

VEREINTE 50 Jahre NATIONEN

Zeitschrift für die Vereinten Nationen und ihre Sonderorganisationen
German Review on the United Nations

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für die
Vereinten Nationen (DGVN)



Die WHO im globalen Gesundheitssystem

AUS DEM INHALT

Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel

›Gesundheit für alle‹ bleibt oberstes Ziel

Yves Beigbeder

Reformfähig oder irrelevant?

Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle
in der globalen Gesundheitspolitik

Cornelia Ulbert

Weltgesundheitsorganisation: Besinnung auf die Kernaufgaben

Marc Engelhardt

Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis

Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll

Anand Grover · Fiona Lander

Aus dem Bereich der Vereinten Nationen

Vertrag über den Waffenhandel |

Staatenkonferenz 2.–27. Juli 2012

Michael Brzoska · Ulrich Kühn



BWV ·
BERLINER WISSENSCHAFTS-VERLAG

5 12

60. Jahrgang | Seite 193–240
ISSN 0042-384X | M 1308 F

Globale Gesundheitspolitik im Umbruch

Weltweite Impfkampagnen, der Kampf gegen HIV/Aids, Malaria und Influenza-Pandemien und das Anti-Tabak-Übereinkommen: Jahrzehntlang nahm die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der internationalen Gesundheitspolitik unangefochten die Führungsrolle ein. Doch seit den neunziger Jahren sind neue, finanzstarke Spieler hinzugekommen. Einige der Kernaufgaben der WHO haben öffentlich-private Partnerschaften wie die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung übernommen. Das unglückliche Management der Schweinegrippe-Pandemie in den Jahren 2009/2010 und eine massive Finanzkrise im Jahr 2011 ließen die Stimmen nach einer Reform der Organisation immer lauter werden.

Wo steht die WHO heute? **Yves Beigbeder** zeichnet die Geschichte nach und erläutert die aktuellen und künftigen Herausforderungen. Die größte ist, mit der Abhängigkeit von freiwilligen Leistungen von Staaten, öffentlich-privaten Stiftungen und Unternehmen so umzugehen, dass die Glaubwürdigkeit und Kompetenz der Organisation keinen Schaden nehmen und die Kernaufgaben erfüllt werden können.

Cornelia Ulbert sieht dies ähnlich, macht aber die WHO selbst für einige der Probleme mitverantwortlich. Die Finanzkrise im Jahr 2011 sei auch eine Vertrauenskrise gewesen. Die Mitgliedstaaten bemängeln die Führungsstruktur, die allzu bürokratischen Management-Prozesse und die Qualität der Arbeit. Soll eine Reform erfolgreich sein, müssen die Mitgliedstaaten sich auf eine Agenda einigen und ausreichend Mittel zur Verfügung stellen. **Marc Engelhardt** ist der Ansicht, dass zwei der wesentlichen Kernaufgaben bereits heute vernachlässigt werden: Qualitätssicherung bei lebenswichtigen Arzneimitteln und der Zugang zur medizinischen Grundversorgung.

Für den Sonderberichterstatte über das Recht auf Gesundheit **Anand Grover** liegen die größten Herausforderungen in der Praxis. Dazu gehören die Kriminalisierung von Sexarbeit, Homosexualität und Abtreibung, das Problem des mangelnden Zugangs zu Gesundheitsdiensten und die Zunahme der Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten. Um das Recht auf Gesundheit für Staaten, privaten Stiftungen und die Pharmaindustrie fassbar zu machen, sollte ein Rahmenübereinkommen geschaffen werden.



Ich wünsche eine anregende Lektüre.

Anja Papenfuß, Chefredakteurin
papenfuss@dgvn.de

Die WHO im globalen Gesundheitssystem

Inhalt

Yves Beigbeder

Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel

›Gesundheit für alle‹ bleibt oberstes Ziel

195

Cornelia Ulbert

Reformfähig oder irrelevant?

Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheitspolitik

202

Anja Mihr

Standpunkt: Menschenrechtsbildung im Alltag integrieren

208

Marc Engelhardt

Weltgesundheitsorganisation: Besinnung auf die Kernaufgaben

209

Anand Grover · Fiona Lander

Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis

Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll

214

Friederike Bauer

50 Jahre Essay | 50 Jahre Zeitschrift VEREINTE NATIONEN: aus der Sicht einer Journalistin

219

AUS DEM BEREICH DER VEREINTEN NATIONEN

Allgemeines

Anja Papenfuß

Generalversammlung | 65. Tagung 2010/2011

220

Politik und Sicherheit

Michael Brzoska · Ulrich Kühn

Vertrag über den Waffenhandel | Staatenkonferenz 2.–27. Juli 2012

223

Wirtschaft und Entwicklung

Johannes Wendt

UNCTAD | XIII. Tagung 2012

226

Sozialfragen und Menschenrechte

Birgit Peters

Menschenrechtsausschuss | 101. bis 103. Tagung 2011

227

Stefanie Lux

Frauenrechtsausschuss | 48. bis 50. Tagung 2011

230

Theresia Degener

Behindertenrechtskonvention | 4. bis 6. Tagung 2010/2011

232

BUCHBESPRECHUNGEN

234

50 Jahre RÜCKSCHAU: Aus Heft 4/2002

235

PERSONALIEN

236

DOKUMENTE DER VEREINTEN NATIONEN

237

English Abstracts

239

Impressum

240

Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel

›Gesundheit für alle‹ bleibt oberstes Ziel

Yves Beigbeder

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer 64-jährigen Geschichte Höhen und Tiefen durchlaufen. Besonders in den letzten Jahren sah sich die Organisation starker Kritik ausgesetzt. Zum einen hatte die unglückliche Handhabung der Schweinegrippe-Pandemie ihre Glaubwürdigkeit erschüttert und zum anderen stürzte die WHO im Jahr 2011 in eine Finanzkrise. Die Nähe zur Pharmaindustrie und die Abhängigkeit von freiwilligen Beitragsleistungen sind die größten Herausforderungen, denen sich die Organisation in den nächsten Jahren stellen muss.

Die 65. Weltgesundheitsversammlung, die am 26. Mai 2012 endete, verabschiedete wichtige Entscheidungen für die Zukunft der Organisation. Die Versammlung bestätigte den eingebrachten Entwurf des Exekutivrats, das Mandat von Margaret Chan als Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) um eine zweite Amtsperiode von fünf Jahren zu verlängern. Zusätzlich wurde das Mandat für eine Reform der Organisation erteilt. Dies war notwendig geworden, da die WHO nicht nur aufgrund ihres Umgangs mit der Schweinegrippe-Pandemie (2009–2010) in eine Glaubwürdigkeitskrise gestürzt war, sondern zusätzlich dazu auch im Jahr 2011 von einer Finanzkrise hart getroffen wurde. Darüber hinaus sieht sich die Organisation durch mächtige Akteure in ihrer ureigenen Rolle als ›leitende und koordinierende Behörde des internationalen Gesundheitswesens‹ immer mehr bedroht.

