

WIN-WIN ODER WIN-LOSE?

Dokumentation der Fachtagung „Öffentlich-Private Partnerschaften in der Globalen Gesundheit“



Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

In der globalisierten Welt sind die wesentlichen Einflussfaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen nicht mehr allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar: die ständig wachsende Ungleichheit von Einkommen und Vermögen, der Klimawandel, die Liberalisierung der Finanz- und Warenströme, das Wirken transnationaler Konzerne, der Umgang mit den natürlichen Ressourcen. All das hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen und macht globales Handeln unumgänglich.

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (DPGG), in der Gewerkschaften, Sozial- bzw. Wohlfahrtsverbände, entwicklungs- wie migrationspolitische Organisationen, Wissenschaft sowie soziale Projekte und Bewegungen mitwirken, versteht sich als übergreifende Initiative mit dem Ziel, die sozialen und politischen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitsdebatten zu rücken.

Die DPGG möchte

- den Zusammenhang zwischen globalen und lokalen Einflussfaktoren von Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein bringen
- die Zusammenarbeit nationaler und internationaler Initiativen stärken
- dazu beitragen, die Trennung zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

Impressum

Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

Kontakt: medico international

Redaktion: Mareike Haase, Anne Jung, Andreas Wulf

Fotos: J. Schaaber

Für alle Beiträge gilt das gesprochene Wort.

medico international, Lindleystr. 15, 60314 Frankfurt, Tel. 069 94438-0

www.plattformglobalegesundheit.de

Programm

Begrüßung:

Robert Spiller, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) und
Deutsche Plattform Globale Gesundheit (DPGG)

Keynote:

Die Rolle von privaten Akteuren in Globaler Gesundheit

Prof. Dr. Anna Holzscheiter, Wissenschaftszentrum Berlin,
Leiterin der Forschungsgruppe Governance for Global Health

Kommentar:

Mareike Haase, Brot für die Welt und DPGG

Moderiertes Gespräch:

Chancen und Risiken der Kooperation mit privaten Akteuren im Rahmen der deutschen gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit

Ilse Hahn, Referatsleiterin Gesundheit, Bevölkerungspolitik, Soziale Sicherung,
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Kathrin Hartmann, freie Journalistin und Autorin

Dr. Christoph Benn, Joep Lange Institut, Amsterdam,
Director for Global Health Diplomacy, ehemalig Globaler Fond zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Moderation:

Christiane Grefe, Die Zeit, Journalistin

Podiumsdiskussion:

Partnerschaften mit privaten Akteuren: Nutzen für die globale Gesundheit oder Risiko für die Demokratie?

Heike Baehrens, MdB SPD, Vorsitzende des Unterausschuss Globale Gesundheit

Dr. Georg Kippels, MdB CDU, Mitglied im Ausschuss Gesundheit und AWZ

Ottmar von Holtz, MdB Bündnis 90/ die Grünen, Mitglied im Unterausschuss Globale Gesundheit

Dr. Achim Kessler, MdB Die Linke, Mitglied im Ausschuss Gesundheit

Moderation:

Christiane Grefe, Die Zeit, Journalistin

Abschluss:

Anne Jung, medico international und DPGG

Begrüßung

Robert Spiller



Robert Spiller

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

sehr gerne möchte ich Sie auf der heutigen Konferenz der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit (DPGG) mit dem Titel „Win-Win oder Win-Lose? Öffentlich-Private Partnerschaften in der globalen Gesundheit“ willkommen heißen. Ich freue mich, Sie als Mitglied der DPGG und in meiner beruflichen Funktion als Referatsleiter Gesundheitspolitik des Deutschen Gewerkschaftsbundes in die Veranstaltung einzuführen.

Gewerkschaften und globale Gesundheitspolitik, das mag für den einen oder anderen auf den ersten Blick nicht so recht zusammenpassen. Lassen Sie mich deshalb kurz erläutern, wie es dazu kommt, dass sich auch der DGB in der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit engagiert: Das klassische gewerkschaftliche Betätigungsfeld ist üblicherweise ja etwas anders gelagert. Dieser Tage waren es die Streiks bei der Lufthansa, die Gewerkschaften in die Medien brachten. Aber natürlich begrenzt sich das gewerkschaftliche Ziel der Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht nur auf die Frage von Tarifverhandlungen. Grundsätzlich ausschlaggebend ist für uns das breit gefasste Ziel, gegen soziale Ungleichheit in ihren verschiedensten Ausprägungen vorzugehen. Dazu gehört eben auch ein ureigenes Interesse der Be-

schäftigten, ihrer Angehörigen in allen Gesellschaften ihre individuelle Gesundheit und deren kollektiven Bedingungen zu verbessern. Das gilt natürlich für die Länder des globalen Südens, in denen die Voraussetzung einer wirksamen, umfassend zugänglichen sozialen Absicherung nicht oder nur begrenzt gegeben sind und wo der individuelle Zugang zu Gesundheitsversorgung oftmals abhängig von Einkommen und Vermögen, von sozialem Status, informellen Netzwerken und politischen Rahmenbedingungen ist.

Es gilt ebenso für den globalen Norden und seine Wohlfahrtsstaaten und Industrienationen: auch dort, wo eine umfassende und kostenfreie Gesundheitsversorgung rechtlich verankert ist, weicht die Realität oft genug vom Ideal ab. Die öffentliche und umfassende Gesundheitsversorgung unterliegt, aller sozialstaatlichen Fundamentierung zum Trotz, auch bei uns einem Gerechtigkeitsdefizit. Wenn Sie heute zur jungen, kosmopolitischen und digitalaffinen Generation gehören, werden sie sich vielleicht über Novellen wie das Digitale Versorgungs-Gesetz freuen, denn dann werden sie künftig Gesundheitsanwendungen per App auf dem Smartphone beziehen und anwenden können. Vermutlich hilft ihnen das aber nicht viel, wenn sie als entsandte Zeitarbeitskraft im Schlachtbetrieb Tönnies beschäftigt sind, wo ihr Lohnniveau knapp über der gesetzlich definierten Grenze liegt.

Wenn Sie dann neuen Zahnersatz benötigen, wenn ihre Brille kaputt ist oder sie einen Bandscheibenvorfall durch die schwere körperliche Arbeit erleiden – werden sie vermutlich andere Fragen umtreiben. Die privaten Ausgaben für Dienstleistungen, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmitteln beliefen sich in Deutschland 2017 auf beachtliche 47,10 Milliarden Euro. Damit sind Gesundheitschancen auch im reichen Deutschland höchst ungleich verteilt! Ich rede an dieser Stelle aber nicht nur über private Mehrkosten, sondern auch über Organisationsfragen von Gesundheitssystemen, die mit sozialer Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit zusammenhängen.

Dies beschreibt zugleich einen damit verbundenen Trend, der uns als Gewerkschaften in den letzten Jahren zunehmende Sorgen bereitet, der grenzüberschreitenden Prä-

senz von institutionellen Finanzinvestoren mit dem Ziel der Renditemaximierung im Kontext des Betriebs von Versorgungseinrichtungen wie Pflegeheimen, Zahnarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren.

Die Ansätze, der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit und Krankheit im globalen Süden wie auch im Norden zu begegnen, sind vielfältig. Das gewerkschaftliche Handlungsfeld ist immer das unmittelbare Engagement vor Ort und in den Betrieben, aber natürlich auch die Gestaltung der ausschlaggebenden politischen Rahmenbedingungen – über nationale Gesetzgebungsverfahren, aber auch durch global agierende Organisationen wie die ILO. Ebenso entscheidend sind aber zweifelsohne Entwicklungsprojekte und die Finanzierung globaler Gesundheitsprogramme und mit eben diesen globalen Gesundheitsprogrammen bzw. deren Operationalisierung, werden wir uns heute näher auseinandersetzen.

Mit dem kontinuierlichen politischen und öffentlichen Bedeutungszuwachs von Global Health und zuletzt auch dem Aufstellen der globaler Gesundheitsstrategie der Bundesregierung rückt die Frage in den Vordergrund, welche Rolle private, öffentliche und nicht- gewinnorientierte Akteure in diesem Kontext spielen können und sollen. Mit welchem Verständnis von globaler Gesundheit überhaupt geplant und agiert wird und welche Ziele und Interessen stehen hinter diesen Vorhaben?

Eine Frage stellt hierbei den verbindenden Rahmen: wem wollen wir die Suche nach einer Antwort nach mehr sozialer Gerechtigkeit in Zielsetzung einer globalen Gesundheitsstrategie überlassen?

ich wünsche Ihnen und uns eine gelingende und spannende Konferenz und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Private Akteure in der globalen Gesundheitspolitik

Prof. Dr. Anna Holzscheiter



Prof. Dr. Anna Holzscheiter

Einleitung

Dass private Akteure – allen voran Unternehmen und unternehmensnahe Stiftungen – mehr Einfluss auf die globale Gesundheitspolitik haben als jemals zuvor, ist keine These mehr, sondern eine Tatsache. Lange Zeit hat sich die Wissenschaft mit der stetigen Privatisierung der internationalen Politik – und damit auch der internationalen Gesundheitspolitik – befasst, und danach gefragt, welche Autorität und Legitimität for-profit und not-for-profit Akteure vis-à-vis staatlichen und zwischenstaatlichen Institutionen genießen. Heute kann man sagen: die globale Gesundheitspolitik ist ohne die materiellen und immateriellen Ressourcen, die private Akteure bereitstellen weder denkbar noch möglich: Geld, Sachspenden, Netzwerke, verbilligte Medikamente, Wissen, Legitimität, Personal, logistische Systeme, Daten und vieles mehr stellen private Akteure internationalen Organisationen und nationalen Regierungen in solchem Umfang zur Verfügung, dass eine rein staatlich finanzierte und von Bürokratinnen geplante Gesundheitspolitik gar nicht mehr vorstellbar ist.

