



Strategische Studien und Analysen der Internationalen Politik und Globalisierung – zusammengefasst für Entscheidungsträger in Deutschland

Oktober 2011

Schwerpunkt Globale Gesundheit



Liebe Leser,

die globale Gesundheit befindet sich momentan in einem rasanten Wandel: Lange Zeit galten chronische Erkrankungen als Phänomen der westlichen Industrieländer, als Folge eines „ungesunden“ Lebensstils. Doch die Verbreitung dieser Krankheiten und ihrer Verursacher wie Alkohol, Tabakkonsum und Fettleibigkeit wird durch die Globalisierung und Urbanisierung beschleunigt. Chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind zwar weltweit die häufigste Todesursache, doch in Ländern mit niedrigem Einkommen überwiegt nach wie vor die Zahl der Todesfälle durch Infektionskrankheiten, wie Infektionen der unteren Atemwege, Durchfallerkrankungen und HIV/Aids.

Gesundheit ist von vielen Faktoren beeinflusst, die eine globale Gesundheitspolitik beachten muss. Ein Beispiel: Durch klimabedingte Dürren, sinkende Lebensmittelvorräte, die Spekulation mit landwirtschaftlichen Rohstoffen und die Produktion von Biosprit steigen die Preise für Lebensmittel und Dünger. Als Folge steigt auch die Anzahl an Todesfällen durch Hungersnöte. Betroffen sind vor allem ärmere Regionen mit schlechten sanitären Bedingungen, die über kein ausreichendes Gesundheitssystem verfügen und deren Bewohner nur bedingt Zugang zu ärztlicher Behandlung haben.

Zu den großen Gesundheitsherausforderungen zählen auch der demographische Wandel, die Auswirkungen des Klimawandels, die steigenden Kosten der Gesundheitssysteme und weltweite Wirtschaftskrisen. Damit steigen die Anforderungen an eine globale Koordinierung der Gesundheitspolitik. Die Regierungen und relevanten internationalen Institutionen müssen angesichts der großen Herausforderungen und unabschätzbaren Folgen globale Gesundheitsstrategien in ihre politischen Agenden aufnehmen.

Der World Health Summit 2011 setzt genau hier an und bringt führende Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft zusammen, um branchenübergreifende Lösungen zu dringenden globalen Gesundheitsherausforderungen zu finden und zu diskutieren. Der World Health Summit 2011 findet unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel und des französischen Staatspräsidenten Nicolas Sarkozy vom 23. bis 26. Oktober in Berlin statt. Sie können sich unter folgendem Link <http://www.worldhealthsummit.org/> für den World Health Summit registrieren.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihre

Dr. Johannes Bohnen

&

Jan-Friedrich Kallmorgen

Atlantische Initiative e. V.

Wilhelmstraße 67

10117 Berlin

Germany

Tel: +49.30.206 337 88

Fax: +49.30.246 303 633

www.atlantische-initiative.org

info@atlantische-initiative.org

Vorstand

Dr. Johannes Bohnen

Jan-Friedrich Kallmorgen

Beirat

Dr. Rudolf Adam

Prof. Dr. Arnulf Baring

Dr. Christoph Bertram

Carl-Eduard von Bismarck

Dr. Philip v. Boehm-Bezing

Dr. Mark Brzezinski

Jürgen Chrobog

Thomas L. Farmer

Dr. Klaus-Dieter Frankenberger

Dr. Jeffrey Gedmin

Prof. Dr. Helga Haftendorn

Dr. John C. Hulsman

Dr. Michael J. Inacker

Dr. Jackson Janes

Marvin Kalb

Dr. Walther Leisler Kiep

Eckart von Klaeden

Hans-Ulrich Klose

John Kornblum

Dr. Charles Kupchan

Alexander Graf Lambsdorff

Prof. Dr. Kurt J. Lauk

Dr. Beate Lindemann

Heike MacKerron

Dr. Norbert Otten

Cem Özdemir

Ruprecht Polenz

Avi Primor

Andrew Rasiej

Prof. Dr. E. Sandschneider

Prof. Dr. h.c. Horst Teltschik

Karsten D. Voigt

Lord Wallace

Bankverbindung

Atlantische Initiative e. V.

Bankhaus Löbbecke AG

Bankleitzahl: 100 30 500

Kontonummer: 12 57 95 00

Registergericht

Amtsgericht Berlin Charlottenburg

Registernummer: VR 23583Nz

Steuernummer: 27/660/59701

USt-IdNr.: DE 252416799

Schwerpunkt: Globale Gesundheit

Gesundheit als globales öffentliches Gut	Seite 3
Gesundheitsrisiken durch weltweite Urbanisierung	Seite 3
Nicht-übertragbare Krankheiten: die „unsichtbare“ Gefahr	Seite 4
Globale Defizite in Erforschung und Behandlung psychischer Gesundheit	Seite 5
Lücken in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten	Seite 6
Die Abhängigkeit der Gesundheit vom Klimawandel	Seite 7
Afrikas Gesundheitsforschung muss ausgebaut werden	Seite 8
Neue Formen der Zusammenarbeit in der Arzneimittelentwicklung	Seite 9

Diese Ausgabe erscheint mit freundlicher Unterstützung des World Health Summit



Die *Global Must Reads* werden von der Atlantischen Initiative e.V. herausgegeben.

