

Freihandel macht krank

Welche Auswirkungen haben die Economic Partnership Agreements auf die Gesundheit

Im Jahre 2008 riet die Kommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO), alle politischen Entscheidungen auf die Bekämpfung von gesundheitlichen Ungleichheiten hin zu überprüfen, da dies ein übergeordnetes gesellschaftliches Ziel sei.¹ Im gleichen Jahr entschloss sich die EU, die Verhandlungen über die *Economic Partnership Agreements* (Wirtschaftspartnerschaftsabkommen, EPA) mit 79 Ländern aus Afrika, die Karibik und der Pazifik (die sogenannten AKP Staaten²) abzuschließen. Der Rat der WHO fand hier keine Berücksichtigung, wie im Folgenden ausgeführt werden soll.

Freihandelsabkommen führen sie zu einer Destabilisierung von Gesundheitssystemen durch Privatisierung³ und der Stärkung der Pharmaindustrie, die dazu führt, dass Medikamente zu noch höheren Preisen als zuvor verkauft werden⁴. Dieses Factsheet bietet einen Überblick über die zu erwartenden Auswirkungen von EPA auf die Gesundheit mit Schwerpunkt auf Ostafrika und die Länder des Südlichen Afrika (ESA).

EPA sind das Ergebnis eines seit über zehn Jahre währenden Scheiterns der multilateralen Verhandlungen über den Welthandel bei der Welthandelsorganisation (WTO), die sogenannte Krise des multilateralen Welthandelssystems. Eine neue strategische Ausrichtung der EU, die mit dem Versprechen antrat, dass man die Kohärenz zwischen Entwicklungspolitik und Handelspolitik nach den Vereinbarungen des Cotonou Abkommens⁵ (2000) berücksichtigen wolle entpuppte sich jedoch bald als ein klassisches Freihandelsabkommen. Die EPA, die ab 2001 zwischen der EU und die AKP Staaten verhandelt wurden, haben das Ziel, eine reibungslose Integration dieser Regionen in den Weltmarkt sicher zu stellen⁶. Die Verhandlungen hätten ursprünglich bis zum 1. Januar 2008 abgeschlossen werden sollen, doch erst 2008 unterschrieb das CARIFORUM (Karibisches Forum der AKP Staaten)⁷,

¹ „Soziale Determinanten von Gesundheit“ Gesundheit Braucht Politik - Zeitschrift für eine Soziale Medizin. Hrsg: Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte 2015.

² Die **Gruppe der afrikanischen, karibischen und pazifischen Staaten**, kurz **AKP-Gruppe** ([englisch](#) *African, Caribbean and Pacific Group of States* kurz *ACP countries*; [französisch](#) *Groupe des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique* kurz *Pays ACP*) bezeichnet eine [Internationale Organisation](#) von zurzeit 79 Ländern in [Afrika](#), der [Karibik](#) und dem [Pazifik](#) – zumeist frühere [Kolonien Frankreichs](#) und [Großbritanniens](#). Gründungsdokument der Organisation ist das sogenannte [Georgetown-Agreement](#), das vertragliche Vereinbarungen zur hauptsächlich wirtschaftlichen Zusammenarbeit beinhaltet.

³ Gen-ethisches Netzwerk e.V.: Bittere Medizin: Freihandel und Gesundheit. GeN Hintergrund 10/15.

⁴ Global Health Watch 4: An alternative World Health Report. New York 2015. Seite 131.

⁵ Das Cotonou Abkommen ist ein entwicklungspolitisches Abkommen zwischen der EU und 78 (AKP-)Staaten, welches am 23.6.2000 in Cotonou (Benin) unterzeichnet und am 1.4.2003 in Kraft getreten ist. Es trat an die Stelle des 1975 unterzeichneten Lomé-Abkommens und wollte die Zusammenarbeit zwischen EU und AKP-Staaten auf eine neue, stärker auf Partnerschaft und Gleichberechtigung ausgerichtete Basis stellen. Das bis dato gültige System der einseitigen Gewährung von wirtschaftlichen Vorteilen und Marktzugängen musste aufgrund neuer Regeln der Welthandelsorganisation (WTO) aufgehoben werden. Neu war auch eine stärkere Verknüpfung mit allgemeinen Grundsätzen der EU-Entwicklungspolitik: Hilfe wurde fortan von »guter Regierungsführung« (Good governance), Rechtsstaatlichkeit, Schutz der Menschenrechte abhängig. Für eine kritische Bilanz des Lomé Abkommens, siehe: www.bpb.de/apuz/26925/aktuelle-aspekte-der-eu-entwicklungspolitik?p=all

