

Gesundheitssicherheit im globalen Kontext

Der Schutz vor übertragbaren Krankheiten ist in den vergangenen Jahren zu einem zentralen Thema der globalen Gesundheitspolitik geworden. Im Mittelpunkt der Anstrengungen stehen dabei die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO. Diese verpflichten die Staaten dazu, Krankheitsausbrüche möglichst frühzeitig zu erkennen und einzudämmen. Die weltweite Umsetzung der Vorschriften muss jedoch weiter verbessert werden.

Von Ursula Jasper

SARS, Mers, H1N1, Ebola, Zika – die Liste ansteckender Krankheiten, die in den vergangenen Jahren die Öffentlichkeit beängstigt und Forscher in aller Welt herausgefordert haben, ist lang. Mehr denn je gelten übertragbare Krankheiten heute als ernstzunehmende potenzielle Bedrohung der nationalen und globalen Sicherheit. So bezeichnete etwa die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Gefahr durch ein mögliches neuartiges Grippevirus im Jahr 2007 als «die am meisten gefürchtete Sicherheitsbedrohung» (World Health Report 2007). Gesundheitsexperten warnen, dass die zunehmende globale Mobilität sowie Interdependenzen und Verflechtungen durch Handels- und Warenströme, Migration und Tourismus eine pandemische, weltweite Ausbreitung von Krankheitserregern innert kurzer Zeit ermöglichen könnten. Dies mache eine nationale Bekämpfung von Krankheiten unmöglich und verlange ein länderübergreifendes, gemeinsames Vorgehen.

Bereits im Jahr 2005 hat die WHO deshalb nach jahrelangen Verhandlungen neue Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV) verabschiedet. Damit haben sich alle WHO-Mitgliedsstaaten zum Aufbau nationaler Früherkennungs- und Frühwarnsysteme verpflichtet, um den Ausbruch von möglicherweise grenzüberschreitenden übertragbaren Krankheiten – so genannten internationalen Gesund-



Das von Stechmücken übertragene Zikavirus hat 2016 zu einem öffentlichen Gesundheitsnotstand internationalen Ausmasses geführt. Paolo Withaker / Reuters

heitsnotständen oder *Public Health Emergencies of International Concern* – auf ihren Territorien rechtzeitig entdecken und bekämpfen zu können.

Historische Wurzeln

Internationale Anstrengungen zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten sind keineswegs ein modernes Phänomen. Bereits im 14. Jahrhundert verhängten Stadtstaaten wie Venedig meist unilateral Quaran-

tänenvorschriften gegen Händler und Reisende, um sich vor der Einschleppung von Krankheitserregern wie der Pest zu schützen. Schiffsbesatzungen mussten 40 Tage lang (italienisch *quarantina di giorni*) vor der Küste ankern, bevor sie an Land gehen und ihre Waren ausladen durften.