Die Ursprünge

Die Idee, eine Weltgesundheitsorganisation zu gründen, entstand zum einen auf den Internationalen Gesundheitskonferenzen, die von 1851 bis 1935 stattfanden, und zum anderen durch die Verabschiedung der ersten Internationalen Konvention im Jahr 1903. Das Ziel war damals, Europa vor exotischen tödlichen Krankheiten wie Pest, Gelbfieber oder Cholera zu schützen ohne dabei den internationalen Handel allzu sehr einzuschränken. Auf diesem Gebiet effektive Maßnahmen zu ergreifen, wurde dadurch erschwert, dass kaum verlässliche und wissenschaftliche Erkenntnisse über diese Krankheiten vorlagen. Außerdem waren die damaligen internationalen Beziehungen von europäischen Staaten, den USA und latein-amerikanischen Staaten dominiert. Einige Gesundheitsorganisationen wurden auf regionaler Ebene ins Leben gerufen: kleine Gesundheitsräte in Kon-

stantinopel (1839), Tanger (1940), Alexandria (1843) und Teheran (1867). Die erste zwischenstaatliche Gesundheitsorganisation war das Panamerikanische Gesundheitsamt, das im Jahr 1902 in Washington, D.C. gegründet wurde, gefolgt von dem 1907 in Paris gegründeten Internationalen Amt für öffentliche Hygiene. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde das Pariser Amt im Jahr 1923 nach Genf umgesiedelt und unter die Schirmherrschaft des Völkerbunds gestellt. Während des Zweiten Weltkriegs errichteten die Alliierten im humanitären Bereich im Jahr 1941 die Nothilfe- und Wiederaufbauverwaltung der Vereinten Nationen (UNRRA): Diese half Millionen von Menschen in 25 Ländern unter anderem durch medizinische Hilfe, Impfungen, Lebensmittel, Kleidung und medizinische und andere Lieferungen.

Diese ersten Bemühungen der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor waren wichtige Erfahrungen für die WHO. Der normative Rahmen der WHO beruht auf den frühen internationalen Gesundheitsübereinkommen. Das Panamerikanische Gesundheitsamt war Vorbild für die regionale Struktur.¹ Die Organisation wurde schließlich im Jahr 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet.

Die Struktur der WHO

Die WHO besteht aus der Weltgesundheitsversammlung, dem Exekutivrat, dem Sekretariat sowie mehreren Regionalbüros. Jedes Jahr im Mai tritt die Weltgesundheitsversammlung, bestehend aus den Vertretern aller – gegenwärtig 194 – Mitgliedstaaten, auf ihrer ordentlichen Jahrestagung am Amtssitz in Genf zusammen. Die Versammlung entscheidet über die politischen Maßnahmen, ernennt den/die Generaldirektor/in, analysiert Berichte und Aktivitäten des Exekutivrats und genehmigt den Haushalt.

Der Exekutivrat besteht aus 34 Personen (seit 2005), die im Gesundheitsbereich ausgebildet sind und ihre jeweiligen Regierungen repräsentieren. Sie werden unter Berücksichtigung einer ausgewogenen geografischen Verteilung von der Versammlung gewählt. Der Rat tritt mindestens zweimal im Jahr zusammen. Er legt der Versammlung Programmvorschläge vor, erwirkt Entscheidungen und politische Maßnahmen der Versammlung und entscheidet über Hilfsmaßnahmen in Situationen, die sofortiges Handeln erfordern. Zudem führt der Exekutivrat die ihm im Namen der gesamten Versammlung übertragenen Aufgaben aus.



Dr. Yves Beigbeder, geb. 1924, war von 1955 bis 1984 Personalreferent in verschiedenen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation, zuletzt war er stellvertretender Personalchef am Amtssitz in Genf.

Mitte der neunziger Jahre änderte sich das operative Umfeld. Es entstanden neue, parallel agierende oder rivalisierende Programme für die öffentliche Gesundheit.

Die Regionalbüros bestehen aus dem Regionalausschuss, zusammengesetzt aus den Mitgliedstaaten einer Region, und werden von Regionaldirektoren geleitet, denen ein Sekretariat zur Seite steht. Es gibt sechs Regionalbüros: Afrika, Amerika, Europa, Östliches Mittelmeer, Südostasien und westlicher Pazifik. Die Regionaldirektoren werden im Einvernehmen mit dem Regionalausschuss vom WHO-Exekutivrat ernannt. Insgesamt arbeiten gegenwärtig im Genfer Sekretariat und in den Regional- und Länderbüros 7817 Mitarbeiter, einschließlich der Mitarbeiter mit Zeitverträgen.²

Die WHO-Strategie

Ziel der WHO ist es, »allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu verhelfen«. Sie soll die »leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens« sein.³ Ihre »Autorität« leitet sie jedoch aus rechtlich nicht bindenden Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung ab und aus Bestimmungen und Empfehlungen sowie aus einigen wenigen rechtlich bindenden Übereinkommen.

In den ersten Jahren ihres Bestehens standen die Bekämpfung von Malaria, die Gesundheit von Mutter und Kind, die Behandlung von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten sowie Ernährung und Umwelthygiene an oberster Stelle der Agenda. Im Jahr 1955 startete die WHO ein ambitioniertes Programm zur Ausrottung von Malaria, welches gegen Ende der siebziger Jahre als gescheitert angesehen wurde. Das Programm zur Ausrottung der Pocken, das zwischen 1967 und 1977 durchgeführt wurde, war hingegen sehr erfolgreich. Im Jahr 1974 begann das erfolgreiche Onchozerkose-Kontrollprogramm (Flussblindheit) in Westafrika und das weltweit angelegte erweiterte Schutzimpfungsprogramm für Kinder.

Eine wichtige Innovation war die Verabschiedung der »Globalen Strategie zur Gewährleistung der Gesundheit aller Menschen bis zum Jahr 2000« durch die WHO und UNICEF im Jahr 1978 (heute durch die Millenniums-Entwicklungsziele bis zum Jahr 2015 verlängert). Zum einen wurde damit die Bedeutung der medizinischen Grundversorgung unterstrichen, und zum anderen wurde anerkannt, dass der bestmögliche Gesundheitszustand nur erreichbar ist, wenn zusätzlich zum Gesundheitssektor auch andere soziale und wirtschaftliche Sektoren einbezogen werden.⁴

Im Jahr 1987 initiierte die WHO das weltweite Programm zur Bekämpfung von HIV/Aids, ein Jahr später nahm die Organisation den Kampf gegen die Kinderlähmung auf.

Mitte der neunziger Jahre änderte sich das operative Umfeld. Es entstanden neue, parallel agierende oder rivalisierende Programme für die öffentliche Gesundheit, initiiert zum Beispiel von der

Weltbank oder von nichtstaatlichen Akteuren, wie der kapitalkräftigen Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung. Gleichzeitig eröffnete die Einrichtung öffentlich-privater Partnerschaften der WHO den Zugang zum gewinnorientierten Privatsektor und zur Pharmaindustrie.

Die Einrichtung des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNAIDS) im Jahr 1996,⁵ welches das Globale Aidsprogramm der WHO ersetzte, war ein Schlag gegen die Führungsspitze und ein Misstrauensvotum gegen das Management der Organisation.⁶

Der Umgang mit der Schweinegrippe-Pandemie in den Jahren 2009 und 2010 hat zudem der Glaubwürdigkeit der Organisation geschadet. Die Finanzkrise im Jahr 2011 und der nachfolgende Reformprozess hatten Einfluss auf Rolle und Identität der WHO sowie auf ihre komparativen Vorteile als eine staatlich geführte Organisation mit begrenzten Mitteln in einem kompetitiven Umfeld.⁷

Die Krise mit der Schweinegrippe-Pandemie

Im April 2009 wurde die WHO über das Auftauchen eines neuen Virus A(H1N1) informiert, das in neun Ländern Infektionen durch Mensch-zu-Mensch-Übertragung verursachte. Am 11. Juni 2009 rief sie den Beginn einer Pandemie aus, nachdem in zwei WHO-Regionen Infektionsfälle aus 74 Ländern bekannt geworden waren. Das Ende der Pandemie wurde im August 2010 bekannt gegeben: insgesamt 18 500 Todesfälle wurden gemeldet.