Die globale Gesundheitspolitik hat sich in den vergan-

genen drei Jahrzehnten in einem beispiellosen Ausmaß gewandelt – weg von einer zwischenstaatlichen Gesundheitsdiplomatie, die sich auf einige wenige Tätigkeitsbereiche beschränkte, und vorrangig der Eindämmung grenzüberschreitender Infektionskrankheiten, der verbesserten Kommunikation zwischen Ländern, dem Austausch und der wissenschaftlichen Validierung von Informationen diente. Heute wird einem alleine schon beim Durchforsten des A bis Z der Tätigkeiten der WHO schwindelig – Ageing, Klimawandel, eHealth, Gender, mentale Gesundheit, Gesundheit in Gefängnissen – die Bandbreite der Themen und Probleme, die in den Bereich globale Gesundheit fallen ist immens – und ohne private Akteure wäre es überhaupt nicht denkbar, Dienstleistungen und Expertise bereitzustellen.

Gerade deshalb ist es jedoch umso notwendiger, andere Fragen zu stellen, als die ob private Akteure die globale Gesundheitspolitik beeinflussen. Ich möchte ein Ereignis des letzten Jahres zum Anlass nehmen, an dem ich selbst teilgenommen habe, um anhand dieses Beispiels zu zeigen, welche Fragen wir stellen sollten. Im Oktober 2018 hatte ich, vermutlich über das Netzwerk Women in Global Health, dem ich angehöre, eine Anfrage erhalten, ob ich auf dem Opening Plenary des ‚Grand Challenges Annual Meeting‘ (einem Satellitenevent des World Health Summit) einen Input geben würde. Nachdem ich sah, wer die anderen Panellists waren, habe ich sofort zugesagt: Jeremy Farrar, Direktor des Wellcome Trust, Chris Elias, Präsident der Global Development Abteilung der Gates Stiftung, Ilona Kickbusch (Leiterin des Center for Global Health in Genf) und Matshidiso Rebecca Moeti, Direktorin des WHO-Regionalbüros in Afrika. Am Morgen des Ereignisses, stand ich dann recht verschlafen um 7.30 Uhr in der noch leeren Assembly Hall des Estrel Hotels, und da erst ist mir die Tragweite und Größe der Veranstaltung bewusst geworden. Ich hatte, um ehrlich zu sein, keine Ahnung was auf mich zukommt. Kurze Zeit später, nach unserem Briefing, begann die Veranstaltung, und ich hatte das Gefühl, eher bei einer Oprah Winfrey Show oder bei der Grammy-Verleihung aufzutreten, als bei ei-

nem Ereignis, das dem wissenschaftlichen Austausch über globale Gesundheitspolitik dienen sollte.

Warum erzähle ich all das? Ich erzähle es, weil es mir deutlicher als jemals zuvor vor Augen geführt hat, mit welcher Wucht einzelne private Stiftungen nicht nur politische Prioritäten in der globalen Gesundheitspolitik maßgeblich prägen, sondern momentan auch von Deutschland als neuem Hoffnungsträger in diesem Politikfeld wie ein Magnet angezogen werden. Die Bildungsministerin Anja Karliczek sprach dann auch in ihrer Eröffnungsrede von einem sehr freundschaftlichen Verhältnis zwischen der Bundesregierung und den beiden großen Stiftungen, die die Veranstaltung ausrichteten. Das Event hat mir auch verdeutlicht, wie stark diese Akteure nicht nur durch die finanziellen Anreize, die sie bieten, Macht ausüben, sondern auch mit den ‚frames‘, Diskursen und Strategien durch die sie die Konturen der globalen Gesundheitspolitik definieren. Und durch ihren Einfluss darauf, welche anderen privaten und öffentlichen Akteure legitime ‚player‘ in der globalen Gesundheitspolitik sind und sein dürfen. Es sind also die folgenden Fragen, die sich mir nach dem ‚Event‘ noch mehr aufgedrängt haben, als vorher:

1. *Welchen Einfluss haben private Stiftungen wie Wellcome und Gates auf die Gleichförmigkeit der globalen Gesundheitspolitik im Hinblick auf politische Ziele, Rhetorik, Legitimitäts- und Autoritätsstandards? Wie wirken sich diese Machtzentren auf andere nichtstaatliche Organisationen und Netzwerke aus?*

2. *Welche Gefahren birgt die zunehmende Machtkonzentration im Bereich der globalen Gesundheit, die auch die Zukunft prägen wird? Welche Handlungsempfehlungen leiten sich aus meiner Diagnose für die deutsche globale Gesundheitspolitik ab?*

Zu meiner ersten Frage:

1.) *Welchen Einfluss haben private Stiftungen wie Wellcome und Gates nicht nur auf die Finanzierung von globaler Gesundheitspolitik sondern auch auf deren politische Ziele, Rhetorik, Legitimitäts- und Autoritätsstandards in diesem Bereich? Wie wirken sich diese Machtzentren auf andere nichtstaatliche Organisationen und Netzwerke aus?*

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Arbeiten, die den Einfluss privater Akteure auf die globale Gesundheitspolitik systematisch untersucht haben – tatsächlich ist die Forschung zu philanthropischen Stiftungen und ‚Philanthrokapitalismus‘ in der globalen Gesundheitspolitik noch sehr jung. – Sicherlich auch eine Nebenwirkung

der fehlenden sozial- und politikwissenschaftlichen Forschung in diesem Politikfeld. Die vermehrte wissenschaftliche Aufmerksamkeit für einzelne Stiftungen, die eine nie dagewesene Macht auf globaler Ebene ausüben, hat auch mit dem rasanten Aufstieg dieser Stiftungen zu tun – Macht, Analyse und Kritik der Macht bedingen sich also gegenseitig. Die moderat kritischen Arbeiten von Jeremy Youde oder Simon Rushton weisen dabei auf die herausragende – hegemoniale – Position einzelner privater, insbesondere philanthropischer, Akteure auf Agenda-Setting, Zielsetzung, und -Politikgestaltung hin. Die mehr kritischen Arbeiten docken an den Begriff des Philantropkapitalismus an, verstanden als die Verknüpfung von Wohltätigkeit und kapitalistischen, marktwirtschaftlichen und neoliberalen Werten und Organisationsformen. Sie entkräften unter anderem das Argument, es handle sich bei den Aktivitäten der Stiftungen ja „nur“ um reine Finanzierung. Vielmehr gibt es inzwischen eine Reihe beeindruckender Analysen davon, wie philanthropische Stiftungen im Zentrum riesiger Netzwerke stehen und damit über ihre Funktion als ‚partnership broker‘ maßgeblich Politik ausgestalten, Agenden setzen und ‚Governance-Clubs‘ schaffen können. Zugleich bauen sie über eine Vielzahl von Mechanismen und Strategien – z.B. das Seed-funding oder auch Schulungsprogramme für Medienschaffende – ihre zentrale Stellung immer mehr aus und hegen die mögliche Kritik an ihrer ‚Macht‘ ein [darauf komme ich gleich nochmal zu sprechen].

Die globale Gesundheitspolitik hat sich durch die stetig wachsende Zahl privater Akteure also zunächst in ihrer Organisationsform grundlegend verändert (weg von einem interventionistischen Bild vom Staat und staatlicher Kontrolle hin zu public-private Partnerships, Multi-Stakeholder Initiativen, Alliances). Der Begriff der Regierung („government“) in der Sozialpolitik ist abgelöst worden vom Begriff der governance, der nicht nur bewusst unscharf ist sondern auch durchdrungen ist von neoliberalen Werten. Zugleich spiegelt sich die Privatisierung der globalen Gesundheitspolitik aber auch in einer verstörenden Gleichförmigkeit von Rhetorik (das Mantra des „win-win“ zeugt davon), Bewertungsmaßstäben und engen politischen Präferenzen für technologische Lösungen wider. Wie wirkt sich diese ‚Club-Governance‘ nun auf die unzähligen anderen nichtstaatliche Akteure in der globalen Gesundheitspolitik aus? Ich möchte behaupten, dass gemeinnützige Stiftungen in besonderem Maße davon profitieren, wenn sie mit dem Label ‚nichtstaatlicher Akteur‘ versehen werden. Anders als die typischen NGOs sind sie oft in nur sehr geringem Maße an formale Rechenschaftsmechanismen gebunden – insbesondere dann, wenn sie von Einzelpersonen gelenkt werden. Stiftungen unterliegen in diesem Sinne keinem Rechtfertigungsdruck für ihre Handeln – sie müssen weder ihren Wählerinnen, ihren

Mitgliedern oder ihren Konsument*innen Rechenschaft ablegen. Mit dem fehlenden System von Checks und Balances einher geht ihre Möglichkeit, schnell und unbürokratisch auf Probleme reagieren zu können. Stiftungen mit anderen ‚nichtstaatlichen not-for-profit Akteuren‘ in einen Topf zu werfen, hat auch noch einen zweiten Vorteil für diese – ihre Aktivitäten und Ziele werden im Sinne des öffentlichen Interesses und der Gemeinnützigkeit interpretiert. Schließlich genießen Stiftungen durch ihre wohlthätige Grundausrichtung und ihre oft beeindruckenden Netzwerke in Politik und Gesellschaft einen privilegierten Zugang zu Regierungen und Unternehmen – sie werden nicht als Lobbyisten verstanden und klassifiziert und können dadurch ungebremsst und unkonventionell Politik beeinflussen.