ATLANTISCHE INITIATIVE



Vorstand: Dr. Johannes Bohnen und Jan-Friedrich Kallmorgen (V.i.S.d.P.)

Verantwortliche Redakteurin: Louisa Frey

© Atlantische Initiative e.V. – Wilhelmstraße 67 – 10117 Berlin

Tel: +49 - 30 - 206 337 88 – Fax: +49 - 30 - 246 303 633

Email: info@atlantische-initiative.org

Die Atlantische Initiative e.V. arbeitet redaktionell unabhängig. Sämtliche Artikel sind Zusammenfassungen von Studien, Papieren oder Artikeln externer Autoren und geben nicht die Meinung des Vereins wieder. Ziel der Global Must Reads ist es, eine Perspektive auf komplexe Themen der Internationalen Politik und Globalisierung zu ermöglichen und die strategische Debatte in Deutschland zu stärken.

Gesundheit als globales öffentliches Gut

Inge Kaul & David Gleicher: [Governing Global Health: is Europe ready?](#), *Global Health Europe*, Research Paper N°3 2011

Öffentliche Güter zeichnen sich durch „Nicht-Rivalität“ und „Nicht-Ausschließbarkeit“ aus. Globale öffentliche Güter verleiten Staaten zum Trittbrettfahren und werden als Folge unterversorgt oder nicht bereitgestellt. Gesundheit ist ein globales öffentliches Gut (GöG), das nicht in nationale Schranken zu weisen ist – man denke zum Beispiel an die Verbreitung des H1N1 Virus. Dabei wird gerade in der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsüberwachung ein funktionierendes globales Netzwerk erforderlich. Die Bekämpfung globaler Gesundheitsherausforderungen, wie Virenkrankheiten, bedürfen einer verstärkten internationalen Kooperation: von der pharmazeutischen Industrie bis zur WHO-Koordinierung und zur Impfpfempfehlung durch nationale Behörden.

Globale Gesundheit darf nicht mit Entwicklungshilfe verwechselt werden. Während Entwicklungsländer oftmals nur marginal für den globalen CO₂-Ausstoß verantwortlich sind, sind sie am meisten von Klimawechsel bedingten Folgen und Auswirkungen auf die Gesundheit betroffen. Diesen Ländern bei dem Aufbau von Ressourcen zur Anpassung an den Klimawandel zu helfen, sollte daher nicht als Entwicklungshilfe sondern als eine Art „Entschädigung“ angesehen werden. Während Entwicklungshilfe seinen Policy-Fokus auf Ländern hat, haben globale öffentliche Güter einen Themenbezug (z.B. Gesundheit). Zudem sind die „Empfängerländer“ bzw. Profiteure von globalen öffentlichen Gütern potentiell alle Staaten und Generationen.

Um auf die globalen Gesundheitsherausforderungen adäquat reagieren zu können, muss die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter als neues politisches Handlungsfeld angesehen werden. Der neue konzeptionelle Ansatz des „Public Health“ sieht für die Regierungen eine Verantwortung gegenüber der inländischen als auch globalen Gesundheit vor. Daher müssen die Regierungen auf folgende Fragen Antworten finden:

- Wer ist für die Bereitstellung des GöG Gesundheit zuständig? Bedarf es neuer Akteure oder Institutionen?
- Werden Kosten/Nutzen-Analysen erstellt, um prioritäre Handlungsfelder zu identifizieren?
- Gibt es für die internationalen Gesundheitsverhandlungen soft-power Strategien?
- Wie sind die Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche zwischen nationalen und regionalen Akteuren verteilt?
- Wie werden horizontale Verbindungen, z.B. zwischen Klimawandel und Gesundheit, erzeugt?
- Bedarf es einer Neugestaltung des Souveränitätsbegriffes als verantwortungsvolle Souveränität?
- Wer korrigiert Marktversagen und Staatsversagen (Trittbrettfahrer)? Welche Rolle spielen in diesem Kontext die G-20 oder die Europäischen Union?
- Spiegeln sich die Differenzen und Synergien zwischen Entwicklungshilfe und der Bereitstellung globaler öffentlicher Güter institutionell wieder? Und wer finanziert die internationale Zusammenarbeit zur Unterstützung von GöG?

Auf europäischer Ebene mangelt es bislang an einer klaren Definition von globaler Gesundheit. Diese könnte folgende drei Elemente umfassen: Globale Gesundheit sind Gesundheits- (bzw. Krankheits-)fragen mit GöG-Eigenschaften, die sich auf das EU-Gebiet ausweiten könnten und alle oder viele Mitgliedsstaaten betreffen. Des Weiteren zeichnet sich globale Gesundheit durch positive oder negative Spill-over Effekte, von EU Gebiet auf globale Ebene aus, wie beispielsweise die Migration von Arbeitskräften im Gesundheitswesen oder die Vermarktung gesundheitsschädigender Produkte. Und drittens, bilden gesundheitsrelevante GöG eine wichtige Komponente der Gesundheitsversorgung (z.B. internationale Verhandlungen zur Reduzierung großer Rohstoffpreisfluktuationen oder Anpassungen an den Klimaschutz). Die EU sollte ihre Rolle in der globalen Gesundheitspolitik neu überdenken, und die oben erwähnten Fragen beantworten können. Nur so kann die EU zukünftig eine Führungsrolle in der globalen Gesundheitspolitik übernehmen. [Mehr...](#)