⁶ Zur Architektur des Welthandels. Siehe: www.bpb.de/apuz/175488/zur-architektur-des-welthandels?p=all

⁷ <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Aussenwirtschaft/Handelspolitik/europaeische-handelspolitik,did=242720.html>

und Westafrika (ECOWAS)⁸ als erste die Abkommen. Das südliche Afrika (SADC)⁹ unterschrieb 2014. Nun stehen die verbleibenden Regionen unter Druck, noch in 2016 die Abkommen zu unterzeichnen.¹⁰

Die East African Community (EAC) verhandelte zunächst als Teil des *East and Southern African countries* (ESA) Region, spaltete sich aber im Laufe der Verhandlungen ab als die SADC bereit waren, das Abkommen zu unterzeichnen. Die EAC besteht aus Burundi, Kenia, Ruanda, Tansania und Uganda. Obwohl die Verhandlungen an dem EAC-EU EPA seit Oktober 2014 abgeschlossen sind, wurde sie noch nicht unterschrieben. Dieses Zögern lässt sich auch auf die unterschiedlichen Klassifizierungen der Mitglieder der EAC zurückführen. Für Kenia als Land in der unteren mittleren Einkommensstufe¹¹, ändert sich alles unter den EPA, da sie nicht mehr unter die *Alles außer Waffen* (Everything but Arms-EBA)¹² Initiative mit Europa Handel betreiben kann. Alle andere Mitglieder, die als am wenigsten entwickelten Länder (*Least Developed Countries*) gelten, können weiterhin unter die EBA Regelung steuerfrei nach Europa exportieren. Seit November 2007 regelt die *EAC Framework for an Economic Partnership Agreement (EAC-FEPA)* den Handel zwischen der EU und die EAC unter den gleichen Bedingungen wie die EBA Regelung als Zwischenlösung¹³.

Auswirkungen der EPA auf Gesundheit

Die Auswirkungen von der EPA auf die gesundheitliche Versorgung lassen sich in vier Bereiche untergliedern¹⁴.

1. Zugang zu Medikamenten und geistige Eigentumsrechte
2. Handel in Gesundheit und verwandte Dienstleistungen
3. Geld für öffentliche Dienstleistungen
4. Landwirtschaft und Ernährungssicherheit.

⁸ Economic Community of West African States

⁹ Die SADC wurde im Jahr 1992 gegründet. Sie ging aus der alten "Southern African Development Co-ordination Conference" (SADCC) hervor. Die neue SADC strebte eine Ausweitung der Zielsetzung: Statt ausschließlicher Sektorkooperation, um die Abhängigkeit der so genannten Frontlinienstaaten von Südafrika zu mildern, stand nun Integration im südlichen Afrika im Vordergrund der Anstrengungen. Nach dem Ende des Apartheid-Regimes in Südafrika galt es, den potenziellen Hegemon einzubinden sowie seine Wirtschaftskraft und seine wirtschaftliche Dynamik für die Mitgliedsländer der SADC nutzbar zu machen.

¹⁰ <http://www.euractiv.de/section/entwicklungspolitik/news/wirtschaftspartnerschaftsabkommen-epa-kein-happy-end-fur-afrika/>

¹¹ *Lower middle Income Country* nach Weltbank Richtlinien der Klassifikation. Siehe: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/07/01/new-world-bank-update-shows-bangladesh-kenya-myanmar-and-tajikistan-as-middle-income-while-south-sudan-falls-back-to-low-income>

¹² Im Februar 2001 kündigte der für Handelsfragen zuständige EU-Kommissar Pascal Lamy an, dass für die Exporte der LDC-Staaten in die EU bis zum Jahre 2004 alle Abgaben, Quoten und Zölle entfallen würden. Lamy betonte ausdrücklich, dass dies für alle Produkte mit Ausnahme von in LDCs hergestellten Waffen gelte und bezeichnete seine Ankündigung daher als *Everything-but-arms*-Initiative (Alles-außer-Waffen-Initiative). Siehe Fußnote 5.