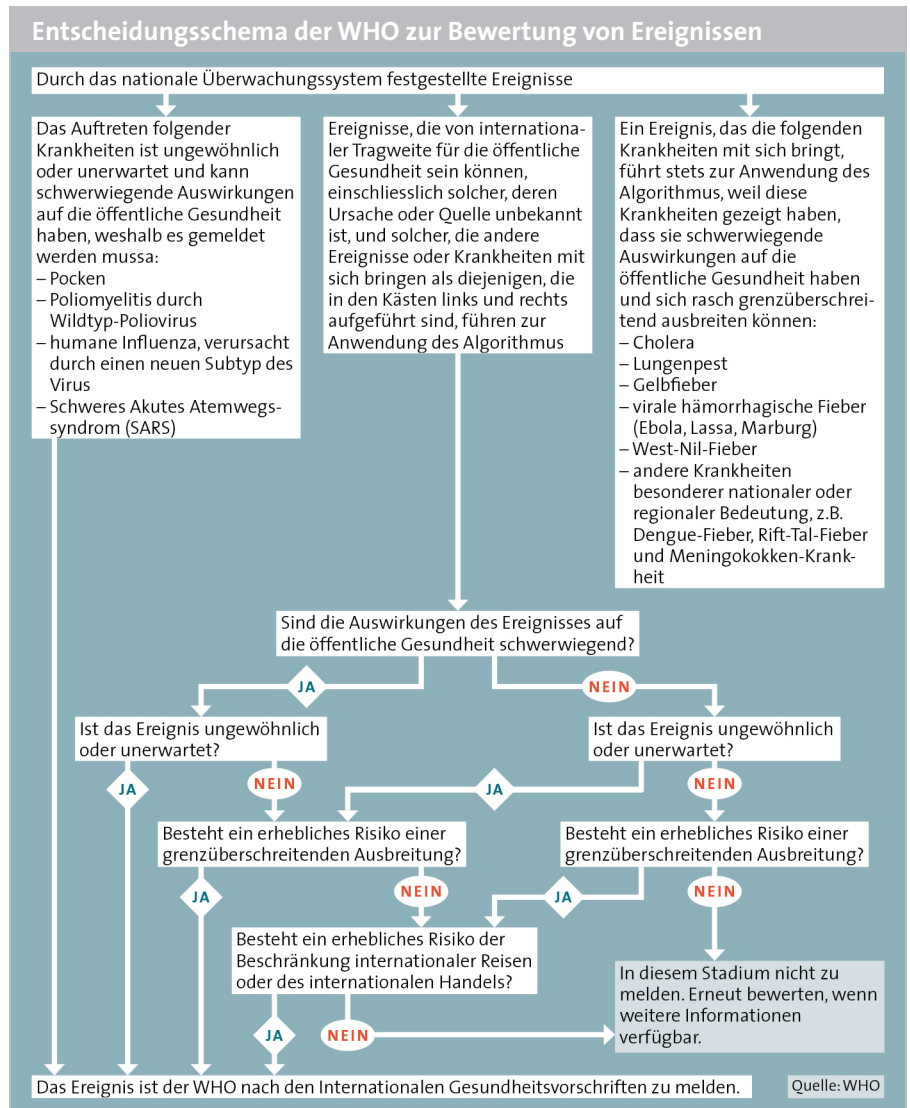
Von einer zwischenstaatlichen Zusammenarbeit ist allerdings frühestens seit dem Jahr 1851 zu sprechen: Damals kamen

in Paris zwölf Staaten zur ersten Internationalen Sanitätskonferenz zusammen. Diese sollte dazu dienen, internationale Regeln im Umgang mit übertragbaren Krankheiten, insbesondere Cholera, zu harmonisieren und verbindliche Vorschriften zu erarbeiten. Im Mittelpunkt der Konferenz und rund einem Dutzend in späteren Jahren folgenden Tagungen, standen dabei Überlegungen, wie sich Staaten vor der Ausbreitung ansteckender Krankheiten schützen können, ohne durch diese Massnahmen den internationalen Waren- und Personenverkehr zu gefährden. Die Konferenzen legten den Grundstein für das internationale Gesundheitsregime, das über die folgenden Jahrzehnte fortbestehen sollte. Zwei Prinzipien standen dabei im Mittelpunkt: Einerseits willigten die teilnehmenden Staaten ein, sich gegenseitig über den Ausbruch bestimmter Krankheiten innerhalb ihrer Landesgrenzen zu informieren. Zum anderen verpflichteten sie sich, dass die ergriffenen Massnahmen zur Krankheitsabwehr und zum Schutz vor Ausbreitung keine unverhältnismässigen Auswirkungen auf den grenzüberschreitenden Handel haben würden. Erlassene Vorschriften und Einschränkungen mussten im Einklang stehen mit der damals akzeptierten wissenschaftlichen Evidenz.

Die Gründung der WHO im Jahr 1948 trug dazu bei, die unterschiedlichen regionalen Ansätze und Verträge zu harmonisieren und ein international anerkanntes Koordinationsorgan zu schaffen. Das Hauptaugenmerk der Genfer Organisation lag insbesondere in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Gründung auf der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Zu ihren Kompetenzen gehören primär technische und medizinisch-wissenschaftliche Koordinationsaufgaben und die Erarbeitung von medizinischen Standards, sowie das systematische Zusammentragen und Publizieren von Informationen über Krankheitsausbrüche («epidemic intelligence»).