Sowohl die Medien als auch zwischenstaatliche Organisationen warfen der WHO vor, die Risiken der Krankheit überbewertet zu haben, nicht zuletzt unter Einfluss oder aufgrund des ausgeübten Drucks von Seiten der Pharmaindustrie sowie »unabhängiger Experten«, die auch in Verdacht standen, mit der Pharmaindustrie in enger Verbindung zu stehen.⁸

Der WHO-Überprüfungsausschuss wies im Mai 2011 große Teile der Kritik am WHO-Management hinsichtlich der Krise zurück, bescheinigte aber gleichzeitig ernste Mängel und machte Verbesserungsvorschläge.⁹ Die Organisation wurde von den Vorwürfen entlastet, kommerzielle Interessen hätten die Entscheidung der WHO, eine Pandemie auszurufen, beeinflusst. Trotzdem blieben ernste Zweifel bestehen über mögliche Interessenkonflikte einiger Experten der WHO-Beratergruppen. Auch mangelnde Transparenz und eine unzureichende Kommunikationsstrategie wurden kritisiert.

Die Finanzkrise 2011

Der Zweijahreshaushalt 2010–2011 war noch auf 5,68 Milliarden US-Dollar veranschlagt worden: im Jahr 2010 wurde ein Defizit von 300 Millionen

Die Organisation wurde von den Vorwürfen entlastet, kommerzielle Interessen hätten die Entscheidung der WHO, eine Pandemie auszurufen, beeinflusst.

US-Dollar verzeichnet. Der Zweijahreshaushalt 2012–2013 wurde von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 in einer Höhe von 3,96 Milliarden US-Dollar bewilligt, nachdem sich das Sekretariat um einen Etat von 4,8 Milliarden US-Dollar bemüht hatte.¹⁰ Diese Kürzung hatte den Abbau von über 300 Arbeitsplätzen (von insgesamt 2400 Stellen) am WHO-Amtssitz zur Folge.¹¹

Ausgelöst worden war die Finanzkrise in erster Linie durch einen starken Rückgang der freiwilligen Beitragsleistungen zum WHO-Haushalt, aber auch durch den ungünstigen Wechselkurs zwischen dem starken Schweizer Franken und dem schwachen US-Dollar.

In den siebziger Jahren bestand der WHO-Haushalt noch zu 80 Prozent aus den Pflichtbeiträgen der Mitgliedstaaten, dem sogenannten ›ordentlichen Haushalt‹. Die restlichen 20 Prozent ergaben sich aus den freiwilligen Beitragsleistungen. Heute ist es umgekehrt: Der ordentliche Haushalt 2010–2011 machte lediglich 17,3 Prozent der gesamten finanziellen Ressourcen aus. Die restlichen 82,7 Prozent bestanden aus freiwilligen Beitragsleistungen von Regierungen, anderen zwischenstaatlichen Organisationen, Stiftungen und Pharmaunternehmen. Dies hatte zur Folge, dass die WHO die Kontrolle über ihre Prioritätensetzung und Programme verlor.

Die zunehmende Abhängigkeit von freiwilligen Beitragsleistungen führt dazu, dass die von allen Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsversammlung anerkannten Prioritäten in den Hintergrund rücken und die Mittel, die zu ihrer Finanzierung zur Verfügung stehen, geringer werden. Programme, die auf das Interesse bei Gebern stoßen – etwa Programme, um bestimmte übertragbare Infektionskrankheiten einzudämmen oder auszurotten – sind in der Regel gut finanziert. Ein weiteres Problem liegt in der Unvorhersehbarkeit der freiwilligen Beitragsleistungen, was wiederum dazu führt, dass es für das Sekretariat schwieriger wird, langfristige Pläne aufzustellen und umzusetzen.

Die Abhängigkeit der WHO von externen Beitragszahlern führt zu ihrer teilweisen Privatisierung. WHO-Generaldirektorin Margaret Chan bestätigte, dass die Finanzkrise den Beginn einer neuen und fortwährenden Ära wirtschaftlicher Knappheit eingeläutet habe und man in einigen der traditionellen Arbeitsbereiche Einschnitte vornehmen müsse.¹²

Ein prozentualer Anstieg des ordentlichen Haushalts durch Beitragszahlungen der Regierungen ist, wiewohl wünschenswert, bei der gegenwärtigen globalen politischen und wirtschaftlichen Lage nicht realistisch.

Öffentlich-private Partnerschaften

Gro Harlem Brundtland, WHO-Generaldirektorin von 1998 bis 2003, öffnete die WHO für den Privat-

sektor. UN-Generalsekretär Kofi Annan schuf im Jahr 1999 den ›Globalen Pakt‹ zwischen den UN und der Wirtschaft und ermutigte zu öffentlich-privaten Partnerschaften (Public-Private Partnerships – PPPs).

Die WHO war bereits in den siebziger Jahren an Partnerschaften im Gesundheitsbereich beteiligt, unter anderem mit dem neu etablierten Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung in Tropenkrankheiten und dem Sonderprogramm für Forschung, Entwicklung und Weiterbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion. Im Jahr 1988 wurde die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung ins Leben gerufen, im Jahr 1989 das Onchokokose-Kontrollprogramm in Afrika und die Partnerschaft zur Zurückdrängung der Malaria im Jahr 1998. Ab dem Jahr 2000 nahm die Zahl der PPPs erheblich zu: dazu zählten die Globale Partnerschaft ›Stopp der Tb‹ und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Gemeinsam mit UNICEF, der Weltbank und der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung nimmt die WHO an der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (Global Alliance for Vaccines and Immu-

In den siebziger Jahren bestand der WHO-Haushalt noch zu 80 Prozent aus den Pflichtbeiträgen der Mitgliedstaaten.

1 Vgl. The First Ten Years of the World Health Organization, WHO, Genf 1958, Kap. 1 und 2.

2 Stand: 31. Dezember 2011, Human Resources: Annual Report, WHO Doc. A65/34 v. 15.5.2012.

3 WHO-Verfassung, Präambel, Art. 1 und 2 (a).

4 Zur Entstehung der Strategie und Programme der WHO in den Jahren 1948 bis 1991 siehe Yves Beigbeder et al., The World Health Organization, Dordrecht 1998, S. 16–29.

5 UNAIDS wurde durch Resolution 1994/24 des Wirtschafts- und Sozialrats geschaffen und nahm seine Arbeit im Jahr 1996 auf. Seine Ko-Sponsoren sind: ILO, UNHCR, UNICEF, UNODC, UNDP, UNFPA, UNESCO, WFP und WHO.

6 Vgl. Kelley Lee, The World Health Organization (WHO), London und New York 2009, S. 62.

7 Vgl. auch Yves Beigbeder, L'OMS en péril, Paris 2011.

8 Siehe: Council of Europe, Parliamentary Assembly, Resolution 1749(2010) v. 24.6.2010 sowie European Parliament Resolution of 8 March 2011 on Evaluation of the Management of H1N1 Influenza in 2009–2010 in the EU, EU Doc. 2010/2153(INI) v. 8.3.2011.