¹³ Trading our lives with Europe: Possible impact on human rights by the Framework for the Economic Partnership Agreements (EPA) between the East African Community and the European Union. Hrsg: Kenya Human Rights Commission. ISSN 9966-941-69-X. Seite 18
<http://resource.khrc.or.ke:8181/khrc/bitstream/handle/123456789/143/Trading%20Our%20Lives%20With%20Europe.pdf?sequence=1>

¹⁴ Mabika, et. Al (2007): Health Implications of the proposed Economic Partnership Agreements (EPA) between east and Southern African Countries and the European Union
https://www.researchgate.net/publication/237473992_Health_implications_of_proposed_Economic_Partnership_Agreement_EPA_between_east_and_southern_African_countries_and_the_European_Union

1. Zugang zu Medikamenten und geistige Eigentumsrechte

Geistige Eigentumsrechte werden Urheber*innen von Arbeiten, die das Ergebnis intellektueller Kreativität sind, auf Antrag gewährt in Form von Patenten oder Urheberrechten vergeben. Das Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS Abkommen) der WTO (1995) regelt den internationalen Schutz von geistigen Eigentumsrechten. Dennoch ist es Mitgliedern der WTO im Rahmen der Doha Runde¹⁵ erlaubt, das TRIPS Abkommen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und dem Zugang zu Medikamenten vorübergehend außer Kraft zu setzen.

Bei den EPA wird darüber hinaus über eine Erweiterung der sogenannten **Daten-Exklusivitätsrechte**, die in den TRIPS-plus Verträgen festgeschrieben werden, verhandelt. Diese erlaubt es, Lizenzen für Generika zu verzögern: Für die Zulassung ihrer Medikamente greifen Generikahersteller auf die Studien zur Wirksamkeit und Einsatzbereiche (Indikationen) der Originalpräparate zurück. Für den Zeitraum der Datenexklusivität nach der Zulassung der Originalmedikamente ist dies untersagt und garantiert so den Originalpräparaten ein sicheres Monopol.¹⁶ Auf diese Weise verhindern Daten-Exklusivitätsrechte, dass Staaten Generika, also kostengünstige Nachahmerpräparate, genehmigen können, selbst wenn diese in Funktion und Wirkung dem ursprünglichen Präparat entsprechen. Konkret heißt das, dass Generika Hersteller verpflichtet wären, eigene Tests durchzuführen und diese auszuwerten, bevor sie das Medikament verkaufen können. Solche Verfahren dauern oft mehrere Jahre und sind sehr teuer.

Die EPA hätten zur Folge, dass Staaten nicht mehr unter Bezug auf das Doha Abkommen von ihrem Recht Gebrauch machen können, Generika zur Verfügung zu stellen, um den Zugang zu lebensrettenden Medikamenten zu garantieren.

Viele Länder der AKP Regionen kommen gerade erst dazu, das TRIPS Abkommen, welches bis Ende 2016 im nationalen Recht verankert sein muss, umzusetzen. Viele davon, insbesondere auch die ESA Gruppe, setzt sich in den Verhandlungen dennoch dafür ein, die Flexibilität des TRIPS Abkommens, insbesondere die Garantie für den Zugang zu wichtigen Medikamenten, beizubehalten.

2. Handel in Gesundheit und Verwandte Dienstleistungen

Der multilaterale Handel in Dienstleistungen wird maßgeblich in dem Allgemeinen Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen, dem GATS Abkommen (1995), der WTO geregelt. Darin ist u.a. der Handel mit Dienstleistungen in Sektoren unterteilt wie Gewerbe, Vertrieb, Bildung, Finanz, Gesundheit und Soziales. Der Gewerbesektor umfasst Medizingewerbe und Dienstleistungen die von medizinischem Fachpersonal erbracht werden, der Vertriebssektor und Dienstleistungen im pharmazeutischen Einzelhandel z.B in Apotheken. Der Bildungssektor beinhaltet Regelungen zur

¹⁵ Die 2001 eröffnete Doha-Runde der WTO strebte eine umfassende Liberalisierungsstrategie an, die stark von der Agenda der EU und der USA geprägt war und die bis 2005 abgeschlossen sein sollte. Sie umfasst ein breites Bündel handelspolitischer Maßnahmen z.B die wechselseitige Zollsenkung und Marktöffnung für Agrar- und Industrieprodukte, der Abbau von Agrarsubventionen (einerseits Exportsubventionen, andererseits Direktzahlungen, die zu Überproduktion und Preisverfall führen) die Wechselseitige Marktöffnung für Dienstleistungen, und die Umsetzung des TRIPS-Abkommens in nationales Recht.