Gesundheitsrisiken durch weltweite Urbanisierung

Julie E. Fischer, Rebecca Katz, [The International Flow of Risk: The Governance of Health in an Urbanizing World](#), *Global Health Governance*, Volume IV, No. 2, June 2011

Die Globalisierung führt zu wirtschaftlichem Aufschwung und bietet damit ärmeren Schichten die Möglichkeit, ihrer Armut zu entkommen. Sie führt jedoch auch zu einer

zunehmenden Urbanisierung. Bereits 2009 überschritt die Anzahl von Stadtbewohnern die der Landbevölkerung. Die Vereinten Nationen gehen davon aus, dass über 15% der Weltbevölkerung in Megastädten mit jeweils mehr als 10 Millionen Einwohnern leben. Doch über 80% der Einwohner solcher Megastädte leben in Staaten mit geringem oder mittlerem Einkommen. Es ist nicht verwunderlich, dass die Mehrheit dieser Stadtbewohner in Armut lebt. Der Anteil der Stadtbewohner, die in Slums wohnen, liegt im subsaharischen Afrika bei über 70%. Doch Slums sind durch die Verwendung minderwertige Baumaterialien bei Naturkatastrophen besonderen Risiken ausgesetzt. Über 800 Millionen in Slums lebende Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Wasser und sanitären Anlagen. Die Folge ist ein florierender Schwarzmarkt, auf dem Wasser gehandelt wird, das durch Chemikalien und Schwermetallen verunreinigt ist. Mangelnde Abfallentsorgung sowie die Überfüllung von Slums führt dazu, dass Krankheiten sich rapide ausbreiten und ihnen nicht mit sanitären Maßnahmen begegnet werden kann. So werden durch den großen Anteil an Wanderarbeitern sexuell übertragbare Krankheiten weit verbreitet. Die durch Unterernährung verbreitete Tuberkulose führt zu einer hohen Kindersterblichkeit.

Das räumliche Wachstum solcher Megastädte liegt aktuell bei ungefähr 2%. Die urbanisierten Bereiche dringen immer weiter in die Natur vor. Die so verkürzte Kette von Wild- zu Nutztieren schlägt sich in einem erhöhten Krankheitsrisiko nieder. Beispiele hierfür sind die Ausbrüche von SARS, H1N1, Gelb- und Dengue-Fieber in Südamerika und Thailand.

Durch den mit der Verstädterung einhergehenden wirtschaftlichen Aufschwung verändert sich zusätzlich das Nahrungsangebot. Die Nachfrage nach tierischem Protein und die billige Produktion von Zucker führen zu einem Wechsel in den Essensgewohnheiten. Billige, kalorienhaltige und nährstoffarme Nahrungsmittel können Krankheiten auslösen, die bisher mehrheitlich in Industrienationen auftraten.

Die Größe und Komplexität von Megastädten in Verbindung mit einem Mangel an politischen und planungstechnischen Mechanismen bergen ein großes Gesundheitsrisiko für die Bewohner. Da solche Megastädte zusätzlich als Verteilerpunkt für Menschen, Tiere und Güter fungieren, sind die Risiken in der Lage, schnell große Entfernungen zu überwinden und auf andere Kontinente überzuschwappen.

Zwar hilft die Urbanisierung, den Ausbau der Versorgung zu steigern und Kosteneffizienz zu erhöhen. Doch besonders die Wasserversorgung wird aus finanziellen Gründen teilweise privatisiert. Dies schlägt sich oft in einer Preiserhöhung und dem schwindenden Zugang zu Wasser nieder. Es bedarf eines internationalen koordinierten Vorgehens von Entscheidungsträgern und dem privaten Sektor, um Normen zur Bekämpfung transnationaler Gesundheitsrisiken zu entwickeln, welche bereits in stark bevölkerten Gebieten wirken. Richtungsweisend können hierfür die Millennium Development Goals, die Framework Convention on Tobacco Control und die International Health Regulations sein. Diese Normen haben eines gemeinsam - sie setzen auf die Unterstützung der Behörden vor Ort. Durch die direkte Betroffenheit ist die Motivation zu Änderungen hier höher. Es bedarf jedoch sowohl finanzieller Mittel als auch erfahrener Bürokraten, um die Änderungen effizient umzusetzen. [Mehr...](#)

Nicht übertragbare Krankheiten: die „unsichtbare“ Gefahr

Bloom et al.: [The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases](#). Geneva: World Economic Forum, September 2011

Sheri Fink & Rebecca Rabinowitz: [The UN's Battle with NCDs. How Politics, Commerce, and Science Complicated the Fight Against an 'Invisible Epidemic'](#), *Foreign Affairs*, 20 September 2011

Die größte Todesursache sind nicht mehr übertragbare Krankheiten, wie HIV und Malaria, sondern "unsichtbare" Krankheiten. Weltweit sind mittlerweile zwei von drei Todesfällen auf Herz- und Lungenerkrankungen, Krebs und Diabetes und andere nicht-übertragbare Krankheiten (NCD) zurückzuführen. 80% dieser Todesfälle entfallen auf Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen und die Hälfte betrifft Menschen in ihren produktiven Jahren, was erhebliche Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum hat. In den nächsten 20 Jahren werden NCD Kosten von mehr als 30 Billionen US-Dollar verursachen. Dies entspricht 48% des weltweiten BIP in 2010 (Bloom et al. 2011: 5f).