9 Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009, Report by the Director-General, WHO Doc. A64/10 v. 5.5.2011.

10 Die Zahlen für 2010–2011 sind zu finden in: Draft Proposed Programme Budget 2010–2011, WHO Doc. PPB/2010–2011; die Zahlen für 2012–2013 in Resolution WHA64.3 v. 20.5.2011.

11 Am 31. Juli 2011 hatte die WHO insgesamt 7836 Mitarbeiter, am 31. Dezember 2010 waren es noch 8273 Mitarbeiter gewesen, siehe Human Resources: Annual Report, WHO Doc. EB130/26 Add.1 v. 1.12.2011.

12 Rede von Margaret Chan bei der 64. Weltgesundheitsversammlung, WHO Doc. A64/3 v. 16.5.2011.

nization – GAVI) teil, die in ihren ersten zehn Jahren dazu beitrug, 325 Millionen Kinder zu impfen.

Die grundlegende Kritik an den PPPs betrifft die Einbeziehung kommerzieller Unternehmen, die als ›Partner‹ behandelt und mit zwischenstaatlichen Organisationen und Regierungen mit Entscheidungsbefugnis hinsichtlich gesundheitspolitischer Fragen gleichgestellt werden. Die finanziellen Ressourcen multinationaler Firmen und Stiftungen sind weitaus größer als die der WHO und bringen die WHO damit in eine Abhängigkeitsposition.

So betrogen zum Beispiel die freiwilligen Beitragsleistungen der Gates-Stiftung für den Zeitraum 2010–2011 437,2 Millionen US-Dollar. Sie lagen etwas über den freiwilligen Beitragsleistungen der USA in Höhe von 428,8 Millionen US-Dollar und waren beinahe doppelt so hoch wie die Beitragsleistungen Großbritanniens (217,2 Millionen US-Dollar).¹³ Die Beiträge der Gates-Stiftung machten einen bemerkenswerten Anteil am Gesamthaushalt der WHO für denselben Zeitraum aus, welcher bei 5,68 Milliarden US-Dollar lag.

Nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) zufolge, die am Netzwerk ›People's Health Movement‹ beteiligt sind, nehmen kommerzielle Interessen immer mehr Einfluss auf die Ziele und Strategien der WHO. Thomas Gebauer, Geschäftsführer der international tätigen deutschen Hilfsorganisation ›Medico International‹ wies darauf hin: »Der Löwenanteil von 25 Milliarden US-Dollar, den Gates in Gesundheitsprogramme innerhalb der letzten zehn Jahre weltweit investieren konnte, stammte aus den Einnahmen bekannter Firmen der chemischen, pharmazeutischen und Lebensmittel-Industrie, deren Geschäftspraktiken häufig den weltweiten Gesundheitsbemühungen zuwiderlaufen.« Zudem habe Bill Gates ein Vermögen damit verdient, das Recht auf geistiges Eigentum zu verteidigen, so Gebauer: Die Gates-Stiftung »unterstützt lieber patentierte Medikamente und Impfstoffe, anstatt frei zugängliche und preiswertere Generika zu fördern«.¹⁴

Analytiker und NGOs fordern, dass unabhängige Experten die komparativen Kostenvorteile und den Mehrwert von PPPs den Risiken und Kosten gegenüberstellen und bewerten sollen. Andere wiederum lehnen PPPs ab, da sie unvereinbar mit demokratischen Entscheidungsprozessen, wirtschaftlicher Gerechtigkeit und dem Recht auf Gesundheit seien. Sie plädieren für eine angemessene öffentliche Finanzierung der WHO unabhängig vom Privatsektor.

Die WHO unterhält enge, aber notwendige Beziehungen mit dem Privatsektor, dessen Macht offensichtlich ist und dessen Ressourcen von wesentlicher Bedeutung sind. Spendengelder und andere karitative Finanzierungsarten sind wichtige Beiträge für Gesundheitsprogramme. Gleichzeitig muss die WHO das große Ziel ›Gesundheit für alle‹ weiter

verfolgen, das hauptsächlich auf die Länder des Südens ausgerichtet ist. Seine Leitungsorgane und sein Sekretariat müssen, mit Hilfe von NGOs, die notwendigen Kontrollen gewährleisten, um die wissenschaftliche und technische Integrität der Organisation zu sichern.

Die Pharmaindustrie und unverzichtbare Arzneimittel

Die Liste der unverzichtbaren Arzneimittel wurde zum ersten Mal im Jahr 1977 von der WHO veröffentlicht. Sie wird alle zwei Jahre überarbeitet. Die Liste dient dazu, allen Bevölkerungsgruppen Zugang zu unverzichtbaren Arzneimitteln zu ermöglichen und sicherzustellen, dass diese sicher, wirksam und von guter Qualität sind und dass Medikamente verantwortungsbewusst verschrieben und angewandt werden. Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedete im Jahr 1986 die überarbeitete Arzneimittelstrategie und im Jahr 1988 die ›Ethischen Kriterien für die Arzneimittelwerbung‹, die als allgemeine Prinzipien von den Regierungen angewandt werden sollen.¹⁵ Ein Kodex der ›Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie‹ wurde vom Internationalen Verband der Pharmazeutikerhersteller und -verbände (IFPMA) entwickelt.

Ein besserer Zugang zu den unverzichtbaren Arzneimitteln und Impfstoffen ist insbesondere für Entwicklungsländer notwendig. Dazu ist es erforderlich, dass auf die Arzneien Preisnachlässe gegeben werden und dass die Forschung und Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung von Krankheiten, die von der Industrie vernachlässigt werden, ausgeweitet wird.

Geistiges Eigentum und das Recht auf Gesundheit

Seit dem Jahr 2001 hat die WHO im Bereich geistiges Eigentum und Patentschutz einen neuen zwischenstaatlichen Partner: die Welthandelsorganisation (WTO). Die WTO ist keine UN-Organisation und ihr Mandat, den Freihandel durch zwischenstaatliche Abkommen zu fördern, unterscheidet sich von dem der WHO, läuft ihm sogar manchmal zuwider.

Im November 2001 bekräftigte die WTO-Ministererklärung über das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS) und öffentliche Gesundheit das Recht der Mitgliedstaaten der WTO, das Monopol an Patentrechten in jenen Situationen zu ignorieren, in denen der Zugang zu Medikamenten für die gesamte Bevölkerung gesichert werden muss. In einer neuen WTO-Ministererklärung von 2003 wurde festgelegt, unter welchen Umständen die Staaten Medikamente importieren können, die andernorts unter Zwangslizenz hergestellt wurden. Als Thai-

Die grundlegende Kritik an den PPPs betrifft die Einbeziehung kommerzieller Unternehmen, die als ›Partner‹ behandelt werden.

Die WHO unterhält enge, aber notwendige Beziehungen mit dem Privatsektor, dessen Macht offensichtlich ist und dessen Ressourcen von wesentlicher Bedeutung sind.

land in den Jahren 2006/2007 Zwangslizenzen erteilte, wurde dies von der Pharmaindustrie, den USA, der EU und der Schweiz abgelehnt – fand jedoch Unterstützung durch NGOs.