¹⁶ Für mehr Information über Datenexklusivitätsrechte und warum sich viele Entwicklungsländer damit schwertun, Siehe: *Raising the Barriers to Access to Medicines in the Developing World – The Relentless Push for Data Exclusivity*. Online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dewb.12105/abstract>

Ausbildung von medizinischen Fachkräften und der Finanzsektor das Krankenversicherungswesen und Direktinvestitionen in private Krankenhäuser. Gesundheit und Soziales regelt Dienstleistungen im Krankenhaus, medizinische und zahnärztliche Dienstleistungen, Diagnostik und die Verwaltung von Gesundheitszentren.¹⁷

Länder, die bereits ihre Gesundheitsdienstleistungen in den genannten Bereichen im Rahmen des GATS Abkommens für private Investoren geöffnet haben, werden nun durch die in den EPA von der EU vorgeschlagenen „kombinierten Dienstleistungs- und Investitionsklauseln“¹⁸ gezwungen, solche Maßnahmen auszuweiten. Auch jene, die keinerlei Verpflichtungen hinsichtlich der Liberalisierung ihrer Dienstleistungsbereiche im Rahmen des GATS Abkommens eingegangen sind, werden politischen Druck erfahren, dies in die Wege zu leiten, da dies bereits im Cotonou Abkommen vereinbart wurde.

Die Liberalisierung im Gesundheitssektor birgt enorme Risiken für die beteiligten Länder, insbesondere diejenigen, die bereits fragile Gesundheitssysteme haben. Die ESA Länder berufen sich auf die Verpflichtungen des GATS Abkommens ohne einen entsprechenden Gegenentwurf zu den Vorschlägen der EU zu verfassen. Die UN Hochkommissariats wies im Rahmen seines Berichts über Liberalisierung von Handel in Dienstleistungen und Menschenrechte bereits 2001 darauf hin, dass Liberalisierung nicht die fundamentale Rechte eines Jeden Menschen beeinträchtigen darf, insbesondere wenn diese Regierungen verbietet durch gezielte Maßnahmen, entstandene Ungleichheiten und Schwierigkeiten bei der Zugang zu gesundheitliche Dienstleistungen wieder auszugleichen.¹⁹ Der beschriebene Liberalisierungsprozess könnte Investitionsanreize für private Investoren schaffen. Dadurch werden private Gesundheitseinrichtungen und Dienstleister zwar besser ausgestattet, aber der Zugang zu qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Dienstleistungen wird nur für einen kleinen Teil der Bevölkerung erschwinglich sein.

3. Geld für Öffentliche Dienstleistungen

Viele ESA Staaten sind stark von Zöllen als Einnahmequelle abhängig, da andere Steuerquellen aufgrund des niedrigen Beschäftigungsgrades im formellen Arbeitssektors oft knapp sind oder die Steuerbemessungsgrundlage relativ klein ist. Bis zu 34% der Staatseinnahmen in Uganda und Malawi werden durch Zölle gesichert.²⁰ Dieses Beispiel verdeutlicht, wie sehr die Regierungen diese Einnahmen brauchen, um Staatsausgaben für öffentliche Dienstleistungen zu finanzieren. **Wenn Zölle im Rahmen der EPA entfallen, so werden auch die Staatseinnahmen für viele ESA Staaten um durchschnittlich 10% sinken²¹.** Um diese Defizite auszugleichen, müssen Regierungen alternative Finanzierungsmethoden suchen, beispielsweise durch Sparmaßnahmen im öffentlichen Bereich oder

¹⁷ Mabika, et. Al (2007): Health Implications of the proposed Economic Partnership Agreements (EPA) between east and Southern African Countries and the European Union
https://www.researchgate.net/publication/237473992_Health_implications_of_proposed_Economic_Partnership_Agreement_EPA_between_east_and_southern_African_countries_and_the_European_Union

¹⁸ ECDPM 2009: *Final Summary Report. Informal workshop on contentious issues of the EPA negotiations and regional delivery mechanisms for Aid for Trade*: Seite 4. Online: <http://ecdpm.org/wp-content/uploads/2013/11/ECDPM-Summary-Report-Informal-seminar-EPAs-Aid-for-Trade.pdf>

