichen als auch die „Überlebensmissionen“ der Armen nur die Ungleichheit. Er trägt außerdem auch zur „Privatisierung der globalen Kapazitäten zur Erhaltung eines lebensfreundlichen Klimas“ bei (C1) und lenkt von den Mobilisierungen und politischen Organisationen ab, die es braucht, um diese globale Krise anzugehen.

Ein alternatives Gesundheitsmodell muss darauf basieren, den Lebensgrundlagen der Armen gegenüber der Ausweitung des unnötigen Konsums eine klare Priorität einzuräumen. Das heißt auch die Ermutigung von kleinen und erneuerbaren Technologien, die gezielt auf die Bedürfnisse der Armen gerichtet sind und die Bereitstellung einer stärkeren Unterstützung für einen demokratischen und verantwortlichen öffentlichen Sektor. Schulden, Steuern, Handels- und geistige Eigentumsrechte - all dies wird durch die Brille der Menschenrechte und im Lichte der wachsenden globalen Ungleichheit neu beurteilt werden müssen.

Das ist eine einschüchternde Aufgabe, aber Mut und Inspiration lassen sich bereits in vielen Teilen der Welt finden, insbesondere in jenen, die vom bestehenden globalen System am meisten benachteiligt werden - und der GHW 2 beschreibt viele Beispiele dafür.

Inspiration, Mut und Widerstand – Aktionen der Zivilgesellschaft für eine bessere Gesundheit

- Millionen Menschen engagieren sich schon bei politischen und sozialen Aktionen: indigene und ländliche Gemeinden unternehmen direkte Aktionen gegen den Diebstahl ihres Landes und Wassers; Beschäftigte aus dem Gesundheitssektor ignorieren die offiziellen Anweisungen, Asylbewerbern und Flüchtlingen die grundlegende Gesundheitsversorgung zu verweigern; Arbeiter kämpfen gegen die Brutalisierung der Gewerkschaften durch Großkonzerne; Juristen und Buchhalter arbeiten für Nichtregierungsorganisationen, um das Verbrechen der Steuerflucht von Reichen herauszustellen und Journalisten

riskieren ihr Leben, um die Korruption in der Waffenindustrie aufzudecken (E).

- Das People's Health Movement (PHM) hat eine globale Kampagne für das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung gestartet, die bereits in vielen Ländern aktiv ist und weiter wächst. Jan Swasthya Abhiyan (PHM Indien) hat durch öffentliche Zeugenaussagen und Beratungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung gekämpft. Diese Kampagne führte zu einem öffentlichen, landesweiten Hearing über das Recht auf Gesundheitsversorgung und letztlich einem nationalen Plan zur Umsetzung des Rechtes auf Gesundheit (E).
- Die Alternativen zum allgemeinen Politikansatz des „Washington Consensus“ bieten ebenfalls Hoffnung. Beispiele dafür sind regionale Handelsabkommen wie die „Bolivarische Alternative für die Amerikas“ und die „Chiang Mai Initiative“ in Südostasien (A).
- Als Reaktion auf die Privatisierung der Nahrungssysteme der Welt fordern Gruppen der Zivilgesellschaft wie die internationale Bauernbewegung, La Via Campesina, Nahrungsmittelsouveränität und die Kontrolle über ihre eigenen Nahrungsmittelvorräte (C3 & A).
- Es gibt positive Entwicklungen beim Aufbau von rechtlichen Strukturen und Instrumenten zum Schutz der Menschenrechte. Momentan gibt es vier Gerichtsverfahren gegen transnationale Öl-Konzerne, die in der Delta-Region von Nigeria operieren. Initiativen wie die freiwilligen Verhaltensregeln „Prinzipien für Sicherheit und Menschenrechte“ versuchen ebenfalls die Rohstoffindustrie und ihre einflussreichen Kollaborateure zur Verantwortung zu ziehen (C6).
- Ein kleiner Sieg gegen die globale Waffenindustrie wurde in Großbritannien erzielt, als eine zivilgesellschaftliche Kampagne zusammen mit der Redaktion der medizinischen Fachzeitschrift Lancet den multinationalen Konzern Reed Elsevier - der die Lancet und viele andere akademische Zeitschriften besitzt - davon überzeugte, seine Anteile am internationalen Rüstungsgeschäft zu verkaufen (C2).
- Es gibt lokale Initiativen, wie die kommunalen Wasserräte in Venezuela und der Environmental Sanitation Initiative in den indischen Slums von Madhya Pradesh, um die Wasserversorgung