Ich denke, wir sind uns alle einig darüber, dass gerade in der globalen Gesundheitspolitik, die Verflechtungen zwischen den großen privaten Stiftungen Gates, Wellcome Trust, Open Society Foundation und anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren, den Medien und der Wissenschaft so dicht geworden sind, dass man von einem unsichtbaren Netz von Abhängigkeiten und Dominanz sprechen kann. In ‚meinem‘ Bereich muss man nur einmal einen Blick in das Web of Science – die wichtigste Datenbank für wissenschaftliche Aufsätze – werfen und im Bereich ‚globale Gesundheit‘ nach ‚funding institutions‘ filtern – und sofort wird einem die herausragende Position des Wellcome Trust und der Gates Foundation in der Forschungsförderung bewusst. Neben dem US Department of Health and Human Services und den National Institutes of Health der USA, sind Wellcome und Gates die am häufigsten genannten Förderinstitutionen.

Eine erhöhte Sensibilität für diese unsichtbaren Fäden, die sich durch Wissenschaft, Medien, Wirtschaft und Politik ziehen, ist in meinen Augen unbedingt notwendig. Diese Sensibilität muss sich auch auf unterschiedliche Begrifflichkeiten und Vokabularen richten, die die globale Gesundheitspolitik von heute maßgeblich prägen und die wir inzwischen selbstverständlich verwenden: Komplexität und Effektivität. In unserem Forschungsprojekt zum Wandel der globalen Gesundheitspolitik haben wir untersucht, inwiefern die Beschreibung des Politikfeldes als ‚komplex‘ entscheidend zu einer Öffnung internationaler Gesundheitsorganisationen und nationaler politischer Systeme für private Akteure führte. Komplexität ist also nicht nur eine Tatsache, sondern wird auch als rhetorische Strategie eingesetzt, um den Einfluss privater, insbesondere unternehmerischer, Akteure zu legitimieren, ihnen Zugang zu verschaffen und Autorität zu übertragen.

Das führt mich zu meiner zweiten Frage:

2.) Welche Gefahren birgt diese Machtkonzentration in der globalen Gesundheitspolitik für nachhaltige Finanzierung, Demokratisierung und Pluralisierung der globalen Gesundheitspolitik?

Ich selbst habe mich mit der Gestaltungsmacht privater, unternehmensnaher Stiftungen mit Blick auf zwei spezifische ‚Probleme‘ der globalen Gesundheitspolitik beschäftigt: der Polio Ausrottung, als einem schon etwas in die Jahre gekommenen Gesundheitsproblem, und dem Thema ‚data sharing‘ in der globalen Gesundheitspolitik, einem eher neuen Thema. Aufbauend auf meinen Forschungserkenntnissen möchte ich hier kurz drei Gefahren ansprechen.

1. Die Gefahr der Entpolitisierung von globaler Gesundheitspolitik

Kein Slogan wirkt so entpolitisierend wie die in der globalen Gesundheitspolitik allgegenwärtige Behauptung, man habe [2, 5, 300.000, 1 Million] Leben gerettet. Es ist ein besonderes Verständnis von Effektivität, das sich dahinter verbirgt, gerade dann, wenn das Menschenleben retten mit dem Begriff der Kosteneffizienz in Verbindung gebracht wird. Je mehr Leben und je kosteneffizienter, desto besser. In Frage stellen darf man die Handlungen dann nicht mehr, denn dann würde man ja den geretteten Menschen ihr Leben absprechen. Ent-politisierend wird dieser Slogan auch deshalb, weil man nicht mehr die Frage danach stellen darf, wessen Leben mehr Wert ist – in der Annahme, dass nicht alle Menschenleben gerettet, verlängert, verbessert werden können. Auf einer Veranstaltung von End Polio Now habe ich unlängst die äußerst provokante Frage gestellt, ob es vertretbar sei, am Ziel der Polio Ausrottung festzuhalten. Dies angesichts des Umstands, dass in diesem Fall ‚burden of disease‘ und aufgewendete Mittel in einem geradezu grotesken Verhältnis stehen. Mein Versuch, den Prozess der politischen Entscheidungsfindung innerhalb der Global Polio Eradication Initiative nachzuvollziehen, ist kläglich gescheitert. Es dringt so gut wie nichts an die Öffentlichkeit, wenn es darum geht, dass politische Präferenzen zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteure möglicherweise divergieren – und überhaupt kann man aufgrund mangelnder Transparenz die ‚politics of partnerships‘ als Untersuchungsgegenstand praktisch vergessen. Wer, wie und warum entscheidet, welche Leben gerettet oder verlängert werden sollen – darüber erfahren wir selten etwas in den Analysen der globalen Gesundheitspolitik. Auch deshalb, weil die Foren, in denen ‚Deals‘ ausgehandelt werden, für diejenigen, die den Politikgestaltungsprozess beobachten wollen, verschlossen sind (Beispiel Davos, Weltwirtschaftsforum, Parties, Bar).

Diese Entpolitisierung drückt sich auch aus im Vokabular des Ökosystems, das mittlerweile die Kuschelrhetorik von win-win und PPP ersetzt hat. Der Bällchen-Film beim Launch des Global Health Hub Germany hat dem Ganzen das Sahnehäubchen aufgesetzt. Für eine Politikwissenschaftlerin sind sowohl diese Vokabeln als auch diese Formen der Inszenierung globaler Gesundheitspolitik GERADE ein Zeichen dafür, dass hier etwas im Argen liegt. Die forcierte Harmonie, die hier zur Schau getragen wird, löst die Verdachtsmomente doch erst aus. Mittlerweile haben auch die Berliner Universitäten den Begriff der ‚Grand Challenges‘ in ihre Vokabular aufgenommen – im Kontext der neu geschaffenen Berlin University Alliance – einem Joint Venture der Berliner Universitäten. Natürlich ist das hier vielleicht nur Koinzidenz, möglicherweise aber auch Korrelation oder besteht gar ein kausaler Zusammenhang zwischen der neuen Rhetorik öffentlicher Bildungs- und Forschungsinstitutionen und ihrer immer intensiveren Zusammenarbeit mit ausländischen nicht-staatlichen Förderinstitutionen?

2. Die Gefahr der Selbstzensur:

Nach dem Grand Challenges Event habe ich einige Kolleg*innen gesprochen, die während der Abendveranstaltung u.a. mit Bill Gates im Publikum saßen und auch sitzen geblieben sind, während ca. 1000 andere Personen den einflussreichsten Stifter der Welt mit standing ovations begrüßt, ja gar gehuldet haben. Die Personen, mit denen ich gesprochen hatten, haben dies als einen Akt der Rebellion empfunden, und sich dabei wohl ungefähr so gefühlt, wie jemand, der beim gemeinsamen Gebet in der Kirche oder Moschee nicht auf die Knie fällt. Ich will damit nicht sagen, dass solche Formen der Würdigung der Leistung einzelner Menschen nicht akzeptabel sind – auch in der Wissenschaft werden immer wieder Forscherinnen für ihr Lebenswerk ausgezeichnet und bejubelt. Aber es passiert sicherlich nie, dass unter den hundertten von Menschen, die dann aufstehen, um ihre Anerkennung zu zeigen, mehrheitlich solche sind, deren Schaffen gar nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich wäre, ohne die finanzielle Unterstützung der Ehrenperson.

Vor zwei Jahren habe ich gemeinsam mit einem Kollegen aus der Abteilung für Epidemiologie der Universität Pittsburgh ein kleineres Forschungsprojekt zur Regulierung von ‚Datenaustausch‘ in der globalen Gesundheitspolitik durchgeführt – ein schwach regulierter Bereich internationaler Politik, in dem, wenig erstaunlich, Förderinstitutionen wie Gates und Wellcome das Regel-Vakuum mit privaten Standards schließen wollen. Ihre aggressive Politik von ‚open access‘ und data sharing haben sie ja unlängst auch durch ihre Unterstützung von Plan-S der EU noch-

mals verdeutlicht. Als es darum ging, die Forschungsergebnisse für eine Publikation aufzubereiten, wollte ich gerne einen Abschnitt zur Dominanz der zwei großen Stiftungen im Gesundheitsbereich im Feld des data sharing schreiben. Mein Kollege erblasste bei der Vorstellung – er könne niemals etwas Kompromittierendes über die Gates Stiftung schreiben, da seine Forschung zu Polio Modeling von deren Finanzierung abhängig sei. Es sind diese Eindrücke, die mich immer wieder daran erinnern, was es bedeutet, in einem Forschungskontext tätig zu sein, in dem immer noch in großem Umfang öffentliche Forschungsgelder zirkulieren – die unabhängige, und damit auch manchmal fundiert kritische Forschung möglich machen.

3. Die Gefahr der Verwässerung des Begriffs ‚nicht-staatliche Akteure‘

Momentan können wir beobachten, dass der Begriff des ‚nichtstaatlichen Akteurs‘ zu einem Streitgegenstand geworden ist – besonders deutlich wird das im Kontext des FENSA-Abkommens der Weltgesundheitsorganisation. Damit einher geht die Beobachtung, dass der Begriff mittlerweile fast unbrauchbar geworden ist, weil er Individuen, Organisationen und Netzwerke mit sehr unterschiedlichen Ressourcen, Zielen und Organisationsformen vereinheitlicht. Gerade von Akteuren, bei denen unklar ist, wie stark ihre Orientierung am Gemeinwohl und ihr Interesse an der Bereitstellung öffentlicher Güter ist, wird der Begriff auch absorbiert. Melissa Durkee hat das wunderbare Wort ‚astroturf activism‘ geprägt, das die Gefahr auf den Punkt bringt: Unternehmen oder unternehmensnahe Stiftungen, die Bürgerbewegungen und Graswurzel-Organisationen imitieren um damit Zugang zu internationalen Organisationen und politischen Systemen zu bekommen. Zugang, der ihnen als reine Lobbyorganisationen verwehrt bliebe.