¹⁹ Siehe Fußnote 15. Seite 16

²⁰ Mabika, et. Al (2007): *Health Implications of the proposed Economic Partnership Agreements (EPA) between east and Southern African Countries and the European Union*. Seite 16
https://www.researchgate.net/publication/237473992_Health_implications_of_proposed_Economic_Partnership_Agreement_EPA_between_east_and_southern_African_countries_and_the_European_Union

²¹ ebd.

durch die Erhöhung von Steuern, wie der Mehrwertsteuer. Solche Maßnahmen treffen ärmere Haushalte am härtesten. Dieser Spardruck könnte Regierungen dazu verleiten, Leistungen der öffentlichen Versorgungsbetriebe zu privatisieren, was den Interessen von nationalen und internationalen Investoren entgegen kommt.

Die Vereinten Nationen haben bereits 2001 davor gewarnt, dass die Liberalisierung von Dienstleistungshandel den ohnehin begrenzten Zugang der armen Menschen weltweit nicht noch weiter einschränken sollte, da dies de facto eine Diskriminierung darstelle²². ESA Staaten sollen deshalb weiterhin in der Lage bleiben, Subventionen in der Gesundheitsfinanzierung weiterhin so einzusetzen, dass sie einen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen garantieren können. Bisher ist es nicht klar, wie die EPA die Lücken, die durch den Wegfall der Zölle entstehen, zu füllen gedenken. Das von der EU erwartete Wachstum durch EPA in den AKP Staaten wird durch die fehlende Zolleinnahmen und die zu erwartenden hohen Anpassungskosten stark relativiert.²³

4. Landwirtschaft und Ernährungs(un)sicherheit

Die ESA Länder sind von der Landwirtschaft abhängig. In Malawi macht Landwirtschaft 35,9 % des Bruttoinlandsprodukts aus, in Tansania sind es 43,2% und in Mosambik 24,2%. Die EPA werden auch auf Zugang zu Nahrung und die Ernährungsgewohnheiten einen indirekten Einfluss haben. Die Weltmarktpreise für landwirtschaftliche Erzeugnisse befinden sich auf einem historischen Tief und sinken kontinuierlich weiter. Die Agrarsubventionen im Rahmen der *Common Agricultural Policy CAP*²⁴ der EU von 1962 bleiben von den EPA größtenteils unangetastet, was eine einseitige Begünstigung darstellt. **Die Subventionen garantieren europäischen Bauern Mindestpreise für ihre Erzeugnisse und Exportsubventionen. Nicht subventionierte Bauern aus den AKP Staaten können dagegen nicht mithalten, weil Bauern aus der EU beispielsweise ihren Zucker für das Dreifache des Durchschnittspreises auf dem Weltmarkt absetzen können.** Gleichzeitig wird jeder Versuch, Bauern in den Ländern des Südens zu subventionieren, von der EU nicht toleriert.²⁵ Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der in der Landwirtschaft drohen sich weiter zu verschlechtern, sollten die Agrarsubventionen wie gehabt fortgeführt werden. In Angola sind 74,5% der arbeitenden Bevölkerung in der Landwirtschaft tätig, in Botswana sind es 46,4 %, und in Tansania 84,4%. Ein Verlust dieser Arbeitsplätze durch sinkende Wettbewerbsfähigkeit bedeutet nicht nur Arbeitslosigkeit, sondern einen begrenzten Zugang zu Lebensmittel, Ernährungsprekarität und einen Anstieg von Krankheiten, die Ernährungsbedingt auftauchen.

In der Folge drohen ernährungsbedingten Krankheiten zuzunehmen. Dies betrifft zum einen Unterernährung durch den Wegfall von Subsistenzwirtschaft als auch Mangelernährung durch den erschwerten Zugang zu frischen Lebensmitteln und Übergewicht als Folge der Verfügbarkeit von industriell verarbeiteten Lebensmitteln.

Autor: Eric Otieno, Universität Kassel, Praktikant der Öffentlichkeitsabteilung, Dezember 2016

²² ebd.

²³ ebd. Seite 17

²⁴ ebd. Seite 17

²⁵ Mabika, et. Al (2007): Health Implications of the proposed Economic Partnership Agreements (EPA) between east and Southern African Countries and the European Union. Seite 16

https://www.researchgate.net/publication/237473992_Health_implications_of_proposed_Economic_Partnership_Agreement_EPA_between_east_and_southern_African_countries_and_the_European_Union