Ursachen sind häufig ungesunde Ernährung, Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch und ein Mangel an physischer Bewegung. Interessanterweise sind diese Krankheiten auch kein Phänomen der Industrienationen mehr, sondern längst zu einer Gefahr für Entwicklungsländer geworden. Das Weltwirtschaftsforum hat NCD als eine der Hauptgefahren für weltweite Entwicklung anerkannt, da sie Gesundheitsausgaben in die

Höhe treiben, zur Arbeitsunfähigkeit führen und die Haushalte belasten (Fink & Rabinowitz 2011).

Während die Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose große (mediale) Aufmerksamkeit erhält, sind die Anstrengungen im Kampf gegen NCD weniger sichtbar. Am 19. und 20. September fand in New York ein High-Level Meeting der Vereinten Nationen statt, um die Prioritäten im Kampf gegen NCD festzulegen. Für internationale Großkonzerne der Getränke-, Lebensmittel-, Spirituosen-, Tabak- und Pharmaindustrie steht in den Verhandlungen zum Kampf gegen NCD dabei einiges auf dem Spiel. Die Verhandlungen, die in das Expertentreffen mündeten, erwiesen sich als äußerst schwierig.

Die Überlegung, eine Steuer auf ungesunde Nahrungsmittel zu erheben oder Ausnahmen vom Patentschutz auf Medikamente durchzusetzen, wurde fallengelassen. Stattdessen einigte man sich auf freiwillige Zusagen, wie eine stärkere Zusammenarbeit mit dem privaten Sektor, Forschung und Entwicklung voranzutreiben, sowie den Austausch von Fachwissen.

Große Uneinigkeit herrschte auch über die Frage, ob NCD als Epidemie und somit als Gesundheitsnotstand einzustufen sind – eine Entscheidung mit gravierenden Folgen: So könnten zum Beispiel WTO-Regeln gelockert werden und Länder günstigere Generika von patentierten Medikamenten herstellen. Dies würden die Staaten mit großen Generika-Industrien, größtenteils Entwicklungsländer, begrüßen. Man einigte sich schließlich auf die Einstufung von NCD als „eine Herausforderung epidemischen Ausmaßes“.

Laut Gesundheitsexperten ist Tabak die größte Ursache vermeidbarer Todesfälle, die auf NCD zurückzuführen sind. In den USA sind durch eine Serie von regulatorischen und aufklärerischen Maßnahmen die Raucherzahlen stark zurückgegangen. Nun wünschen sich viele Gesundheitsexperten von der US-Regierung auch größere Ausgaben für internationale Anti-Tabak Kampagnen. Hier gibt die US-Regierung bislang nur 7 Millionen US-Dollar des gesamten Gesundheitsbudgets von 8,4 Milliarden US-Dollar für den Kampf gegen Tabak-Konsum aus.

Im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten ist man noch weit davon entfernt, „Erfolgsmeldungen“ wie im Bereich der AIDS-Forschung und -behandlung zu vermelden. Die Angaben der nationalen Gesundheitsbehörden, die Ausgaben für NCD nicht zu erhöhen, verheißen nichts Gutes. Dadurch dass NCD sich immer weiter auf die Entwicklungsländer, unter ihnen wirtschaftlich stark wachsende Schwellenländer, ausbreiten, sollten sich die nationalen Regierungen lieber früher als später mit den Ursachen und der Behandlung dieser „unsichtbaren“ Krankheiten auseinandersetzen (Fink & Rabinowitz 2011). [Mehr...](#)

Globale Defizite in Erforschung und Behandlung psychischer Gesundheit

Pamela Collins et al.: [Grand challenges in global mental health](#), *Nature*, Vol. 475, 7 July 2011

Schizophrenie, Depression, Epilepsie, Demenz, Alkoholabhängigkeit und andere Krankheiten des zentralen Nervensystems (hiernach auch als psychische Störungen bezeichnet) stellen 13% der globalen Krankheitslast dar und übertreffen sowohl Herz- und Kreislauferkrankungen als auch Krebserkrankungen. So steht Depression an dritter Stelle der weltweiten Krankheitslasten und wird laut WHO bis 2030 in den Industriestaaten an erster Stelle stehen. Alkohol und illegaler Drogenkonsum machen mehr als 5% aus. Allein die weltweiten Demenzerkrankungen haben im Jahr 2009 bereits umgerechnet 609 Mrd. US-Dollar gekostet.