Der Begriff nicht-staatlicher oder not-for-profit Akteure ist also, wie vorhin bereits erwähnt, für private Stiftungen vorteilhaft, während er für andere nichtstaatliche Akteure eine Gefahr darstellt. Vor einigen Monaten habe ich hier im Kontext einer DGVN-Veranstaltung zur ‚Krise des Multilateralismus‘ gesprochen. Während dieser Veranstaltung fiel auffällig oft das Wort ‚shrinking space‘, wenn es um die Beteiligungschancen nichtstaatlicher Akteure in internationalen Organisationen ging. Für mich erstaunlich war, dass dieser ‚shrinking space‘ ausnahmslos mit der Zunahme an autoritären oder populistischen Regimen in Verbindung gebracht wurde – nicht aber mit der Tatsache, dass die klassischen advocacy-Organisationen, die eine breite Mitglieder- oder Spenderbasis haben, immer mehr ins Abseits geraten gegenüber großen Stiftungen und an-

deren unternehmerischen Akteuren. Es ist doch absurd: auf der einen Seite haben wir Gerichtsurteile, die NGOs ihre Gemeinnützigkeit aberkennen, wie das des Bundesfinanzhofes vom April 2019 gegen ATTAC. Auf der anderen Seite milliardenschwere philanthropische Akteure aus dem Ausland, die ungebremst Einfluss auf Politik, Wissenschaft und Gesellschaft nehmen können – und keinerlei formalen Rechenschaftsmechanismen unterworfen sind.

Das führt mich zu meiner dritten und letzten Frage:

3.) Wie werden diese Dynamiken zwischen privaten bzw. nichtstaatlichen Akteuren die deutsche Politik im Bereich der globalen Gesundheit auch in Zukunft prägen? Welche Handlungsempfehlungen leiten sich aus meiner Diagnose für die deutsche globale Gesundheitspolitik ab?

Nochmal, ein letztes Mal, zurück zum Event – es begann mit einem kurzen Werbefilm für die ‚Grand Challenges Initiative‘, dessen Bildsprache mehr als eindeutig war. Abwechselnd wurden vorwiegend dunkelhäutige, arme (und kranke) Menschen und Gemeinschaften im globalen Süden gezeigt, dann wieder Menschen in weißen Kitteln in High-Tech Laboren. Seit langer Zeit bemühen sich deutsche Regierungen und NGOs darum, in ihrer Kooperation mit dem Globalen Süden vom Bild der ‚Entwicklungshilfe‘ wegzukommen – jetzt überrollen uns finanzstarke ausländische Stiftungen und bringen im Gepäck auch noch ihre stereotypen Diskurse und Rollenverständnisse mit.

Obwohl wir eine weitverzweigte Landschaft an Stiftungen in Deutschland haben (Stiftungen des öffentlichen Rechts, Stiftungen von Einzelpersonen, politische Stiftungen), sind die Erfahrungen innerhalb Deutschlands mit Stiftungen und NGOs im Bereich Gesundheit eher gering. Auf diese Leerstelle treffen jetzt Stiftungen aus Übersee, die aufgrund der politischen Großwetterlage, Berlin zu einem (oder gar dem) Standbein ihrer europäischen Aktivitäten machen wollen (Gates, Wellcome, aber dann auch LSHTM, die ja zu großen Teilen von diesen beiden Stiftungen gefördert wird). Universitäten wie die LSHTM oder die Oxford University, deren Forschung zu ‚global health‘ auch zu einem großen Teil aus den Töpfen von Wellcome, Gates und Open Society kommt, gründen Niederlassungen in Berlin.

Diese Aktivitäten der letzten paar Jahre haben schon zu einer deutlichen Verschärfung von Konflikten innerhalb der Zivilgesellschaft in Deutschland geführt – so hat beispielsweise der Konsultationsprozess mit dem Global Health Hub Germany verdeutlicht, dass es gewaltig brodelt, dass es Organisationen gibt, die nicht miteinander am

Tisch sitzen wollen und dass insbesondere klassische zivilgesellschaftliche Akteure – also NGOs, die sich als advocacy-Organisationen und kritische Beobachter porträtieren – ein unbedingtes Interesse an der stärkeren Einhegung und Beobachtung des Einflusses ausländischer privater Stiftungen und unternehmensnahen Akteuren haben.

Es ist gerade diese Forderung nach mehr Transparenz und Beobachtbarkeit von politischer Einflussnahme und Interessenkonflikten, die ich unbedingt unterstütze. Und gerade deshalb denke ich, dass es an der Zeit ist, den interdisziplinären Dialog im Feld der Globalen Gesundheit zu stärken. Das heißt: Sensibilität für die gezielten Strategien und Mechanismen erzeugen, mit denen große Förderinstitutionen sich und ihre Ziele als alternativlos präsentieren. Und natürlich heißt das auch, sozial- und politikwissenschaftliche Fragestellungen zu berücksichtigen, wenn ein neues universitäres Curriculum zu globaler Gesundheit geschrieben wird. Nicht-medizinische Expertise muss gefördert und in Analysen und Politikberatung berücksichtigt werden.

Der Anspruch Deutschlands, ein Stützpfeiler der globalen Gesundheitspolitik zu sein, bietet auch viele Chancen, andere Wege zu beschreiten und neue, differenzierte Regeln für die Interaktion mit privaten Akteuren zu schaffen. Für mich bedeutet das zuallererst, einen Pluralismus von Methoden, Wertvorstellungen und Bewertungsmaßstäben dafür zuzulassen, was gute globale Gesundheitspolitik ist. Zweitens der Versuch, ein eigenes Profil in der globalen Gesundheitspolitik zu entwickeln, das die Dominanz von Medizin und Biotechnologie aufweicht und gleichzeitig die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Determinanten globaler Gesundheitsprobleme stärker ins Zentrum rückt.

Sie fragen in Ihrer Veranstaltung nach win-win oder win-lose. Diese Frage kann man natürlich so pauschal nicht beantworten – und in vielerlei Hinsicht ist die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Organisationen eine win-win Geschichte gewesen. Wenn man allerdings Fragen nach Demokratie, Pluralität und Kontrolle stellt, wird man zumindest aus der Perspektive staatlicher und traditioneller nichtstaatlicher Akteure eher zu einem win-lose Résumé kommen.

Risiken öffentlich-privater Partnerschaften in der globalen Gesundheit

Mareike Haase



Mareike Haase

Wir befinden uns im Zeitalter der öffentlich-privaten Partnerschaften, dieses Partnerschafts-Paradigma schwebt quasi über uns und begegnet den meisten von uns tagtäglich in unserer Arbeit. Was schon in den 1990ern begann, wird heute im Rahmen der Agenda 2030 in die Welt getragen, vereinbart von den Regierungen, die davon ausgehen, die SDGs nicht ohne zusätzliche Milliarden von privaten Gebern erreichen zu können. Die Agenda 2030 mit ihren 17 SDGs – den Zielen für nachhaltige Entwicklung – wurde 2015 von der internationalen Gemeinschaft verabschiedet. Sie gilt für alle Staaten weltweit und vereinbart erstmals alle drei Dimensionen von Nachhaltigkeit – Soziales, Umwelt, Wirtschaft – gleichermaßen. Ziel 17 fokussiert dabei konkret auf das Anliegen, globale Partnerschaften für die Erreichung der Ziele einzugehen.

Die Partner der Wahl sind Unternehmen und private Stiftungen, in der Annahme, dass diese nicht nur das nötige Kleingeld mitbrächten, sondern vor allem pragmatisch, effizient, lösungsorientiert und innovativ seien. So würden sie sich auch von den behäbigen, staatlichen und zwischenstaatlichen Strukturen z.B. der Weltgesundheitsorganisation unterscheiden, die nicht mehr in der

Lage seien, zielorientiert die Weltlage zu verbessern. Gemein haben die öffentlich-privaten Partnerschaften insgesamt, dass sie auf das freiwillige Engagement der Beteiligten setzen und nicht in verbindliche, gesetzliche Regelungen münden.

Dürfen wir diese Idee der Partnerschaft kritisieren, ohne dafür im Verdacht zu stehen, selbst nicht dialogfähig zu sein? Ja! Ich denke, das müssen wir sogar tun, um auf die Risiken und Nebenwirkungen aufmerksam zu machen. Genau deshalb haben wir uns auch in der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit zusammengefunden, um diese Bedenken in die öffentliche Debatte einzubringen.

Denn bei all der Verpartnerung wird wenig Augenmerk auf die unterschiedlichen Interessen, Rollen und Mandate der Beteiligten gelegt. Die Annahme ist, dass alle das Gleiche wollen, nämlich die SDGs zu erreichen. Dabei wird zu wenig darauf geblickt, ob die gewählten Ansätze auch tatsächlich dort hinführen können.

Die vermeintlichen Win-Win-Konstellationen entpuppen sich allzu oft als eine Win-lose Situation: Auf globaler Ebene manifestiert sich das Partnerschaftsparadigma in einer unübersichtlichen Fülle an so genannten Multi-Akteurs-Initiativen, immer gemeinsam mit der Wirtschaft oder Stiftungen, teilweise auch unter Beteiligung von NGOs: die UN zählt mittlerweile stolz über 4000 SDG Partnerschaften. So können sich Akteure wie Nestlé und Coca-Cola im Kampf gegen Krankheit einbringen und ganz nebenbei auf höchster Ebene ihre Interessen gegen eine Unternehmensbesteuerung von hoch zuckerhaltigen Lebensmitteln und Getränken lobbyieren. Eine Überwachung oder Koordinierung dieser Partnerschaften im Sinne der SDGs gestaltet sich schwierig. Dies führt am Ende zu einer weiteren Zersplitterung des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen und zu einer Schwächung auch der Weltgesundheitsorganisation.