Die Bemühungen der WHO, Staaten zum Dialog mit der Industrie zum Thema Zwangslizenz zu ermutigen, werden von den NGOs kritisch gesehen. Diese fordern die WHO auf, viel klarer Stellung zu den TRIPS-Auslegungen zu beziehen. NGOs empfehlen der WHO, den Mitgliedstaaten auf Anfrage technische Hilfe anzubieten, um die Anwendung der Zwangslizenzierung zu erleichtern, und Süd-Süd-Partnerschaften zu unterstützen, damit politische, technische und finanzielle Ressourcen dieser Länder gebündelt werden können. Den NGOs zufolge sollte die WHO eine aktivere und sichtbare Rolle dabei einnehmen, die Regierungen und die Pharmaindustrie daran zu erinnern, dass das Recht auf Gesundheit über den Ansprüchen des geistigen Eigentums, selbst wenn diese legitim sein sollten, und des Profits steht.

Internationale Normen: Der Norden gegen den Süden

Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) hat seit dem Jahr 1919 insgesamt 189 Konventionen verabschiedet. Im Vergleich dazu hat die WHO lediglich ein Abkommen, das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, sowie eine Vorschrift, nämlich die Internationalen Gesundheitsvorschriften, verabschiedet. Allgemein zieht es die WHO vor, rechtlich unverbindliche Empfehlungen und Resolutionen zu verabschieden, und somit nicht verpflichtet zu sein, diese zu kontrollieren oder Verstöße zu sanktionieren.

Die Verhandlung und Verabschiedung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten im Jahr 1981 war dem gegenläufigen Kräftenessen der Industrie und der nationalen sowie internationalen NGOs ausgesetzt, und entwickelte sich zu einer traumatischen Erfahrung für das WHO-Sekretariat (die USA stimmte gegen den Kodex). Der Kodex ist nicht mehr als eine Empfehlung und wird häufig ignoriert oder von der Industrie umgangen. Das Internationale Aktionsnetzwerk zur Säuglingsernährung (IBFAN) kontrolliert und berichtet über die Umsetzung des Kodex durch die Industrie und über nationale Gesetzgebung.

Die Verhandlungen zum Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs begannen während der Amtszeit von Gro Harlem Brundtland. Es wurde von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2003 einstimmig verabschiedet und trat im Jahr 2005 in Kraft.

Die Tabakindustrie hat jedoch nicht aufgegeben: sie nutzt heute WTO-Vorschriften, um das WHO-Übereinkommen anzufechten. Mit einem Gesetz



Delegationen der WHO-Mitgliedstaaten diskutieren während der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 die Reform der Organisation. Foto: WHO

wurde in Australien beschlossen, dass ab 1. Dezember 2012 alle Tabakprodukte in neutraler Verpackung verkauft werden sollen – eine erprobte Methode, um das Rauchen zu verringern. Der multinationale Tabakkonzern Philip Morris verklagte daraufhin Australien, und die Industrie lobbyiert in einem Streitverfahren vor der WTO gegen die Entscheidung mit einem Antrag, den unter anderem Honduras und die Ukraine eingebracht haben, mit der Begründung, es lägen Verstöße gegen die Vereinbarungen des TRIPS-Abkommens vor.

Die Antwort von WHO-Generaldirektorin Margaret Chan fiel jedoch deutlich aus. Sie rief weltweit zur Unterstützung Australiens auf und warf der Tabakindustrie vor, Einschüchterungsmethoden anzuwenden und »extrem aggressiv« und »zähnefletschend« vorzugehen. Auch diese Streitfrage ist ein Beispiel für den andauernden Zielkonflikt zwischen der Sicherung öffentlicher Gesundheitsstandards und dem freien Handel.¹⁶

Bezüglich der Obergrenze von ungebundenen Zuckern für eine gesunde Ernährung musste sich die WHO aufgrund zu starker Opposition der Zuckerindustrie auf Empfehlungen beschränken. Im Jahr

Es besteht ein andauernder Zielkonflikt zwischen der Sicherung öffentlicher Gesundheitsstandards und dem freien Handel.

¹³ Voluntary Contributions by Fund and by Donor for the Financial Period 2010–2011, WHO Doc. A65/29 Add.1 v. 5.4.2012.

¹⁴ Das ›People's Health Movement‹ ist ein Netzwerk von NGOs, die sich auf Gesundheitspolitik spezialisiert haben und in mehr als 70 Ländern arbeiten. Siehe Andreas Zumach, Who Is Really Helping the WHO?, Deutsche Welle, 21.5.2012.

¹⁵ World Health Assembly Resolution WHA39.27, Mai 1986; WHA41.17, Mai 1988.

¹⁶ William New, WHO Head Urges Global Support for Australia in Fight Against Tobacco, Intellectual Property Watch, 22.3.2012, www.ip-watch.org/2012/03/22/who's-chan-urges-global-support

Alkohol wurde endlich als neuer offizieller ›Feind‹ der WHO und der öffentlichen Gesundheit dem Tabak gleichgestellt.

2010 hat sie die ›Globale Strategie zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs‹ verabschiedet: Alkohol wurde endlich als neuer offizieller ›Feind‹ der WHO und der öffentlichen Gesundheit dem Tabak gleichgestellt, jedoch mit dem Unterschied, dass lediglich der exzessive Alkoholkonsum verurteilt wurde, nicht aber Alkohol als solches. Auch diese Strategie ist nur eine Empfehlung, kein rechtsverbindliches Übereinkommen.

Forschung und Entwicklung bei vernachlässigten Krankheiten

Während der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 wurde die Generaldirektorin in einer Resolution aufgefordert, ein offenes Treffen der Mitgliedstaaten abzuhalten, um den Bericht einer Expertengruppe zu diskutieren.¹⁷ Die Gruppe hatte Empfehlungen ausgearbeitet, wie die Forschung und Entwicklung bei vernachlässigten Tropenkrankheiten (wie etwa der Schlafkrankheit, der Chagas-Krankheit, Bilharziose und Leishmaniose) besser koordiniert werden kann.¹⁸ Die Krankheiten betreffen überproportional arme Länder und werden von der Pharmaindustrie vernachlässigt. Laut Ärzte ohne Grenzen wurden von 1975 bis 2004 nur 18 von insgesamt 1556 Medikamenten entwickelt, die für die Pathologien in armen Ländern anwendbar sind.¹⁹

In ihrem Bericht hat die Expertengruppe empfohlen, dass die Mitgliedstaaten Verhandlungen für ein rechtsverbindliches Übereinkommen aufnehmen sollten.²⁰ Weitere Vorschläge waren:

- Erhöhung der öffentlichen Investitionen mittels zusammengelegter Mittel (pooled funds) zur Finanzierung von Forschungseinrichtungen, einschließlich Partnerschaften in der Produktentwicklung auf langfristiger, gesicherter Basis;
- Direkte Zuwendungen an Firmen in Entwicklungsländern;
- Erhöhung der Finanzmittel durch die Erhebung von Steuern für Tabak und Alkohol, eine Steuer für Finanztransaktionen, Förderung der privaten Finanzierung;
- Einrichtung von Patentpools: Patentinhaber übertragen die Lizenz ihrer Patente nach ausgehandelten Bedingungen an einen gemeinsamen Pool und berechtigten Hersteller, die Lizenzen aus diesem Pool unter Anwendung besonderer Auflagen zu verwenden;
- Sozial gerechte Lizenzierungsmodelle (Equitable Access Licensing): damit sollen erschwingliche Versionen in armen Ländern zur Verfügung gestellt werden.