und die sanitäre Situation in den städtischen Gegenden zu verbessern (C4). Die Verbesserung der sanitären Anlagen in den Schulen hat die Schulbesuche von Mädchen in Bangladesh um 11% erhöht (C5). Städte und Gemeinden, die Teil der WHO Bewegung für gesunde Städte sind, haben viele positive Initiativen wie „Water Communal Councils“ (C4) eingerichtet.

- Es gab eine inspirierende Arbeit von vielen Akademikern und Aktivisten um die Preise für lebenswichtige Medikamente zu senken. Diese hat den Weg dafür bereitet, dass die „WHO Kommission zu geistigem Eigentum, Innovation und öffentlicher Gesundheit“ bessere Wege für die Finanzierung von Forschung und Entwicklung (R&D) - wie z.B. Prämienfonds - für vernachlässigte Krankheiten prüft. Nichtregierungsorganisationen haben auch daran mitgewirkt einkommensschwächere Länder dabei zu unterstützen Zwangslizenzen zur Bereitstellung von lebensrettenden Behandlungen zu nutzen. Die Produktion einer Therapie für Hepatitis C für nur 1,5% der üblichen Kosten wurde von einer innovativen Allianz zwischen engagierten Wissenschaftlern und einem indischen Pharmaunternehmen durchgesetzt (B5).
- Es gibt ernsthafte Versuche von Seiten der Zivilgesellschaft und einiger Regierungen die Bedürfnisse von schwachen Gruppen besser zu befriedigen. Spanien hat z.B. das Recht von Migranten auf eine Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus in seinem nationalen Recht verankert (B3). Währenddessen wurden Aktionen unternommen, um den Zugang von Gefängnisinsassen zur medikamentösen AIDS-Behandlung zu gewährleisten (B4).

Der GHW2 beschreibt klar und deutlich warum die aktuelle Weltordnung gesundheitsschädlich ist und stellt die Dringlichkeit von Aktionen und Widerstand heraus. Er ist eine Quelle, die von allen genutzt werden kann, die einer gesünderen und gerechteren Welt verbunden sind.

Kopien des GHW2 sind erhältlich bei Zed Books unter <http://www.zedbooks.co.uk/book.asp?bookdetail=4250> und online unter www.ghwatch.org/ ab November 2009.

Verzeichnis Kapitel GHW2

A. Ein alternatives Entwicklungsparadigma

B. Der Gesundheitssektor

- B1 Verteidiger der Gesundheitssysteme
- B2 Psychische Gesundheit: Kultur, Sprache und Macht
- B3 Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migranten und Asylbewerber
- B4 Häftlinge
- B5 Medikamente

C. Jenseits des Gesundheitswesens

- C1 CO₂-Handel und Klimawandel
- C2 Terror, Krieg und Gesundheit
- C3 Reflektionen zur Globalisierung, Handel, Nahrung und Gesundheit
- C4 Urbanisierung
- C5 Die Sanitär- und Wasserkrise
- C6 Ölförderung und Gesundheit im Nigerdelta
- C7 Humanitäre Hilfe
- C8 Bildung

D. In die Pflicht nehmen

- D1 *Globale Gesundheitssteuerung*
 - D1.1 Die globale Gesundheitslandschaft
 - D1.2 Die WHO und die "Commission on the Social Determinants of Health"
 - D1.3 Die Gates Stiftung
 - D1.4 Der „Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“
 - D1.5 Die Weltbank
- D2 *Staatliche Hilfe*
 - D2.1 US-Auslandshilfe und Gesundheit
 - D2.2 Kanadische und australische Gesundheitshilfe
 - D2.3 Sicherheit und Gesundheit
- D3 *Transnationale Kooperationen*
 - D3.1 Schutz des Stillens
 - D3.2 Tabak-Kontrolle: Regierungen zu Aktivitäten drängen

E. Postskriptum des Widerstandes