Die Idee der öffentlich-privaten Kooperationen wird auch

stark von den dominierenden Gebern im Gesundheitsbereich vorangebracht, insbesondere von den privaten, philanthropischen Stiftungen, wie die des Multimilliardärs Bill Gates. Das Stiftungsvermögen der Bill und Melinda Gates Stiftung übertrifft das von allen anderen Stiftungen bei weitem und ihre Investitionen in Gesundheit sind nicht mehr wegzudenken. Dabei gehen die stets zweckgebundenen Mittel in alle Richtungen: an Regierungen, UN Institutionen wie die Weltgesundheitsorganisation, NGOs in Deutschland und international, Forschungseinrichtungen wie die London School on Hygiene and Tropical Medicine und Charité und Medien, wie Spiegel Online oder The Guardian. Weil das Handeln dieser privaten Stiftung mit viel Einfluss einhergeht, steht sie heute immer wieder im Mittelpunkt unserer Diskussionen. Die Gates Stiftung macht die Einbindung von Unternehmen zur Vorbedingung für Kooperationen und pocht in ihren Gesundheitsstrategien stets auf marktbasierte Lösungen.

Nach dem Credo Tue Gutes und das möglichst effizient, präferiert die Stiftung insbesondere kurzfristige, gut messbare und auf Technologien basierende Programme, statt Prozesse, die auf partizipative und strukturelle Veränderung ausgerichtet sind. Denn die sind schwerer durch eine Kosten-Nutzen-Analyse planbar und Erfolge weniger schnell und gut messbar. Die „Hilfe“ wird zu einer „Ware“ und dadurch erst interessant für Unternehmen und Kapitalanleger. Das ist problematisch, weil so ausschließlich die Behandlung von Krankheiten im Zentrum steht und Ansätze, Armut mit all ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlergehen langfristig zu bekämpfen, vernachlässigt werden. Entsprechend berichten kirchliche Gesundheitsorganisationen aus afrikanischen Ländern, dass sie zwar Gelder für Impfprogramme oder die Bekämpfung einzelner Erkrankungen beantragen könnten, für Primary Health Care Programme wolle hingegen kaum ein Geber bereitstehen. Dabei stellt auch die WHO immer wieder fest, dass gerade gemeindebasierten Programme, die explizit auch soziale, ökonomische und politische Verhältnisse beeinflussen wollen wesentlich sind, die Voraussetzungen für verbesserte Gesundheit zu schaffen. Auch in Deutschland ist das Mantra der öffentlich-privaten Partnerschaften auf fruchtbaren Boden gefallen und trifft sich mit der ohnehin starken Offenheit für die Verknüpfung von Wirtschaft und Entwicklungszusammenarbeit. Dabei setzt die deutsche Politik vehement auf Freiwilligkeit, wenn es darum geht das Wohlergehen von Menschen zu schützen. Deutlich wird das am Nationalen Aktionsplan für Wirtschaft und Menschenrechte, der sicherstellen soll, dass Deutschland seine menschenrechtlichen Verpflichtungen auch im Ausland einhält. Dazu gehört, dass deutsche Unternehmen in ihren Lieferketten für gesunde Arbeitsstandards sorgen. Statt eines verbindlichen Lieferkettengesetzes

jedoch, wie es Frankreich beispielsweise eingeführt hat, setzt Deutschland darauf, dass sich Unternehmen freiwillig selbst verpflichten.

Ein Beispiel wie sich das Narrativ der Multi-Akteurs-Partnerschaften in Deutschland manifestiert, ist neben dem Global Health Hub Germany, auch der seit 11 Jahren jährlich in Berlin stattfindende World Health Summit. Der WHS ist eine private Konferenz der Charité World Health Summit AG, welcher zum Großteil durch Pharmaunternehmen finanziert und von diesen stark geprägt wird. Es strebt an „eines der bedeutendsten internationalen Foren für strategische Entwicklungen und Entscheidungen im Gesundheitsbereich“ zu sein. Die Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Merkel und die hochrangige Beteiligung von Minister*innen der Bundesregierung gibt dem WHS zumindest einen sehr politischen Anstrich. Dabei wird jährlich von Teilnehmenden eine Überbetonung der rein medizinisch-instrumentellen Ansätze für die Verbesserung von Gesundheit kritisiert und mehr Beachtung für sozioökonomische Bedingungen von Gesundheit angemahnt. Denn der WHS und indirekt auch die Bundesregierung tragen so zu einem sehr eingeschränkten Blick auf Gesundheit bei. Bei Gesundheitsunternehmen kommt das gut an, so prognostiziert der Verband der deutschen Gesundheitswirtschaft in einer Einladung anlässlich des WHS: „Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten auf dem afrikanischen Kontinent eröffnet deutschen Unternehmen große Chancen.“

Dass die gemeinsamen Interessen von Wirtschaftsunternehmen und der Entwicklungszusammenarbeit dabei oftmals überschätzt werden, wurde 2017 in der Evaluierung des DeveloPPP Programms der Bundesregierung festgestellt. In dem Bericht wird dargelegt, dass die öffentlich-privaten Projekte, die in Südländern durchgeführt wurden, kaum geeignet seien, breitenwirksame und strukturverändernde Wirkung zu entfalten. Es fehle die Armutsorientierung und die Projekte seien für die Unternehmen vor allem Mitnahmeeffekte, es handele sich also um Investitionen, die sie ohnehin getätigt hätten. Auch andere Studien belegen übrigens, dass der bisherige Beitrag der Privatwirtschaft zu den SDGs kaum der Rede wert sei.

Schwächen des Partnerschaftsansatzes zeigt auch das aktuelle Beispiel CEPI – eine Forschungsplattform, die 2017 unter dem Eindruck der Ebola-Epidemie in Westafrika, durch Welcome Trust, Gates Stiftung, Weltwirtschaftsforum, Norwegen und Indien gegründet wurde. Auch Deutschland beteiligt sich mittlerweile mit 90 Millionen Euro daran. Das Ziel von CEPI ist es, Impfstoffe gegen Erreger zu entwickeln, die potentiell Pandemien auslösen könnten und diese weltweit zugänglich zu machen. Dafür werden vor allem öffentliche Gelder genutzt. Je-

doch konnte bisher nicht verbindlich verankert werden, dass die zukünftig entwickelten Produkte überhaupt für alle Menschen weltweit bezahlbar sind. Hier stehen die Interessen von beteiligten Pharmaunternehmen denen der öffentlichen Gesundheit diametral gegenüber und im Moment gewinnt die Industrie.

Trotz intensiver Kooperation ungleich legitimerter Akteure mit verschiedenen Interessen, gibt es bisher weder in Deutschland noch auf internationaler Ebene einen angemessenen, übergeordneten Handlungsrahmen, der sicherstellt, dass private Interessen nicht zu Lasten öffentlicher Interessen dominieren. So findet zwar kontinuierlich eine weitgreifende Zusammenarbeit zwischen der Bundesregierung und philanthropischen Stiftungen statt, es gibt jedoch kein verbindliches Regelwerk, was die Bedingungen für das Zustandekommen solcher Kooperationen festlegt.

Wir sollten uns beim Kampf gegen Gesundheitsgefahren und für bessere Gesundheitsversorgung nicht nur auf freiwilliges Engagement und die Spenden der Superreichen dieser Welt verlassen. Es ist endlich an der Zeit, dass Regierungen ihre primäre Verantwortung für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit wahrnehmen. Werden Kooperationen mit Unternehmen oder Stiftungen eingegangen, müssen verbindliche Leitlinien inklusive roter Linien gelten, die von demokratisch legitimierten Institutionen durchgesetzt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit immer vor Profit- und Partikularinteressen stehen.

Die Bedeutung und Aktualität der Veranstaltung der Plattform für globale Gesundheit zeigt sich derzeit in den USA: Dort wird über eine Besteuerung großer Vermögen debattiert und Bill Gates hat seine Ablehnung gegenüber dem politischen Vorstoß deutlich gemacht, der von der demokratischen Präsidentschaftskandidatin Elisabeth Warren initiiert wurde. Steuereinnahmen ermöglichen Regierungen jedoch zu handeln, in den USA und in anderen Ländern, die jährlich Milliarden Verluste haben, durch Steuervermeidung von multinationalen Unternehmen und anderen Akteuren. Wenn es darum geht mehr Gerechtigkeit zu schaffen und die wachsende Ungleichheit zu bekämpfen, müssen wir auch dort ansetzen. Denn tatsächlich ist viel Geld vorhanden, es ist nur nicht dort, wo es sein sollte.

Chancen und Risiken der Kooperation mit privaten Akteuren im Rahmen der deutschen gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit

Zusammenfassung von Dieter Lehmkuhl, IPPNW

In dieser ersten Diskussionsrunde mit Christoph Benn vom Joep Lange Institut in Amsterdam, Ilse Hahn vom BMZ und der Autorin Kathrin Hartmann ging es um kritische Fragen zu den Führungsstrukturen (Governance) und um die Regeln der Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten Akteuren bei der globalen Gesundheit und die zentrale Frage: Wer regiert wen? Im Zentrum der Diskussion stand der Globale Fond zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die Rolle der Gates-Stiftung und die WHO.



Dr. Christoph Benn

Dr. Christoph Benn, der bis 2018 „Außenminister“ (Director of External Relations) des GFATM war, sah die Hauptverantwortung für Gesundheit bei den Regierungen, die Rolle der Privatwirtschaft dagegen als komplementär. Einen oft vermuteten Einfluss privater Akteure auf den GFATM über „hardpower“, d.h. Dominanz durch Finanzierung, gäbe es nicht. Nur 4 Prozent der Mittel kämen von privaten Ak-

teuren (dabei überwiegen Gelder der Gates Stiftung). Der GFATM sei in der Aidskrise von der UN- Generalversammlung beschlossen worden. Er werde hauptsächlich durch öffentliche Mittel finanziert und öffentlich-demokratisch kontrolliert. Im Vorstand säßen z.B. 15 Regierungsvertreter, zwei weitere kämen aus der Zivilgesellschaft, zwei aus Stiftungen und einer aus dem privaten Sektor. Der Einfluss privater Akteure ergäbe sich eher über die „soft power“, z.B. durch die politischen Kontakte, die Medienarbeit, den Einfluss auf die Forschung, über Think Tanks und über den Einfluss auf zivilgesellschaftliche Organisationen. Dieser Einfluss habe zugenommen.