Die Diskussionen in der Weltgesundheitsversammlung verliefen entlang der üblichen Linien zwischen

den Ländern des Nordens und des Südens. Die USA, Japan, Kanada, Australien und Monaco, mit Unterstützung der EU, waren in den Diskussionen gegen ein rechtlich bindendes Instrument – hauptsächlich also jene Länder mit einer starken Pharmaindustrie. Die Schweiz bat um eine Vertagung des Treffens um ein Jahr. Kenia und die Union Südamerikanischer Nationen (UNASUR) mit Unterstützung afrikanischer und asiatischer Staaten setzten sich dafür ein, ohne Verzug formelle Verhandlungen aufzunehmen.²¹ Michelle Childs von Ärzte ohne Grenzen sagte: »Dies waren extrem schwierige Verhandlungen. Die USA, die EU – angeführt von Frankreich – und Japan haben nichts unversucht gelassen, um jegliche Fortschritte zu blockieren. Diese mussten aber nach übereinstimmender Meinung der Gesundheitsexperten gemacht werden, um den medizinischen Bedürfnisse der Menschen in Entwicklungsländern gerecht zu werden.«²²

Die WHO-Reform

Dass Reformbedarf besteht, ausgelöst durch die Finanz- sowie die Glaubwürdigkeitskrisen der WHO zwischen 2009 und 2011, wurde von der Generaldirektorin ungeschönt im Mai 2011 festgestellt: »Am Ende dieses Jahrzehnts wird die WHO überlastet und überfordert sein und einer spezifischen Reform bedürfen. Die Prioritätensetzung ist weder hinreichend selektiv noch strategisch ausgerichtet. Die vielen Organisationen, die heutzutage im Bereich Gesundheit aktiv sind, die Doppelarbeit und die Fragmentierung schaffen einen beispiellosen Bedarf an größerer Kohärenz und effektiverer Koordinierung.«²³ Im Mai 2012 bekräftigten die Mitgliedstaaten noch einmal ihre Unterstützung für die Reformagenda der Generaldirektorin. Sie unterstützten die von ihr vorgeschlagenen fünf Kategorien zur Prioritäten- und Programmsetzung:

- Übertragbare Krankheiten, einschließlich HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigte Krankheiten;
- Nichtübertragbare Krankheiten wie Herzkrankheiten, Krebs, Lungenerkrankungen, Diabetes und psychologische Erkrankungen sowie Behinderungen und Verletzungen;
- Die lebenslange Förderung der Gesundheit;
- Die Stärkung der Gesundheitssysteme mit dem Ziel einer weltweiten Abdeckung;
- Beobachtung von und entsprechende Gegenmaßnahmen für Krankheitsausbrüche, akute öffentliche gesundheitliche Notlagen und humanitäre Katastrophen.²⁴

Die Mitgliedstaaten betonten, dass sich die WHO stärker auf soziale, ökonomische und umweltpolitische Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen,

Von 1975 bis 2004 wurden nur 18 von insgesamt 1556 Medikamenten entwickelt, die für die Pathologien in armen Ländern anwendbar sind.

konzentrieren sollte.²⁵ Die Management-Reformen, die von der Generaldirektorin vorgeschlagen wurden, schließen unter anderem folgende Punkte ein:

- Stärkung der WHO-Länderbüros;
- Überarbeitung der Personalstruktur und der Arbeitsverträge sowie Umsetzung eines Rahmenkonzepts für Mobilität und Rotation;
- Verbesserung des Monitoring und der Berichterstattung;
- Stärkung des Rahmenkonzepts zur internen Kontrolle;
- Stärkung der Maßnahmen betreffend Interessenkonflikte;
- Aufbau von Kommunikationskapazitäten.²⁶

Fazit

Die Weltgesundheitsversammlung hat die internationale Gemeinschaft im Mai 2012 gebeten, die führende Rolle der WHO in der globalen Gesundheitspolitik zu unterstützen. Sie hat die Mitgliedstaaten und Geber dazu aufgerufen, Ressourcen bereitzustellen und die institutionellen Kapazitäten der WHO zu stärken, damit diese ihre Rolle als federführende Organisation innerhalb des Clusters Globale Gesundheit (des Ständigen interinstitutionellen Ausschusses der Vereinten Nationen) ausüben kann.²⁷

Die ›fünf Kategorien‹, die als Prioritäten- und Programmsetzung festgelegt wurden, sind umfangreich wie alle Programme und Aktivitäten, die von der Weltgesundheitsversammlung überarbeitet wurden. Die Versammlung hat im Mai 23 Resolutionen verabschiedet, unter anderem zu humanitären Notlagen, internationalen Gesundheitsvorschriften, Massenveranstaltungen, den Millenniums-Entwicklungszielen, zur Pandemievorsorge bei Grippeinfektionen, zur Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung, zu Forschung und Entwicklung, Bilharziose oder gefälschten medizinischen Produkten.

Die Versammlung hat der Generaldirektorin die Prioritätensetzung überlassen, wobei schwierige und schmerzhaft Entscheidungen getroffen und Programme und Personal auf ordnungsgemäße Weise abgebaut werden müssen. Personalkürzungen wurden bereits vorgenommen, jedoch muss sich die WHO darüber klar werden, welche Programme gestärkt, zurückgefahren oder abgeschafft werden sollten.

Die WHO hat als weltweit einzige Institution für öffentliche Gesundheit große Vorteile. Sie repräsentiert die Interessen der Länder des Südens wie des Nordens und muss Kompromisse zwischen den Erfordernissen der reichen Länder und den Bedürfnissen der armen Länder finden. Sie hat ein starkes Mandat in den Bereichen Regulierung, Beobachtung von Epidemien und Kampf gegen Krankheiten. Nur die WHO kann die weltweit besten Spezialisten zusammenrufen und diese bitten, Berichte und Empfehlungen abzugeben, die von Politikern und Wissenschaft-

lern anerkannt und von Gesundheitsdiensten und Laboratorien ausgeführt werden. Nur die WHO hat das Mandat und die Kapazitäten, internationale Normen im Hinblick auf Nahrung sowie auf biologische, pharmazeutische und ähnliche Produkte zu entwickeln, einzurichten und zu fördern. Ihre Stärke liegt in ihren wissenschaftlichen und technischen Fähigkeiten und ihren Erfahrungen bei der Bekämpfung von Krankheiten.

Um ihre Rolle als leitende und koordinierende Behörde des internationalen Gesundheitswesens vollumfänglich ausüben zu können, muss die Finanzierung der WHO gesichert sein. Die Organisation sollte ihren Mitgliedstaaten versichern, dass ›Gesundheit für alle‹ als oberstes Ziel der WHO bestehen bleibt und das Recht auf Gesundheit anerkannt wird.

Die WHO muss Kompromisse zwischen den Erfordernissen der reichen Länder und den Bedürfnissen der armen Länder finden.