Das Fehlen von global ausgereiften Heilmethoden und präventiven Maßnahmen für psychische Störungen spiegelt ein weltweit eingeschränktes Verständnis für die molekularen und zellulären Mechanismen des Gehirns wieder. Dort wo es erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten gibt, sind sie oft für das Gros der Bevölkerung unzugänglich. Besonders betroffen sind einkommensschwache Länder, von denen 83% keine Parkinson-Behandlungen in der medizinischen Grundversorgung bereitstellen und in denen zu 25% keine anti-epileptischen Arzneimittel vorhanden sind. Ein großes Problem stellt auch der Mangel an ausgebildeten Fachkräften dar. So sind im europäischen Raum zweihundertmal soviel Psychiater angestellt wie in Afrika. Eine weitere Schwierigkeit sind fehlende Investitionen in Vorsorge und Behandlung von psychischen, neurologischen und substanzbedingten Störungen, die im Verhältnis zur Häufigkeit der Krankheiten zu gering sind.

Die Initiative „Globale Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit“ („The grand challenges in global mental health“) deckt das gesamte Forschungsfeld der Erkrankungen des zentralen Nervensystems ab und setzt sich mit einer globalen

Herangehensweise von bisherigen Studien ab. Ein von der Initiative ernanntes Delphi-Panel wählte 594 Forscher aus 60 Ländern aus, die in der ersten Runde bereits 1.565 Herausforderungen und Prioritäten für den Forschungsbereich identifizierten. Als spezielle Herausforderungen galten Ursachenerkennung (z.B. Auswirkung von Krieg und Hunger), Vorsorge und vorzeitiges Eingreifen, verbesserte Behandlungsmethoden und Zugang zur Gesundheitsversorgung, Ausbildung von Fachkräften, Transformation des Gesundheitssystems, Bewusstseins sensibilisierung und politische Resonanz.

Zusammengefasst unterstreichen die Ergebnisse der Befragung, einen stetig wachsenden Bedarf an globaler Zusammenarbeit im Bereich der Erforschung, Vorsorge und Behandlung psychischer Störungen. Als besonders wichtig erachten die Befragten, dass viele psychische Störungen schon im frühen Alter auftreten. Die Feststellung von Risikofaktoren ist daher unabdingbar. Die Befragungsbefunde betonen auch, dass psychische Störungen und die damit zusammenhängenden Leiden, eine Belastung über das familiäre Umfeld hinaus darstellt. Betreuung und Behandlung sollten daher dokumentiert werden, damit Kliniken, Stakeholder und Politiker wirksame Betreuungsangebote entwerfen können. [Mehr...](#)

Dr. Pamela Collins (Director, Office for Research on Disparities and Global Mental Health, National Institute of Mental Health, USA) wird an der Working Session "[No Health without Mental Health](#)" am 25.10. teilnehmen.

Ein aktueller Bericht des World Economic Forum und der Harvard School of Public Health (Bloom et al.: [The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases](#). Geneva: World Economic Forum, September 2011) zeigt auf, dass 2002 154 Millionen Menschen unter Depressionen, 25 Millionen unter Schizophrenie und 100 Millionen unter Alkohol- oder Drogenabhängigkeit litten. Jährlich begehen bis zu 900.000 Menschen Selbstmord (Bloom et al. 2011: 9). Die Kosten für psychische Störungen im Jahr 2010 wurden von der Weltgesundheitsorganisation auf 2,5 Billionen US-Dollar geschätzt. Bis 2030 werden diese auf 6 Billionen US-Dollar ansteigen (Bloom et al. 2011: 27).

Lücken in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Jennifer B. Nuzzo & Gigi Kwik Gronvall: [Global Health Security. Closing the Gaps in Responding to Infectious Disease Emergencies](#), *Global Health Governance*, Volume IV, No. 2 (Spring 2011)

Zwar wurde in den letzten Jahren vieles im Bereich der Überwachung der öffentlichen Gesundheit getan, um Krankheitsausbrüche frühzeitig zu entdecken und die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen für Laborarbeiten zu verbessern. Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV) geben Staaten einen Rechtsrahmen vor, wie sie auf internationale Krankheitsbedrohungen reagieren sollen, um die globale Ausweitung von Krankheiten zu vermeiden. Die Länder müssen medizinische und gesundheitliche Kapazitäten aufbauen, um auf Krankheitsausbrüche reagieren zu können. Es gibt aber nach wie vor zwei Lücken, die es zu schließen gilt: zum einen schrecken Staaten zu oft davor zurück, über den Ausbruch von Krankheiten zu berichten. Zum anderen fehlt es bei den Erfassungs- und Beobachtungssystemen an internationalen Standards, um biologische Proben und Muster zu teilen.

Der Ausbruch von Infektionskrankheiten zieht enorme gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Kosten nach sich. Mit ihm verbunden sind massive Umsatzrückgänge im Tourismus und Handel, die Einschränkung von Reisefreiheiten und andere negative wirtschaftliche Effekte. Der E.coli O104 (EHEC) Fall, bei dem deutsche Gesundheitsbehörden zunächst – und wie sich später herausstellte fälschlicherweise – spanische Gurken als Quelle der tödlichen Epidemie vermuteten und Importverbote verhängten, zeigt die negativen Effekte zu schnellen Handelns auf. Als Folge dieser Fehleinschätzung wurden nicht nur Importverbote gegenüber spanischen Herstellern verhängt. Russland und Libanon beispielsweise verhängten Einfuhrverbote von Produkten aus der gesamten EU. Einen Krankheitsausbruch zu melden ist somit eine politisch sensible Entscheidung. Die WHO hat im Falle von Importverboten nur begrenzte Handlungsmöglichkeiten. Für Staaten ist es zudem sehr schwer festzustellen, ob eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite vorliegt und mögliche Risiken eines Nicht-Meldens abzuschätzen. Als in der ärmlichen indischen Region Surat 1994 vermehrt Krankheits- und Todesfälle auftraten, wurde von den indischen Behörden das Auftreten der *Yersinia pestis* (Pest) vermutet, ohne dass bestätigende Laboruntersuchungen vorlagen. Als Folge brach eine Panik aus, 500.000 Menschen flüchteten aus der Region und Indien hatte immense wirtschaftliche Schäden