Auch Ilse Hahn, Referatsleiterin Gesundheit, Bevölkerungspolitik, Soziale Sicherung, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sah den Einfluss privater Akteure eher in ihren Netzwerken. Alle Akteure seien im Rahmen der Nachhaltigkeitsagenda 2030 mit dem Ziel der Verwirklichung der SDGs aktiv. Konsens sei, dass man dafür funktionierende Gesundheitssysteme brauche. Die Bekämpfung der drei großen Infektionskrankheiten (Malaria, Aids, Tuberkulose) sei ohne Gesundheitssystemförderung nicht möglich. Hier seien primär der jeweilige (nationale) Staat und eine gute Regierungsführung gefordert. Die Frage sei, wie dies erreicht werden könne, mit welchen Mitteln, wie effizient und in welcher Zeit?

Das BMZ unterscheide zwischen Zivilgesellschaft und Stiftungen als private Akteure. Es gäbe klare Vorstellungen über die Konditionen der Zusammenarbeit. Von den 2019 eingeworbenen neuen € 14,4 Mrd. Zahlungsverpflichtungen für den GFATM über drei Jahre gingen allein über € 4 Mrd. in die Stärkung der lokalen Gesundheitssysteme. Universal Health Coverage (UHC) und Gesundheitssysteme-

mentwicklung seien für das BMZ einer der Schwerpunkte in der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich in allen Foren.

Zwischen der Gates-Stiftung und dem BMZ gäbe es ein Memorandum of Understanding (MoU). Man habe auch ein Besprechungsforum installiert, zu dem auch andere Akteure eingeladen seien. Frau Hahn verwies auf eine „aufmerksame“ Zivilgesellschaft und einen in Bezug auf Interessenskonflikte „sehr bewussten“ Minister. Es sei letztlich eine Abwägungsfrage, aber ohne Unterstützung des privaten Sektors sei vieles nicht möglich.



Ilse Hahn

Zu dem von vielen kritisierten primär krankheitsorientierten Ansatz des GFATM und der Gates-Stiftung, der zu Lasten der Gesundheitssystemförderung gehe, betonte Dr. Benn, dass es schwache und dysfunktionale Basisgesundheitssysteme bereits vor Gates, GFATM und GAVI (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung) gegeben habe. Die Aidsepidemie habe gezeigt, dass diese in vielen Ländern nicht in der Lage waren, die Aids-Epidemie unter Kontrolle zu bekommen. Dies habe dann zu einem entsprechenden Beschluss der UN Vollversammlung und zur Einrichtung des GFATM geführt. Das sei auch das Mandat für den GFATM gewesen, in die spezielle Krankheitsbekämpfung einzusteigen. Es sei um Überlebensfragen der Betroffenen gegangen. Die Gates Stiftung u.a. seien erst danach dazu gekommen. Später habe sich gezeigt, dass es auch notwendig sei, in die Gesundheitssysteme zu investieren. Beide Ansätze seien notwendig.

Die Journalistin und Autorin Kathrin Hartmann verwies auf das große Vermögen der Gates Stiftung von über \$ 40 Mrd. Die Anhäufung eines solch großen Vermögens sei das Ergebnis zunehmender globaler Ungleichheit und zugleich deren Antreiber. Die Stiftung investiere in und kooperiere eng mit problematischen Unternehmen. Diese Stiftungen

und Unternehmen bekämen immer mehr Macht ohne demokratische Legitimation. Unilever (Palmöl und Fleischproduktion), Coca Cola und Chevron z.B. beeinträchtigten mit ihren Produkten menschliche Gesundheit und zerstörten die Natur. Sie inszenierten sich aber als „Retter der Welt“, mischten mit und würden sich reinwaschen, obwohl ihre Geschäftspraktiken fundamental Gesundheit und Menschenrechte bedrohten. Es gäbe aber z.B. keine internationalen Abkommen (z.B. Lieferkettenregelungen), die diese Konzerne zur Einhaltung von Menschenrechten verpflichten. Die Bundesregierung blockiere hier verbindliche Regelungen, aktuell im UN Menschenrechtsrat.

Die roten Linien

Beim Globalen Fonds, so Dr. Benn, würden rote Linien bei allen Unternehmen des Tabak- und Waffenhandels gezogen, alles andere beruhe auf Einzelfallentscheidungen mit der Abwägung zwischen Risiken und Vorteilen in der Zusammenarbeit. Oft beziehe sich die Kooperation aber auch lediglich auf Fragen der technischen Zusammenarbeit (und nicht der Finanzierung) wie im Falle von Coca Cola, wo es darum gehe, deren Fachwissen bei der effizienten logistischen Verteilung und den Lieferketten, speziell auf der „letzten Meile“, zu nutzen, um wichtige Gesundheitsgüter in entlegene Gebiete zu bringen. Anfangs habe es beim GFATM größere Konflikte mit Pharmakonzernen gegeben, bei denen es zu Interessenskonflikten kommen könne.



Kathrin Hartmann

Vier Prozent Finanzierungsbeteiligung sage nicht viel aus, kommentierte Frau Hartmann. Weitergehende Interessen der privaten Akteure würden ausgeblendet. Unilever wolle sich bei stagnierenden Märkten in den Industrieländern neue Märkte in den Schwellenländern und Ländern des Südens für seine ungesunden Produkte erschließen. Es gehe um Markzugänge.

Die Gates-Stiftung z.B. fördere und treibe die Verwendung einer gentechnisch veränderten Mückenart zur Malariaabekämpfung bei der WHO aktiv voran. Müsse es nicht umgekehrt sein? Seien nicht die Staaten in der Verantwortung diese Entscheidung zu treffen, um dann ggf. Unternehmen zu beauftragen?

Dr. Benn entgegnete, dass in den Programmen mit GFATM Förderung keine Verfahren und Mittel angewandt würden, die nicht von der WHO anerkannt seien. Er räumte aber ein, dass die Stiftungen sehr technologielastrisch mit extremem Fokus auf Wirksamkeitsnachweisen agierten.

Frau Hartmann unterstrich, dass der Einfluss philanthropischer Akteure auf suprastaatliche Institutionen wie die WHO nicht demokratisch legitimiert sei und zu einem Machtungleichgewicht führe. Die hohen finanziellen Zuwendungen der Stiftung in Bereichen wie Gesundheit und Ernährung führten zu einer „Gates-ability“, der Neigung, sich in Forschung und Programmen dem unterzuordnen, was die Stiftung wolle. Daher müssten neue Wege eingeschlagen werden, um staatliche Einkünfte zu erhöhen, zum Beispiel durch die Verhinderung von Steuerflucht.

In der Diskussion mit dem Publikum wurde die Kernfrage nach den Interessen privater Akteure aufgeworfen. Der GFATM, so ein Diskussionsbeitrag, sei zur Bekämpfung von Krankheiten wirksam, aber als Public Private Partnership (PPP) gescheitert, weil das Geld fast ausschließlich über Staaten komme. Die Gates-Stiftung treibe die industrielle Landwirtschaft in der neuen Allianz für Ernährungssicherung voran, obwohl diese nicht zur Lösung einer nachhaltigen Ernährung beitrage und die Umwelt- und Klimakrise verschärfe.

Ein Beitrag mahnte zur Differenzierung, es gäbe keine homogene Unternehmenslandschaft, man müsse fragen, wie ernst es dem Unternehmen mit seinem Engagement sei. In weiteren Beiträgen wurde beklagt, dass der Einfluss der Wirtschaft zu hoch sei, das sei erkennbar z.B. an der Torpedierung und Weigerung der Bundesregierung zu einem verpflichtenden Lieferkettengesetz.

Es bedürfe einer breiteren, vertieften und transparenten Diskussion über die Governance der Akteure in der globalen Gesundheit und Räume, in denen ohne Einfluss privater Akteure darüber gesprochen werden kann, wie deren Einfluss eingegrenzt werden kann.

Partnerschaften mit privaten Akteuren: Nutzen für die globale Gesundheit oder Risiko für die Demokratie?

Zusammenfassung von Jörg Schaaber, BUKO Pharma-Kampagne



Ottmar von Holtz



Heike Baehrens

Im zweiten Panel der Tagung „Partnerschaften mit privaten Akteuren: Nutzen für die globale Gesundheit oder Risiko für die Demokratie?“ diskutierten die Bundestagsabgeordneten Heike Baehrens (SPD), Dr. Georg Kippels

(CDU), Ottmar von Holtz (Grüne) und Dr. Achim Kessler (Linke) miteinander und mit dem Publikum.

Während einhellig eine zu geringe Finanzierung globaler Gesundheitsaufgaben beklagt wurde, zeigten sich bei der Einschätzung der Rolle von privaten Stiftungen deutliche Unterschiede. Während Dr. Kippels die Nutzung privater Mittel für öffentliche Aufgaben grundsätzlich unproblematisch fand, solange dies transparent geschehe, stellte Dr. Kessler die Notwendigkeit von Stiftungsgeldern für die staatliche Gesundheitspolitik grundsätzlich in Frage. Stiftungen speisten sich aus hohen Firmengewinnen, die könne man auch mit Steuern abschöpfen. Die beiden anderen Abgeordneten positionierten sich zwischen diesen Polen. Sie hielten Stiftungsgelder für eine derzeit notwendige Ergänzung, sahen aber durchaus damit verbundene Probleme. Heike Baehrens betonte, dass man Philanthropen zwar vorsichtig behandeln müsse, weil sie wichtige Ressourcen bereitstellen, aber klare Kriterien für die Zusammenarbeit und eine kritische Hinterfragung der Ziele wichtig seien. Stifter wollten schnelle messbare Erfolge sehen, die Politik setze auf mehr Nachhaltigkeit.