17 Follow-up of the Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination, Resolution WHA65.22 v. 26.5.2012.

18 Bericht: WHO Doc. A65/24 v. 20.4.2012.

19 Le rude combat contre les maladies ›négligées‹, Editorial, Le Monde, 29.5.2012.

20 William New, WHO Expert Group to Recommend Binding R&D Treaty Negotiation, Intellectual Property Watch, 14.12.2011, www.ip-watch.org/2011/12/14/who-expert-group-to-recommend-binding-rd-treaty-negotiation/

21 Agathe Duparc, Les pays en développement imposent une négociation sur la recherche médicale, Le Monde, 27./28.5.2012.

22 Kathy Jones, Research on Neglected Diseases to Take Priority Place for WHO, AFP, General Health News, 27.5.2012, www.medindia.net/news/research-on-neglected-diseases-to-take-priority-place-for-who-101830-1.htm

23 The Future of Financing for WHO, World Health Organization: Reforms for a Healthy Future, Report by the Director-General, WHO Doc. A64/4 v. 5.5.2011, Abs. 3, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_4-en.pdf

24 WHO Reform, Report by the Director-General, WHO Doc. A65/40 v. 22.3.2012.

25 65th World Health Assembly Closes with New Global Health Measures, WHO News Release, 26.5.2012.

26 WHO, Executive Board, Decisions, EBSS2(3) Managerial Reforms, WHO Doc. EBSS2/DIV/2 v. 7.11.2011.

27 Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health, Resolution WHA65.8 v. 26.5.2012; WHO's Response and Role as the Head Cluster Lead in Meeting the Growing Demands of Health in Humanitarian Emergencies, Resolution WHA65.20 v. 26.5.2012.

Reformfähig oder irrelevant?

Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheitspolitik

Cornelia Ulbert



Dr. Cornelia Ulbert, geb. 1965, ist Wissenschaftliche Geschäftsführerin des Instituts für Entwicklung und Frieden (INEF) an der Universität Duisburg-Essen.

Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich seit ihrer Gründung stark gewandelt. Bis in die neunziger Jahre hinein war sie ungefragt die führende Organisation im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik. Doch in den letzten Jahrzehnten haben sich die Bedingungen, unter denen Gesundheitsprobleme bearbeitet werden, grundlegend verändert. Ob ein nun in Gang gekommener Reformprozess tatsächlich dazu führen kann, dass die WHO wieder der maßgebliche Akteur im System globaler Gesundheitspolitik wird, hängt entscheidend davon ab, welche Rolle die Mitgliedstaaten ihr inhaltlich zuweisen und wie glaubwürdig sie diese Rolle materiell und institutionell absichern.

Der Wandel von internationaler zu globaler Gesundheitspolitik

Jahrzehntlang war die internationale Gesundheitspolitik durch staatliche und zwischenstaatliche Akteure wie die Weltgesundheitsorganisation oder UNICEF geprägt. Doch mittlerweile werden Gesundheitsprobleme in einem System globaler Gesundheitspolitik bearbeitet.¹ Deutlichstes Zeichen hierfür ist die Zunahme der Akteure, Finanzierungsmechanismen und Programme, wodurch die WHO zu einem Spieler unter vielen wurde. Der Wandel zu globaler Gesundheitspolitik steht in engem Zusammenhang mit größeren politischen, wirtschaftlichen und sozialen Abhängigkeiten, die Folge von Globalisierungsprozessen mit einem steigenden grenzüberschreitenden Austausch von Gütern, Personen, aber auch Ideen und Werten sind. Augenfällig wird dies an der weiträumigen Verbreitung von Infektionserkrankungen wie HIV/Aids, verschiedenen Formen der Influenza oder auch dem schweren akuten Atemwegssyndrom (SARS), was auf die zunehmende Mobilität von Gütern und Personen zurückzuführen ist. Staatliche Grenzen verlieren dadurch an Bedeutung. Verstärkt wird diese Entwicklung durch die Tatsache, dass der staatliche Einfluss auf die Produktion und den gesellschaftlichen Zugang zu Medikamenten abgenommen hat. Verantwortlich dafür sind die stetige Liberalisierung des Welthandels und die Regulierung von Eigentumsrechten im Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte an geistigem Eigentum (TRIPS). Gleichzeitig hat auch die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen deutlich zugenommen, die in den achtziger Jahren politisch initiiert wurde und über die Strukturanpassungsprogramme von Weltbank und Inter-

nationalen Währungsfonds (IWF) vorangetrieben wurde. So übernahm seither auch die im Vergleich zur WHO ungleich finanzstärkere Weltbank eine bedeutende und in Teilen konkurrierende Rolle im Gesundheitsbereich. Vor allem in den neunziger Jahren hat die Weltbank die internationale Gesundheitspolitik maßgeblich beeinflusst. Während die Bank als finanziell und konzeptionell starker Akteur auftrat, reduzierte sich die Rolle der WHO auf die Bereitstellung ›technischer Expertise‹.

Neue Akteure, neue Steuerungsinstrumente und mehr finanzielle Ressourcen

Der Bedeutungsverlust der WHO zeigt sich nicht nur an der Ausweitung der Zahl der Akteure, die sich mittlerweile mit Gesundheitsfragen beschäftigen, sondern auch daran, wie sich diese an der Gestaltung globaler Gesundheitspolitik beteiligen. Mittlerweile spielen viele ›private‹ Akteure eine hervorgehobene Rolle und haben eine Reihe von Funktionen übernommen, die bislang den staatlichen und zwischenstaatlichen Akteuren vorbehalten waren. Nicht zuletzt die Gründung zahlreicher öffentlich-privater Partnerschaften (Public-Private Partnerships – PPPs) im Gesundheitsbereich zeigt, dass private und nichtstaatliche Akteure Steuerungsdefizite klassischer staatlicher und zwischenstaatlicher Akteure zunehmend durch ihr Engagement ausgleichen. Dies hat zwischenzeitlich zu einer deutlichen Ausweitung der Mittel geführt, die global für die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen bereitgestellt werden. Diese Entwicklungen sollen im Folgenden kurz an drei Funktionen illustriert werden, die für ein gut funktionierendes System globaler Gesundheitsversorgung maßgeblich sind: 1. Themensetzung, 2. Finanzierung und Ressourcenzuteilung sowie 3. Forschungs- und Entwicklungsleistungen.²

1. Themensetzung

Widmeten sich nichtstaatliche Organisationen (NGOs) wie Ärzte ohne Grenzen oder Oxfam traditionell eher der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und der Umsetzung von Gesundheitsprojekten, so sind NGOs und private Stiftungen seit etwa einem Jahrzehnt immer stärker daran beteiligt, einzelne Gesundheitsprobleme auf die politische Tagesordnung zu setzen. Diese haben mit ihrem Engagement dafür gesorgt, dass dem Thema Gesundheit sowohl in den zwischenstaatlichen Debatten als auch im globalen politischen Diskurs weitaus mehr Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Allerdings kann man hierbei auch feststellen, dass ›Gesundheit‹ in sehr unterschiedlichen Kontexten diskutiert wird. Die Diskurse lassen sich danach unterscheiden, ob Gesundheit als Wert an sich angesehen wird oder als Mittel zum Zweck.³ Eine starke zivilgesellschaftliche Bewegung, die sich im Jahr 2000 als ›Weltgesundheitsbewegung‹ (People's Health Movement) institutionalisierte, tritt für die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit für alle ein.⁴ Aus dieser Bewegung heraus entstand auch die Idee, alternative Weltgesundheitsberichte zu verfassen, die seit dem Jahr 2005 bereits dreimal unter dem Titel ›Global Health Watch‹ veröffentlicht wurden.⁵ Der starke menschenrechtliche Bezug des Themas Gesundheit schlug sich im Jahr 2002 in der Einsetzung eines Sonderberichterstatters für das Recht auf Gesundheit durch die damalige Menschenrechtskommission nieder.⁶ Auch die Definition von Gesundheit als öffentliches Gut betrachtet Gesundheit als einen Wert an sich. Diese Interpretation von Gesundheit wurde stark vom UN-Entwicklungsprogramm propagiert.⁷ Im Mittelpunkt steht hierbei die Beobachtung, dass Leistungen der Gesundheitsvorsorge und -versorgung nicht in ausreichendem Maße durch den Markt allein bereitgestellt werden. Dies lasse sich beispielsweise daran ablesen, dass vielen Erkrankungen, die besonders in den Entwicklungsländern auftreten, im Bereich Forschung und Entwicklung von Behandlungsmethoden und Medikamenten keine oder nur geringe Beachtung geschenkt wird.