davongetragen. Im Nachgang beurteilte die WHO das Vorgehen als überzogen und unnötig. Wie auch die SARS-Epidemie bestätigte, sind Maßnahmen wie das Schließen von Flughäfen oder Reiseverbote nicht geeignet, um das Importieren von Krankheiten und Viren zu stoppen. Dennoch führen solche Reaktionen dazu, dass Staaten vor dem Melden von Krankheiten zurückschrecken.

Der Austausch biologischer Proben ist eine technische Voraussetzung, um den Virusverlauf zu untersuchen und medizinische Gegenmaßnahmen zu treffen. Um Grippeimpfstoffe herzustellen, müssen regelmäßig Proben von natürlichen Virusstämmen genommen werden, gegen die der Impfstoff wirken soll. Das Verhalten von Staaten lässt jedoch bislang vermuten, dass sie einen Anspruch auf das Teilen von Proben und Ergebnissen, so zum Beispiel der Zugang zu Impfstoffen, erheben. Selber halten sie aber wichtige Proben vor, wenn sie sich keinen Nutzen davon versprechen. Nach vier Jahren Verhandlungen konnte nun ein internationales Abkommen erzielt werden, welches den Zugang zu Grippeviren reguliert. Für eine faire und gerechte Nutzenaufteilung der genetischen Ressourcen könnte die Einrichtung eines Fonds helfen. Insbesondere die Pharma-Industrie und Wissenschaftler argumentieren, dass es monetäre Anreize benötigt, um in die Überwachung zu investieren. Die Patentierung und Profite aus der Impfung werden dann die Forschung nach neuen Impfstoffen finanzieren.

Die beiden identifizierten Lücken in der globalen Gesundheitssicherheit werden nicht alleine durch die WHO zu lösen sein. Für die Länder, die sich politische Vorteile durch Reiseverbote und Handelsbarrieren verschaffen, muss es politische und wirtschaftliche Konsequenzen, z.B. über die WTO geben. Kurzfristige politische und wirtschaftliche Vorteile sollten nicht auf Kosten der Gesundheitssicherheit gehen. Es gab zwar in der Vergangenheit Bemühungen um internationale Impfstoffvorräte, aber noch ist nicht klar, wie diese im Ernstfall verteilt und genutzt werden sollen. Der Zugang zu diesen Reserven könnte davon abhängig gemacht werden, wie angemessen ein Staat epidemiologische Informationen teilt. Gleichzeitig sollte einem Staat technische Unterstützung und medizinischer Sachverstand zur Verfügung gestellt werden, um Ausbrüche zu lösen und Anreize für frühzeitige Berichterstattung zu geben. [Mehr...](#)

Die Abhängigkeit der Gesundheit vom Klimawandel

Detlev Ganten et al.: [Health co-benefits of policies to tackle climate change](#), *The Lancet*, Vol. 376 No. 9755 pp 1802-1804, 27 November 2010

Andy Haines et al.: [Aligning climate change and public health policies](#), *The Lancet*, Vol. 374 No. 9707, pp 2035 - 2038, 19 December 2009

Im Zuge der internationalen Klimakonferenz 2009 in Kopenhagen wurden die ersten Studien veröffentlicht, die bestimmten Maßnahmen zur Reduzierung der Treibhausgase einen positiven Effekt auf die Gesundheit bestätigten (Haines et al 2009: 2036). Dies steht im Kontrast zu der weit verbreiteten Meinung, dass der Klimawandel hohe Anforderungen an Wirtschaft und Gesellschaft stellt. Die Studien untersuchten, welche positiven Auswirkungen auf die Gesundheit durch ein besseres Klima entstehen. Mit den Ergebnissen sollen Anreize für die Minimierung von Treibhausgasen geschaffen und der Politik Impulse für eine Neuausrichtung in der Umweltpolitik gegeben werden (Ganten et al 2010: 1802f).

Extreme Wetterphänomene wie Hitzewellen, Dürre, Hunger, veränderte Krankheitsbilder oder Wasserverschmutzung verursachen Durchfallerkrankungen, Armut, Migration und Konflikte. Eine europäische Studie dokumentierte die Veränderungen bei tierischen und menschlichen Infektionskrankheiten. Eine Politik zur Verbesserung des Klimas könnte die negativen Folgen für Menschen minimieren. Beispiele für positive Nebeneffekte einer solchen Politik sind verringerte Luftverschmutzung, verbesserte Energiesicherheit oder erhöhte Jobchancen in ländlichen Gebieten. Weitere Studien bestätigen die Befunde und untersuchen inzwischen die komplexen Beziehungen zwischen Klimaschutzpolitik und der menschlichen Gesundheit (Haines et al 2009: 2036f).