Reformanstoss in den 1990er-Jahren

Auch wenn die Organisation etwa bei der Ausrottung der Pockenkrankheit in den 1970er-Jahren durchaus Erfolge vorzuweisen hat, wies das globale Regime zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gravierende Mängel auf. So verschleierten Staaten aus Angst vor negativen wirtschaftlichen Folgen und Reputationsverlusten oftmals Krankheitsausbrüche innerhalb ihrer Landesgrenzen. Zudem war die Informationsverpflichtung ohnehin auf einige wenige Erkrankungen beschränkt: Mussten ursprünglich sechs Krankheiten



im Ausbruchsfall an die Organisation gemeldet werden (Cholera, Pest, Gelbfieber, Pocken, Typhus und Rückfallfieber), waren es 1995 nur noch drei (Cholera, Pest und Gelbfieber). Nachdem es in den 1990er-Jahren zu einer Reihe von schweren Krankheitsausbrüchen kam, etwa einem Chole-
raausbruch in Südamerika oder einer Ebolaepidemie im damaligen Zaire, beschloss die WHO 1995 eine Reform der Regularien zur Krankheitskontrolle.

Erst der SARS-Ausbruch im Jahr 2002/03 verlieh dem Anliegen jedoch genug Dringlichkeit, um eine Übereinkunft zu erzielen. Die neu aufgetretene Erkrankung, die durch ein bis dato unbekanntes Virus ausgelöst wurde, breitete sich innerhalb weniger Wochen weltweit aus und befeuerte die Angst vor einem unkontrollierbaren «Kil-
lervirus»: Ein aus der chinesischen Provinz

Guangdong stammender Patient, der zu einer Hochzeitsfeier nach Hongkong gereist war, infizierte dort weitere Gäste, die ihrerseits nach ihrer Weiterreise die Krankheit verbreiteten. So gelangte das Virus innerhalb kurzer Zeit entlang stark frequentierter internationaler Flugrouten nach Singapur, Vietnam und Kanada. Innerhalb weniger Monate erkrankten mehr als 8000 Personen in 25 Ländern auf fünf Kontinenten, 800 starben an der Erkrankung.

«Neue» Vorschriften

Vor dem Hintergrund der SARS-Pandemie einigten sich die WHO-Mitgliedstaaten im Jahr 2005 auf eine weitreichende Reform der bis dato gültigen Gesundheitsvorschriften. Zwar sollen die Regularien weiterhin eine Balance ermöglichen zwischen Massnahmen zur Kontrolle und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ei-

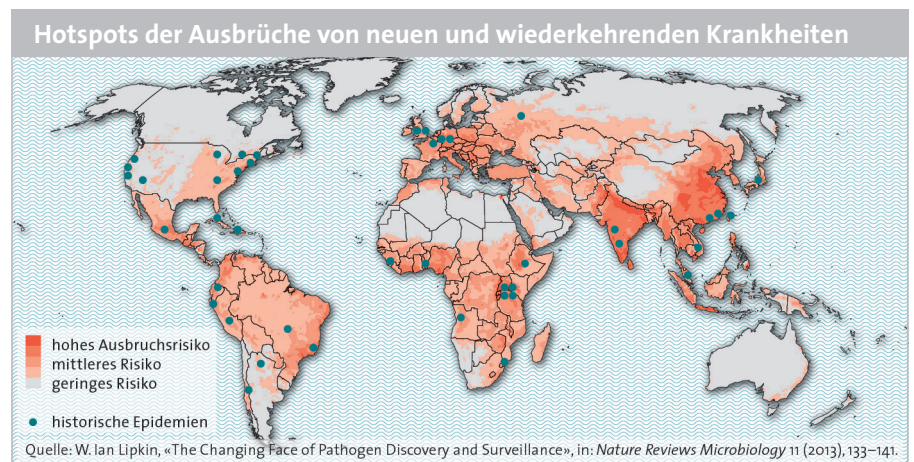
nerseits und einer möglichst geringen Beeinträchtigung von grenzüberschreitendem Handel und Personenverkehr andererseits. Allerdings stellen sie nun viel umfassendere Anforderungen an die WHO-Mitgliedstaaten. Drei Aspekte sind hier von besonderer Bedeutung: das erweiterte Meldeschema; die Verpflichtung der WHO-Mitgliedstaaten, nationale Meldesysteme und Kapazitäten für Schutzmassnahmen aufzubauen; sowie die Einbeziehung nicht-staatlicher Akteure.