Ottmar von Holtz stellte die Frage, wer bei der Zusammenarbeit mit Stiftungen eigentlich die Agenda setze. Was passiert im Konfliktfall und wer ist rechenschaftspflichtig? Er nahm Bezug auf das Memorandum of Understanding (MoU) zwischen der Gates-Stiftung und dem Entwicklungshilfeministerium (BMZ). Dr. Kessler kritisierte in diesem Zusammenhang, dass das MoU nicht im Parlament diskutiert worden sei. Ottmar von Holtz mahnte zudem an, dass auch die Zivilgesellschaft besser einbezogen werden müsse. An dieser Stelle hakte Frau Hahn vom BMZ ein, die betonte, dass in dem MoU mit der Gates-Stiftung Überprüfungsmechanismen vorgesehen seien und sich der Geldgeber nicht einseitig aus vereinbarten Projekten zurückziehen könne.



Dr. Achim Kessler

Erstaunliche Einigkeit herrschte zwischen den Parlamentarier*innen zum Thema Krankheitsverhinderung. Am klarsten benannte Dr. Kessler die sozialen Determinanten von Gesundheit. Auch Deutschland selbst müsse noch seine Hausaufgaben machen, denn schließlich stürben auch hierzulande arme Menschen deutlich früher und seien häufiger krank. Auch Heike Baehrens stellte die Verteilungsfrage, ohne Armutsbekämpfung könne es keine gute Gesundheitsversorgung geben.

Insgesamt wurde in der Podiumsdiskussion die Wichtigkeit einer kohärenten Politik deutlich, die globale Gesundheit als umfassende öffentliche Aufgabe begreift. Dabei müssen die unterschiedlichen Interessenlagen von Politik, die sich im Idealfall am Allgemeinwohl orientiert und kommerziellen Interessen zur Kenntnis genommen werden.

Die Debatte hat einen Beitrag dazu geleistet, dass der Einfluss von privaten Stiftungen und Kooperationen mit der Industrie künftig kritischer diskutiert werden.



Dr. Georg Kippels

In der anschließenden Debatte wurde dieser privilegierte Zugang der Stiftung zum BMZ kontrovers diskutiert, vor allem wurde kritisiert, dass die Gates-Stiftung letztlich ihre – oft technologiefixierten – Prioritäten durchsetze. Andere, vielleicht wichtigere Projekte blieben auf der Strecke. Heike Baehrens bemängelte, dass die Politik von privaten Geldgebern getrieben werde, die politische Marschroute müsse sich ändern. Nur so könnte das UN-Nachhaltigkeitsziel 3 Gesundheit und Wohlergehen für Alle erreicht werden.

Ottmar von Holtz zog in Zweifel, ob die Privatwirtschaft die Forschungslücken bei vernachlässigten Krankheiten schließen könne. Heike Baehrens kritisierte, dass wenn der Markt versage, nach dem Staat gerufen werde. Und dann zahle der Staat und die Firmen würden danach die Gewinne einfahren. Dr. Kessler stellte die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Patentsystems für Medikamentenforschung.

Resümee

von Anne Jung



Anne Jung

Die Kernidee der Veranstaltung der DPGG war es, das Mantra des win-win in der privat-öffentlichen Zusammenarbeit, das verspricht, die Interessen aller Beteiligten zu fördern und gleichberechtigt zu berücksichtigen, am Beispiel der globalen Gesundheit kritisch zu hinterfragen.

Damit setzte die Fachkonferenz ein Thema auf die Agenda, dass gewöhnlich von Parteien, Unternehmen und Nichtregierungsorganisationen gleichermaßen lieber hinter verschlossenen Türen verhandelt wird: Mit der Frage „Win-win oder Win-lose?“ beleuchteten wir die Wucht, mit der private Akteur*innen, allen voran die großen philanthropischen Stiftungen die Agenda der globalen Gesundheit beeinflussen.

Prof. Anne Holzscheiter analysierte in ihrem Vortrag den politischen Einfluss auf die Forschungslandschaft und verwies auf kritische Analysen, die das Argument, es handle sich bei den Aktivitäten der Stiftungen ja „nur“ um reine Finanzierung, entkräften. „Vielmehr gibt es inzwischen eine Reihe beeindruckender Analysen, wie philanthropische Stiftungen im Zentrum riesiger Netzwerke stehen und damit über ihre Funktion als ‚partnership broker‘ maßgeblich Politik ausgestalten, Agenden setzen und ‚Governance-Clubs‘ schaffen können“ führte Holzscheiter aus.

Mareike Haase verwies auf die Risiken der Abhängigkeit der Weltgesundheitsorganisation WHO von der Gates Stiftung. „Nach dem Credo Tue Gutes und das möglichst effi-

zient, präferiert die Stiftung insbesondere kurzfristige, gut messbare und auf Technologien basierende Programme, statt Prozesse, die auf partizipative und strukturelle Veränderung ausgerichtet sind.“

Die Deutsche Plattform für globale Gesundheit (DPGG) kritisiert als interdisziplinärer Zusammenschluss von Gesundheitsaktiven das „verbetriebswirtschaftlichte“ Denken, das durch öffentlich-private Kooperationen mehr und mehr Einzug hält. Im Sinne der Managementlogik werden Gesundheitspolitiken einheitlich gerahmt, die streng auf funktionale Effizienz ausgerichtet sind und gehen so häufig an gesellschaftlichen Bedürfnissen und Forderungen vorbei. Stiftungen agieren dabei als Weltverbesserungskonzerne, die sich wenig um öffentliche Strukturpolitiken und damit die Einlösung von verbrieften Rechten kümmern. Was fehlt ist ein Handlungsrahmen, der die unterschiedlichen Interessen benennt und die Risiken und Nebenwirkungen der Abhängigkeiten analysiert.

Beide Podiumsdiskussionen benannten diese Abhängigkeiten von privatwirtschaftlichen Geldern, wenn es zum Beispiel darum geht, Ziel 3 der Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) bis zum Jahr 2030 zu realisieren, das ein gesundes Leben gewährleisten und das Wohlbefinden aller Menschen jeden Alters fördern möchte. Fakt sei, dass SDG 3 nur erreicht werden kann, wenn privates Geld dafür eingesetzt wird. In der Bewertung dieses Umstandes gingen die Positionen durchaus weit auseinander, wie in dieser Dokumentation nachzulesen ist.

Aus Perspektive der DPGG muss die staatliche Verantwortung für globale Gesundheit in den Fokus gerückt werden. Akzeptiert man die These der fehlenden Mittel, das betonte Kathrin Hartmann in ihren Ausführungen, dann begibt man sich in ein Fahrwasser, in dem die staatliche Verantwortung für globale Gesundheit bereits aufgegeben ist. In dieser Lesart ist bereits die Gründung philanthropistischer Stiftungen wie der Bill-and-Melinda-Gates-Stiftung als Ausdruck von Ungleichheit im globalen Wirtschaftssystem und damit auch der Gesundheitssysteme zu lesen.

Die politischen Unterschiede in dieser Einschätzung kamen beim zweiten Panel deutlich zum Tragen: Dr. Kippels argumentierte in eine andere Richtung als Hartmann und

unterstrich, dass die Zusammenarbeit mit privatwirtschaftlichen Akteuren notwendig sei, sah aber auch: „Wir wollen nicht immer das Gleiche.“

Dr. Achim Kessler unterstrich bei der Frage der Gesundheitsfinanzierung die Notwendigkeit nicht nur der Armuts- sondern auch der Reichtumsbekämpfung, wenn die globale Ungleichheit abnehmen sollte. Auch dies sei eine politische Entscheidung, die jedoch mehr und mehr in den Hintergrund trete.

Staatliche Verantwortung für Gesundheit meint immer auch, darauf verwies Mareike Haase von Brot für die Welt in ihrem Eingangsstatement für die DPGG, dass Regierungen ihrer Verpflichtung zur Regulierung nachkommen. Gäbe es eine größere Bereitschaft, die sozialen und politischen Faktoren, die weltweit negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, stärker in den Blick zu nehmen – dazu zählen beispielsweise die Auswirkungen von Freihandelsverträgen und gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen – würde die Abhängigkeit von privatwirtschaftlichen Geldgebern im Gesundheitsbereich sinken.

Seit Jahren ist die Politik der Bundesregierung hier von einer Inkohärenz des Regierungshandelns geprägt, wenn z.B. das Wirtschaftsministerium Entscheidungen verhindert, die gesundheitsfördernde Wirkung entfalten könnten und dabei – wie im jüngsten Fall des verhinderten Lieferkettengesetzes – Applaus von Industrieverbänden erhält.

Die Plattform für globale Gesundheit hält es aus diesem Grund auch für nicht zielführend, wenn im politischen Berlin wie auch auf globaler Ebene immer mehr formelle wie informelle Arbeitszusammenhänge – jüngstes Beispiel ist der Global Health Hub Germany – entstehen, bei denen private Akteure von Anbeginn an mit am Tisch sitzen. Hier hilft nur eine kritische Distanz und genaue Beobachtung der entstehenden Dynamiken und vermeintlicher „win-win“ Situationen. Die notwendige Beschäftigung mit diesem Thema der Tagung wird die DPGG auch in Zukunft fortsetzen.

Kurzbiografien

In alphabetischer Reihenfolge

Heike Baehrens

Seit 2013 Mitglied des Bundestages (SPD). Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, Vorsitzende Unterausschuss Globale Gesundheit, stellv. Mitglied im Ausschuss für Arbeit und Soziales und im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Pflegebeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion, stellvertretende Sprecherin der AG-Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion; Berichterstatterin für den Bereich Pflege, Rehabilitation, Inklusion und Teilhabe; stellvertretende Vorsitzende der Deutsch-Koreanischen Parlamentariergruppe.