Konkrete Maßnahmen wie die Nutzung effizienterer Kochstellen in Indien verringern nicht nur den Ausstoß von CO₂, sondern können ebenso in einer Senkung der Atemwegserkrankung von Kindern und Lungenkrankheiten bei Erwachsenen resultieren. Die Einführung von 150 Millionen Geringemissionsöfen im Zuge eines 10-Jahre-Programmes könnte zwei Millionen pränatale Todesfälle verhindern. Die Reduzierung der Nutzung von alten Kraftfahrzeugen und die Einführung alternativer Fortbewegungsmittel wie Fahrrad fahren oder Laufen in Großstädten könnte die Gefahr von Diabetes, Herzerkrankungen, bestimmter Krebsarten und Depression verringern. Diese auf lange Sicht geringere finanzielle Belastung des staatlichen Gesundheitssystems kann die

Kosten von Maßnahmen für einen Klimawandel minimieren und Anreize schaffen (Ganten et al 2010: 1803).

Die Befunde erzeugen Verhandlungsräume, in denen internationale und nationale Politik verändert werden kann. Hierfür bedarf es der Kooperation der Gesundheits-, Wissenschafts-, Transport-, Landwirtschafts-, Energie- und Industriesektors. Zusätzlich ist eine stärkere Expertise zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels in Forschung und Gesundheitswesen ebenso wie ein Kompetenzaufbau seitens der nationalen Regierungen nötig (Ganten et al 2010: 1803). Forschungseinrichtungen und -netzwerke können durch die Bereitstellung von Informationen zu einem Katalysator der Veränderung werden. [Mehr...](#)

Prof. Sir Andrew Haines (Leiter der London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK), wird an der Paneldiskussion [“Ensuring Public Health in the Times of Climate Change: Mission Impossible?”](#) am 24.10. teilnehmen; sowie zwei Symposien leiten: [„Role of Germany in Global Health”](#) und [“Ensuring the Effectiveness of EU Expenditure on Global Health”](#), beide am 25.10.2011.

Prof. Dr. Detlev Ganten (Vorstandsvorsitzender der Charité - Universitätsmedizin Berlin und Co-Präsident des World Health Summit 2011) wird die [World Health Summit Ceremony](#) am Abend des 23.10. moderieren.

Afrikas Gesundheitsforschung muss ausgebaut werden

Raymond De Vré, Emiliano Verde, Jorge Santos da Silva: [Closing the R&D gap in African health care](#), *McKinsey Quarterly*, June 2010

Der Gesundheitszustand der afrikanischen Bevölkerung ist signifikant schlechter als der in anderen Entwicklungsländern. Neben fehlendem Zugang zum Gesundheitswesen ist dies besonders in ungenügender Forschung und Entwicklung zur Bekämpfung unmittelbarer Gesundheitsprobleme begründet. Ein System zur nachhaltigen Förderung afrikanischer Forschung und Entwicklung könnte Kooperation, Wissenstransfer und Kapazitätenaufbau daher nachhaltig stärken.

Ein Vergleich von BIP und Lebenserwartung veranschaulicht die Problematik. Während das BIP in Afrika in den letzten Jahren massiv anstieg, verlängerte sich die Lebenserwartung kaum merkbar. Asiatische Staaten mit einer vergleichbaren Steigerung des BIP können hingegen mit einer fünf- bis zehnfach höheren Steigerung der Lebenserwartung aufwarten. Gründe hierfür sind teilweise fehlende Diagnosemöglichkeiten und die Ineffektivität von Pharmazeutika durch Resistenzen. Obwohl die in Afrika auftretenden Krankheiten 10% der globalen Gesundheitsprobleme ausmachen, dienen nur 1% der in den letzten 30 Jahren entwickelten Medikamente zu ihrer Bekämpfung. Diese Krankheiten können massive wirtschaftliche Einbußen auslösen, werden aber aufgrund ihres regionalen Charakters von der internationalen Forschungsgemeinschaft vernachlässigt.

Die große Mehrheit von Forschungsvorhaben zur Bekämpfung afrikanischer Gesundheitsprobleme kommt aus westlichen Staaten. Afrikanische Forscher kooperieren primär mit westlichen Einrichtungen, da diese größere Forschungsmittel zur Verfügung haben. Mögliche Synergieeffekte durch afrikanische Kooperationen werden dadurch nicht genutzt. Zum Vergleich: Andere Entwicklungsländer produzieren acht Mal mehr Forschungspublikationen als die Länder auf dem afrikanischen Kontinent. Obwohl effiziente Strukturen bereits vorhanden sind, sind Einrichtungen und Forscher von stärkerer lokaler Unterstützung abhängig. Nur 10% der Forschungsmittel werden bislang lokal aufgebracht. Denn solange Regierungen, private Investoren sowie die Forschungsgemeinschaft kein Gegengewicht zur externen Förderung durch westliche Staaten schaffen, werden afrikanische Staaten eine chronische Unterfinanzierung in der Forschung und Entwicklung beibehalten.

Die Afrikanische Union hat sich das Ziel gesetzt, bis 2015 2% der Ausgaben im Gesundheitssystem in Forschung zu investieren. Einzelne Staaten erhöhen ihre Forschungs- und Entwicklungsausgaben bereits massiv. So hat sich in den letzten fünf Jahren ein Trend etabliert, der auf die vermehrte Erforschung afrikanischer Krankheiten durch afrikanische Einrichtungen hindeutet.