Die radikalste Veränderung der Vorschriften bezieht sich, *erstens*, auf die zu meldenden Krankheitsausbrüche. Anders als in früheren Jahren müssen Staaten heute nicht mehr nur den Ausbruch bestimmter vordefinierter Krankheiten melden, sondern alle Ereignisse, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen und eine «gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite» sein können. Dies kann bekannte Erkrankungen wie Cholera, Gelbfieber oder Ebola ebenso umfassen wie neuartige, bislang unbekannte Krankheitsbilder – ungeachtet ihres Ursprungs

Die neuen Gesundheitsvorschriften stellen nun viel umfassendere Anforderungen an die WHO-Mitgliedstaaten.

oder ihrer Quelle. Die Vertragsstaaten sind dazu verpflichtet, für ihre Beurteilung von Ereignissen einen Entscheidungsalgorithmus (siehe Box S. 2) zu nutzen. Ausschlaggebend ist dabei nicht die Krankheitsursache, sondern der Schweregrad und die Gefahr einer internationalen Ausbreitung. Damit soll gewährleistet werden, dass auch solche Ereignisse gemeldet werden, die keinem bekannten Erreger oder keiner offensichtlichen Ursache zugeordnet werden können. Darunter fallen nicht nur neuartige, bislang unbekannte Pathogene (siehe Karte S.3), sondern theoretisch auch Ausbrüche, die durch biologische oder chemische Wirkstoffe oder durch radiologisches Material ausgelöst wurden.

Zweitens verpflichten sich die WHO-Mitgliedstaaten dazu, auf ihrem gesamten Staatsgebiet umfassende Kapazitäten zur Erkennung und Meldung sowie Bekämpfung von Krankheitsausbrüchen aufzubauen, um relevante Ereignisse schnell erfassen und innerhalb von 24 Stunden nach Entdeckung an die WHO melden zu können. Dafür bestimmt jeder Staat eine nationale IGV-Anlaufstelle (in der Schweiz ist



dies das Bundesamt für Gesundheit), die permanent Kontakt zur WHO unterhält und im Ereignisfall für die interne und externe Kommunikation zwischen der WHO und den Behörden vor Ort zuständig ist. Zudem müssen die Staaten, soweit nicht bereits vorhanden, innerhalb von fünf Jahren auf allen administrativen Ebenen (kommunal, intermediär, national) ein funktionierendes Meldewesen aufbauen. Hierzu gehört zum Beispiel, dass bereits auf lokaler Ebene Informationen über klinische Beschreibungen des Ausbruchs, Laborergebnisse, Zahl der Krankheits- und Todesfälle sowie getroffene Gesundheitsmassnahmen gesammelt und an die nächst höhere Instanz weitergegeben werden und dass erste Bekämpfungsmaßnahmen unverzüglich durchgeführt werden können. Die Regularien sehen zudem vor, dass Staaten nationale Pläne erarbeiten, um auf Gesundheitskrisen reagieren zu können und dass sie logistische Kapazitäten und multidisziplinäre Einsatzteams bilden, die jederzeit vor Ort Massnahmen umsetzen können.

Die neuen Gesundheitsvorschriften sehen, *drittens*, vor, dass die WHO nicht mehr ausschliesslich auf die Kooperation und die Meldungen nationaler Regierungen angewiesen ist. Sie darf nun auch Hinweise von nicht-staatlichen Akteuren nutzen, um gegebenenfalls auch ohne Zustimmung des betroffenen Staates einen internationalen Gesundheitsnotstand auszurufen und Massnahmen zu empfehlen. Angesichts der Entwicklungen im Bereich der Kommunikationstechnologie ist dies besonders relevant: Heute existieren eine Vielzahl von Internet-basierten Informationsmedi-

en (*digital disease surveillance*), die epidemiologische Informationen über potenzielle Ausbrüche und ungewöhnliche Krankheitsereignisse zusammentragen.