Seit 1988 in der SPD. 1989 bis 1996 Mitglied im Stuttgarter Gemeinderat, jugend- und sozialpolitische Sprecherin der SPD-Fraktion. 1992 bis 1996 stellvertretende Vorsitzende der SPD-Fraktion im Stuttgarter Gemeinderat.

Dr. Christoph Benn

Dr. Christoph Benn ist Direktor für Global Health Diplomacy am Joep Lang Institut in Amsterdam und Senior Advisor beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria in Genf. Er war Mitglied des Gründungsausschusses bei der Gründung des Globalen Fonds im Jahr 2002. Als Direktor für Außenbeziehungen von 2003-2018 war er für die Mobilisierung der Finanzmittel für den Globalen Fonds verantwortlich. Durch seine Verwaltung der regelmäßigen Mobilisierung von Finanzmitteln und bei der Erarbeitung von innovativen Ansätzen zur Ressourcenmobilisierung, einschließlich der Produkte RED und Debt2Health, wurden unter seiner Leitung Zusagen und Beiträge von mehr als 50 Milliarden US-Dollar für den Globalen Fond mobilisiert.

Dr. Benn verfügt über umfangreiche Erfahrung im Management politischer Beziehungen zu Regierungen, multilateralen Organisationen, der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor.

Dr. Benn ist Arzt mit einem MD von der Universität Gießen (Deutschland), einem Diplom in Tropical Medicine & Hygiene von der Liverpool School of Tropical Medicine und einem MPH von der Johns Hopkins School of Public Health.

Christiane Grefe [Moderation]

Seit 1999 Redakteurin und Reporterin im Berliner Büro der ZEIT mit Themenschwerpunkt Ökologie und Globalisierung

- 1976 Deutsche Journalistenschule in München, dort auch Studium der Politikwissenschaften, Kommunikationswissenschaften und Amerikanistik mit Magisterabschluss
- 1982-87 freie Autorin, u.a. bei epd-Kirche und Rundfunk, der Süddeutschen Zeitung, Horst Sterns Natur
- 1987-90 Redakteurin bei DIE ZEIT, Dossier und ZEIT-Magazin
- 1991-94 Redakteurin und Reporterin bei der Wochenpost
- 1994-98 Süddeutsche Zeitung Magazin, GEO-Wissen

Mareike Haase

Brot für die Welt – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Referentin Internationale Gesundheitspolitik

Mareike Haase ist seit 2013 bei Brot für die Welt für Fragen der internationalen Gesundheitspolitik verantwortlich. Durch Anwaltschaftsarbeit setzt sie sich für die Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit ein, mit einem besonderen Blick auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die globale Steuerung von Gesundheit und die Rolle der UN-Weltgesundheitsorganisation sowie Forschung und Entwicklung für vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten. Vor ihrer Zeit bei Brot für die Welt, war Mareike Haase unter anderem bei einer internationalen Nichtregierungsorganisation im Bereich Globale Gesundheit und Kinderrechte tätig.

Mareike Haase hält ein Diplom der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn im Fach Regionalwissenschaft Südostasien und Politische Wissenschaft, mit dem Schwerpunkt der Einbindung ländlicher Bevölkerungsgruppen in Projekte der Entwicklungszusammenarbeit.

Ilse Hahn

Referatsleiterin Gesundheit, Bevölkerungspolitik, Soziale Sicherung, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Seit 2019 Referatsleiterin Gesundheit, Bevölkerungspolitik, Soziale Sicherung, und Vertreterin für Deutschland im Vorstand des Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, zuvor Referatsleiterin Grundsatzfragen Flucht und Migration, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Kathrin Hartmann

geboren 1972 in Ulm, studierte in Frankfurt am Main Kunstgeschichte, Philosophie und Skandinavistik. Sie war Redakteurin für Nachrichten und Politik bei der Frankfurter Rundschau und bei Neon. Seit 2009 arbeitet sie als freie Journalistin und Buchautorin in München. Zuletzt erschien im Blessing Verlag „Die grüne Lüge. Welttrottung als profitables Geschäftsmodell“, das Buch zum Dokumentarfilm „Die grüne Lüge“, von Werner Boote, in dem sie mitwirkt.

Prof. Dr. Anna Holzscheiter

Prof. Dr. Anna Holzscheiter ist Professorin für Internationale Politik an der TU Dresden. Zugleich leitet sie die Forschungsgruppe Governance for Global Health, die gemeinsam von der Freien Universität Berlin und dem Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) getragen wird und Teil der DFG-finanzierten Exzellenzinitiative ist. Von 2015 bis 2019 war Anna Holzscheiter als Juniorprofessorin für Politikwissenschaft und Internationale Beziehungen und von 2006 bis 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften der Freien Universität Berlin tätig. Zwischen August 2007 und Oktober 2010 war sie als Visiting Research Fellow am Department of Public Health Policy an der London School of Hygiene and Tropical Medicine tätig (finanziert durch ein Postdoc-Stipendium der DFG). Im akademischen Jahr 2014-2015 war sie als John F. Kennedy Memorial Fellow am Center for European Studies, Harvard University. Seit 2003 hat sie wiederholt als Beraterin für UNICEF und das Deutsche Institut für Menschenrechte gearbeitet.

Im Mittelpunkt von Anna Holzscheiters Forschung stehen Akteursbeziehungen in

komplexen Governance-Landschaften – sowohl Beziehungen von zwischenstaatlichen Organisationen als auch solche zwischen nichtstaatlichen Akteuren. Empirisch arbeitet sie insbesondere zu Fragen der globalen Gesundheitspolitik und der internationalen Menschenrechtspolitik (insbesondere Menschenrechte von Kindern und Jugendlichen).

Anne Jung

Anne Jung ist Politikwissenschaftlerin und als Gesundheitsreferentin bei der sozialmedizinischen Hilfs- und Menschenrechtsorganisation medico international tätig. Ihre Arbeitsbereiche sind u.a. globale Gesundheit und politische Determinanten von Gesundheit, darunter internationale Handelsbeziehungen und Rohstoffhandel. Seit 2018 leitet sie die Öffentlichkeitsabteilung von medico.

Zu den von ihr verantworteten Themen hält sie Vorträge, publiziert Artikel und organisiert Veranstaltungen. Reisen u.a. nach Sierra Leone, Simbabwe, Kenia und Südafrika. Sie leitet regelmäßig Lehrveranstaltungen zu Themen der politischen Kommunikation.

Dr. Achim Kessler

Dr. Achim Kessler, MdB Die Linke, Mitglied im Ausschuss Gesundheit Mitglied der IG Metall und der Rosa-Luxemburg-Stiftung.

1986 Studium in Marburg: Neuere Deutsche Literatur und Medienwissenschaften, Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Magisterarbeit über „Die Ästhetik des Widerstands“ von Peter Weiss; 2004 Promotion Freie Universität Berlin über „Ernst Blochs Ästhetik“. Seit 2005 Mitglied im Landesvorstand der Partei Die Linke in Hessen, 2005 bis 2017 als Pressesprecher; 2010 bis 2014 als stellvertretender Landesvorsitzender. 2006 bis 2011 ehrenamtlicher Stadtrat in Frankfurt am Main.

Mitgliedschaften und Ämter im Bundestag

- Bereich „Mitgliedschaften und Ämter im Bundestag“
- Obmann: Ausschuss für Gesundheit
- Ordentliches Mitglied: Ausschuss für Gesundheit
- Stellvertretendes Mitglied Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung & Unterausschuss Globale Gesundheit

Dr. Georg Kippels

Georg Kippels, MdB CDU, Mitglied im Ausschuss Gesundheit und AWZ

1. Staatsexamen Köln 1985; 2. Staatsexamen Düsseldorf 1989. Seit 1989 selbständig als Anwalt in Bedburg tätig; Promotion in Köln 1990. Seit 1980 CDU-Mitglied; seit 1994 Stadtverordneter der CDU Bedburg; Ortsbürgermeister in Bedburg-Mitte; Stellvertretender Kreisvorsitzender der CDU Rhein-Erft; stellvertretender Bezirksvorsitzender der CDU Mittelrhein.

Ordentliches Mitglied:

- Unterausschuss Globale Gesundheit
- Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Ausschuss für Gesundheit

Robert Spiller

DGB Bundesvorstand, Referatsleiter Gesundheitspolitik und Krankenversicherung / Europäische Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik

Robert Spiller vertritt für den Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes seit 2016 die Interessen der Beschäftigten und ihrer Angehörigen in allen Fragen ihrer Gesundheitsversorgung und der sozialen Absicherung. Er ist dazu mit der ordnungspolitischen Ausgestaltung und Finanzierung des Gesundheitssystems sowie den Arbeitsbereichen Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung befasst. Begleitend dazu ist er mit den Themenkomplexen soziale Absicherung auf europäischer Ebene sowie der europäischen Gesundheitspolitik betraut.

Vor dieser Tätigkeit war Robert Spiller beim DGB Bundesvorstand mit dem Themenfeld europäischer Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik betraut. Er ist Absolvent des Fachs Politikwissenschaften der Universität Trier mit dem Schwerpunkt Internationale Beziehungen.

Ottmar von Holtz

Seit 2017 MdB Bündnis 90/ die Grünen, Mitglied im Unterausschuss Globale Gesundheit, Mitglied im Flüchtlingsrat Niedersachsen, Asyl e.V., Netzwerk für Traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen e.V., Deutsche Afrikagesellschaft, Pro Bahn e.V. und Ver.di In der Fraktion: Sprecher für Zivile Krisenprävention

Im Bundestag :

- Obmann Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Vorsitz Unterausschuss für Zivile Krisenprävention, Konfliktbearbeitung und vernetztes Handeln
- Ordentliches Mitglied Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Ordentliches Mitglied Unterausschuss Globale Gesundheit
- Ordentliches Mitglied Unterausschuss für Zivile Krisenprävention, Konfliktbearbeitung und vernetztes Handeln
- Stellvertretendes Mitglied Verteidigungsausschuss