Ein zusätzliches Hindernis ist die Unterrepräsentanz afrikanischer Vertreter in internationalen Gesundheitsorganisationen. Eine Einflussnahme könnte jedoch helfen, um Problematiken vor Ort zu lösen. Es müssten zudem lokale Kooperationen entwickelt werden, welche mit einer nachhaltigen Förderung nicht nur einzelne Gesundheitsrisiken bekämpfen, sondern ein öffentliches Gesundheitssystem aufbauen könnten. Um diese

Ziele zu erreichen, sollten Synergieeffekte genutzt, die Langzeitfinanzierung von Forschungsprojekten sichergestellt und zusätzliche Mittel zur Modernisierung von Einrichtungen und Ausstattung verfügbar gemacht werden. Um die Produktionsprozesse zu verkürzen, sollte Technologie bereitgestellt und afrikanische Stakeholder stärker einbezogen werden. Doch auch hierfür bedarf es weiterhin der gezielten Unterstützung durch die internationale Gesellschaft. [Mehr...](#)

Neue Formen der Zusammenarbeit in der Arzneimittelentwicklung

Günter Stock: [Innovation durch Kooperation](#). *MaxPlanckForschung* - Spezial „Gesundheit“ 2011

Die deutsche Forschungslandschaft wird neben Initiativen der Bundesregierung, wie die Pharma-Initiative für Deutschland oder Spitzencluster-Wettbewerbe, auch vermehrt durch private Geldgeber unterstützt. Der enorme Druck der Kapitalmärkte führt jedoch dazu, dass die Industrie sich den Therapiefeldern mit hohen Erfolgchancen widmet, und akademische Forschungseinrichtungen eigene Institute zur Wirkstofffindung aufbauen. Die Pharma-Unternehmen müssen sich auf den Kapitalmärkten daran messen, wie viele pharmazeutische Produkte es tatsächlich von vorklinischen Studien zur Markteinführung geschafft haben. In der Medikamentenentwicklung steht oftmals der finanzielle Erfolg vor der wissenschaftlichen Erkenntnis. Die akademische Forschung und pharmazeutische Industrie müssen daher künftig stärker kooperieren, um neue Medikamente und Therapieformen zu erforschen und auf den Markt zu bringen.

Die hohe Erwartungshaltung an die Arzneimittelentwicklung hat dazu geführt, dass von vielen Seiten eine Innovationslücke wahrgenommen wird. Dabei belegen die Fakten deutlich, dass die Zahl der pharmazeutischen Durchbrüche jährlich konstant bleibt. Um die Erwartungshaltung zu dämpfen, dürfen keine „falschen“ Versprechungen gemacht werden und die Komplexität der Arzneimittelforschung und -entwicklung müssen verdeutlicht werden. Schließlich dürfte es aufgrund gesteigerter Sicherheitsvorschriften und des bereits heute hohen pharmazeutischen Standards in Zukunft immer schwieriger werden, neue Medikamente zu entwickeln. Es gibt aber auch Bereiche, in denen wissenschaftliche Erfolge nachzuweisen sind, so wie in der Medikamentenentwicklung für seltene Erkrankungen – so genannten Orphan Drugs. Auch die neuesten Entwicklungen in der personalisierten und individualisierten Medizin erlauben eine zielgerichtete Behandlung der Patienten.

Ein weiterer Trend in der Medikamentenforschung ist die Konzentration auf wenige Krankheitsgebiete, wie die Krebsforschung oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dies ist aufgrund des hohen Leidendrucks der Patienten zwar richtig, aber nur jedes zehnte Produkt erreicht in diesem Forschungsfeld die Marktreife.

Die hohe Komplexität der Arzneimittelentwicklung und die damit verbundenen Kosten werden zu einem erhöhten Maß an Kooperationen zwischen akademischen Forschungsinstituten und der Pharmaindustrie sowie der stärkeren Zusammenarbeit zwischen Pharmaunternehmen untereinander führen. Um Innovationen auch zukünftig voranzutreiben, bedarf es Kooperationen unterschiedlicher Ausprägung.

Das Kooperationsmodell Public-Private Partnerships kann erfolgreich sein, wenn die akademischen Forscher die Kompetenz der Pharmaindustrie als wissenschaftliche Leistung anerkennt und auf eigene kostenintensive Screening-Verfahren zur Wirkstofftestung verzichtet. Statt sich auf eine selbständige Entwicklung von Wirkstoffen zu konzentrieren, sollten akademische und industrielle Forschungslaboratorien neue Formen der Zusammenarbeit aufbauen. Diese sollten sich dabei nicht nur auf die frühen Entwicklungsstadien beschränken, sondern auf den gesamten Bereich der Wirkstofffindung ausdehnen. Pharmaunternehmen prüfen, ihre Substanzbibliotheken mit Forschungseinrichtungen oder in sogenannten Private-Private Partnerships mit Unternehmen zu teilen – zumindest partiell. Ein Beispiel hierfür ist die Kooperation von Boehringer Ingelheim und Eli Lilly auf dem Gebiet der Diabetesforschung. [Mehr...](#)