Nationale und globale Umsetzung

In der Schweiz hat der Bundesrat die IGV im Jahr 2006 genehmigt und eine Anpassung der relevanten Bereiche des nationalen Rechts in Auftrag gegeben. Da die Schweiz unabhängig von den Entwicklungen im Rahmen der WHO bereits über viele der notwendigen Kapazitäten im Bereich Krankheitsüberwachung und -bekämpfung verfügte, betrafen wesentliche Änderungen insbesondere die Revision des Epidemiengesetzes sowie eine Überarbeitung des nationalen sowie der kantonalen Pandemiepläne. Im Vordergrund stand dabei die Klärung und Straffung von Kompetenzen zwischen Kantonen und Bund im Krisenfall. Die grösste Herausforderung bestand darin, Verantwortlichkeiten zu bündeln und ein kohärentes Krisenmanagement innerhalb des föderalen Systems zu garantieren. Wesentliche Neuerung ist ein dreistufiges Eskalationsmodell aus normaler, besonderer und ausserordentlicher Lage, welches vorsieht, die Kompetenzen abhängig vom Schweregrad des Ereignisses hin zum Bund zu verschieben. Die Pandemiepläne des Bundes und der Kantone stellen zudem die konkrete Strategie zur Pandemiebewältigung im Ereignisfall dar: Hierzu gehören logistische Massnahmen zur Impfstoff- und Medikamentenverteilung und zur medizinischen Versorgung ebenso wie Verhaltensgrundsätze und Kommunikationsprinzipien.

Andere Staaten stellt die Umsetzung der Vorschriften in nationales Recht und insbesondere die Errichtung der notwendigen

medizinischen und logistischen Infrastruktur jedoch vor grössere Probleme: Bis Ende 2016 haben weniger als 75% der Staaten weltweit die IGV implementiert und die

Das globale Regime zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten ist nur so stark wie die schwächsten Glieder der Kette, also die lokale Gesundheitsversorgung.

geforderten Kernkapazitäten geschaffen. Gerade für Entwicklungsländer, die vielfach nur über rudimentäre Gesundheitssysteme und geringe finanzielle Ressourcen für das Gesundheitswesen verfügen, ist die Umsetzung der IGV-Vorgaben sehr anspruchsvoll. Zudem befürchten Kritiker, dass Staaten sich gezwungen sehen könnten, Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens umzuschichten. Die Errichtung der geforderten Kapazitäten könnte dann auf Kosten der Basisversorgung beziehungsweise anderer prioritärer Ziele wie etwa der Reduktion der Säuglingssterblichkeit erfolgen. Ohne konkrete internationale Finanzierungshilfen, die ursprünglich nicht vorgesehen waren, wird es deshalb schwer möglich sein, die IGV weltweit zu etablieren, will man nicht andere Gesundheitsziele gefährden.

Darüber hinaus wird vielfach bemängelt, dass die neuen IGV in erster Linie die Prioritäten der Industrieländer widerspiegeln und den Versuch darstellen, den Ausbruch übertragbarer Krankheiten im Süden schnell zu erkennen, um ein Übergreifen auf den Norden zu verhindern. Um einen fundamentalen Beitrag zur globalen Gesundheitssicherheit zu leisten, müsste die Bekämpfung von Krankheitsursachen – Armut, mangelnde Hygiene, unzureichende medizinische Grundversorgung, fehlender Zugang zu Medikamenten – im Zentrum der Anstrengungen stehen, so die Kritiker.

Nur ein Mosaikstein

Der dramatische und lange Zeit zu wenig beachtete Verlauf der Ebola-Epidemie in

Westafrika im Jahr 2014, also fast ein Jahrzehnt nach Verabschiedung der IGV, hat in der Tat die Frage aufgeworfen, inwiefern die neuen Gesundheitsvorschriften zur globalen Gesundheitssicherheit beitragen. Mehr als 30'000 Menschen erkrankten allein in den am schwersten betroffenen Staaten Sierra Leone, Liberia und Guinea, 11'000 Menschen fielen der Epidemie zum Opfer. Die WHO geriet in die Kritik, zu spät und zu zögerlich auf

den Ausbruch reagiert zu haben: Erst vier-einhalb Monate nach Ausbruch der Krankheit und zweieinhalb Monate, nachdem Médecins Sans Frontières die Situation als «ausser Kontrolle» beschrieben hatten, rief die Genfer Organisation einen internationalen Gesundheitsnotstand aus.

Gleichzeitig machte der Ausbruch deutlich, dass das globale Regime zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten nur so stark ist wie die schwächsten Glieder der Kette, also die lokale Gesundheitsversorgung. Staaten müssen zumindest über eine minimale, funktionierende Gesundheitsinfrastruktur verfügen, um die IGV überhaupt implementieren und operationalisieren zu können. Dazu bedarf es sowohl finanzieller als auch technischer Unterstützung durch die WHO und die Industrieländer. Die seit Jahren voranschreitende Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur hat sich dabei nicht unbedingt als hilfreich erwiesen: Private und öffentliche Initiativen, Stiftungen und NGOs, Unternehmen, nationale Gesundheitsbehörden, multilaterale Initiativen wie die G7 oder G20 und internationale Organisationen wie die Weltbank, der Internationale Währungsfond (IMF) und die Welthandelsorganisation (WTO) sind zu einflussreichen Akteuren in der Gesundheitspolitik geworden. Die Koordinations- und Führungsfunktion der WHO wurde auf diese Weise geschwächt.

Massive Budgetkürzungen haben zudem dazu beigetragen, dass die Organisation sowohl in der Zentrale in Genf als auch regional viele Stellen abbauen musste und dadurch Expertise verlor, die im Falle einer

akuten Gesundheitskrise nicht sofort wieder aufzubauen ist. Das Vorhaben der Schweiz, im Rahmen ihrer 2012 verabschiedeten Gesundheitsausserpolitik auf eine Stärkung der WHO und eine Konsolidierung der globalen Gesundheitsarchitektur hinzuwirken, ist vor diesem Hintergrund besonders relevant.

Der Ebola-Ausbruch illustriert jedoch auch eine weitere grundlegende Schwäche der globalen Gesundheitsarchitektur: Der Erreger, der die Krankheit auslöst, ist keineswegs neu; bereits seit den 1970er-Jahren ist das Virus identifiziert. Dennoch gab es bis 2015 keinen Impfstoff, da unter «normalen» Markt- und Renditeerwartungen für die Pharmaindustrie nur geringe Anreize bestehen, in die Forschung für Krankheiten zu investieren, wenn diese relativ selten sind oder in erster Linie in armen Ländern auftreten. Neue Finanzierungsmodelle und Public-Private Partnerships (wie zum Beispiel das *Pandemic Emergency Financing Instrument* der Weltbank oder der *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*) sind notwendig, um die Forschung und Entwicklung in diese Richtung zu lenken. Allerdings warnen Beobachter bereits heute davor, die Gesundheitsversorgung weiter zu «vermarktlichen» und ökonomischen Zielen unterzuordnen.

Die Verabschiedung der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Jahr 2005 ist also nur ein Mosaikstein der globalen Gesundheitssicherheit. Um die Gefahr durch Pandemien wirksam einzudämmen, sind in den kommenden Jahren weitere politische, soziale, finanzielle und medizintechnologische Fortschritte auf nationaler und vor allem globaler Ebene erforderlich.

Dr. Ursula Jasper ist Senior Researcher am Center for Security Studies (CSS) der ETH Zürich. Sie ist unter anderem Autorin von «Die Gesundheitsausserpolitik der Schweiz: Eine Zwischenbilanz» (in: *Bulletin 2017 zur schweizerischen Sicherheitspolitik*, erscheint im November).

Die **CSS Analysen** zur Sicherheitspolitik werden herausgegeben vom Center for Security Studies (CSS) der ETH Zürich. Jeden Monat erscheinen zwei Analysen auf Deutsch, Französisch und Englisch. Das CSS ist ein Kompetenzzentrum für schweizerische und internationale Sicherheitspolitik.

Herausgeber: Christian Nünlist und Matthias Bieri
Lektorat: Christian Nünlist
Layout und Infografiken: Miriam Dahinden-Ganzoni
ISSN: 2296-0236

Feedback und Kommentare: analysen@sipo.gess.ethz.ch
Bezug und Abonnement: www.css.ethz.ch/cssanalysen

Zuletzt erschienene CSS-Analysen:

Die Opec unter Druck: Strategiefragen im Ölmarkt Nr. 216
Malis fragiler Frieden Nr. 215
Der Strafgerichtshof im Kreuzverhör Nr. 214
NATO: Die Grenzen für Resilienz erweitern Nr. 213
Die Regierung Trump und die Grand Strategy der USA Nr. 212
Mediation in bewaffneten Konflikten Nr. 211