Aus zwei anderen Perspektiven gilt Gesundheit als Mittel zum Zweck: zum einen im Kontext von Entwicklung, zum anderen aus Sicherheitserwägungen. In ihrem Weltentwicklungsbericht von 1993 thematisierte die Weltbank erstmalig unter dem Titel ›Investing in Health‹ die wichtige Rolle von Gesundheit zur Förderung von wirtschaftlicher Entwicklung. Seither wurde die funktionale Bedeutung von Gesundheit in Entwicklungsprozessen durch zahlreiche prominente Berichte und nicht zuletzt auch in den Millenniums-Entwicklungszielen (MDGs) hervorgehoben. Drei der MDGs widmen sich explizit dem Thema Gesundheit, einige andere weisen einen deutlichen Bezug zu Gesundheit auf. Sicherheitsrelevant wurden Gesundheitsthemen vor allem durch die rasche Ausbreitung einzelner hoch ansteckender Infektionserkrankungen der letzten Jahre (neben SARS auch die Vogelgrippe und die Schweinegrippe). Außerdem befürchtete man terroristische Anschläge mit Biowaffen im Nachgang der Anschläge vom 11. September 2001. Im Rahmen der Diskussion um ein erweitertes Sicherheitskonzept wurde Gesundheit auch als Bestandteil sogenannter menschlicher Sicherheit (human security) bewertet.⁸

Die Einbettung des Themas Gesundheit in unterschiedliche, sich teilweise überlappende Diskurse hat mit dazu beigetragen, dass sich auch innerhalb des Systems der Vereinten Nationen immer mehr Ein-

heiten und Organisationen mit gesundheitsrelevanten Fragen befassen. Notwendig wäre die Koordinierung der unterschiedlichen Diskurse und Themen innerhalb und außerhalb des UN-Systems. Eine Koordinierung und teilweise Harmonisierung der zahlreichen voneinander unabhängigen Aktivitäten wird aber nur dann möglich sein, wenn zwischen den beteiligten Akteuren Einigkeit hinsichtlich der zugrundeliegenden Normen, Rollen und wechselseitigen Erwartungen besteht.⁹

2. Finanzierung und Ressourcenzuteilung

Der fehlende normative Konsens im System globaler Gesundheitspolitik macht sich insbesondere bei Finanzierungsfragen negativ bemerkbar, wenn es darum geht, wie einzelne Ressourcen auf unterschiedliche Gesundheitsbereiche verteilt werden sollen. Die Mittel, die für gesundheitsbezogene Entwicklungsaufgaben und -projekte global zur Verfügung gestellt werden, sind in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich gestiegen. Nach Berechnungen des ›Institute for Health Metrics and Evaluation‹ (IHME)¹⁰ ist ein Anstieg dieser als ›development health assistance‹ bezeichneten Mittel von 5,82 Mrd. US-Dollar im Jahr 1990 auf 27,73 Mrd. US-Dollar im Jahr 2011 zu verzeichnen, wobei sich die Summe allein zwischen den Jahren 2001 und 2008 verdoppelte.¹¹

1 Siehe hierzu beispielsweise Kelley Lee, *Globalisation and Health: An Introduction*, Basingstoke 2003; Ichiro Kawachi/Sarah Wamala (Eds.), *Globalization and Health*, Oxford 2007.

2 Vgl. hierzu Suerie Moon et al., *The Global Health System: Lessons for a Stronger Institutional Framework*, PLOS Medicine, 7. Jg., 1/2010, S. e1000193, die als weitere wichtige Funktionen noch Umsetzung/Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und Monitoring/Evaluierung/Lernen nennen.

3 Ausführlicher hierzu Elena Heßelmann/Cornelia Ulbert, *Globale Gesundheitspolitik im Wandel*, in: Tobias Debiel/Dirk Messner/Franz Nuscheler/Michèle Roth/Cornelia Ulbert (Hrsg.), *Globale Trends 2010: Frieden, Entwicklung, Umwelt*, Frankfurt a.M. 2009, S. 223–245, hier S. 229–233.

4 Siehe www.phmovement.org

5 Siehe www.ghwatch.org/ghws

6 Siehe auch den Beitrag von Anand Grover/Fiona Lander, *Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis*, in diesem Heft, S. 214–218. Zum Mandat und den bisherigen Ergebnissen der Arbeit der jeweiligen Sonderberichterstatter siehe <http://unsrhealth.org>

7 Siehe Inge Kaul/Isabelle Grunberg/Marc Stern/Priya Gajraj (Eds.), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, Oxford 1999.

8 Commission on Human Security: *Human Security Now*, New York 2003, Kap. 6.

9 Vgl. Moon et al., a.a.O. (Anm. 2), S. 2.

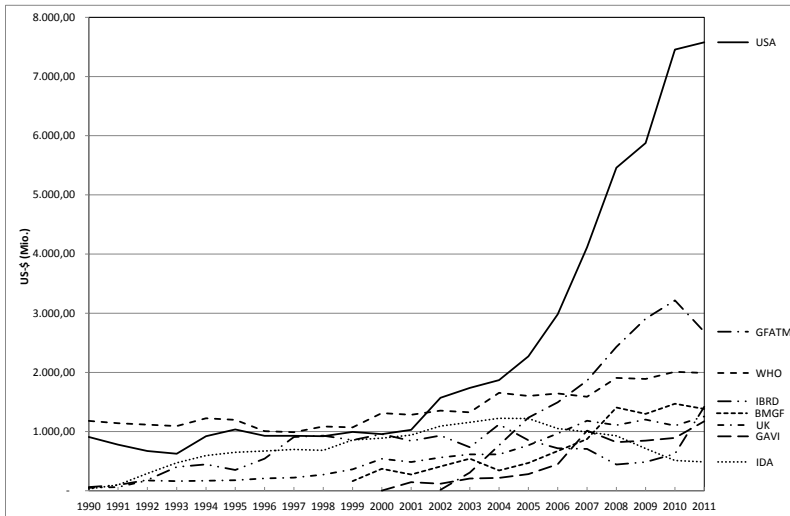
10 Das IHME wurde mit Mitteln der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung an der ›University of Washington‹ in Seattle gegründet.

11 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*, Seattle 2011, S. 15.

Die globalen, politischen Diskurse lassen sich danach unterscheiden, ob Gesundheit als Wert an sich angesehen wird oder als Mittel zum Zweck.

Notwendig wäre die Koordinierung der unterschiedlichen Diskurse und Themen innerhalb und außerhalb des UN-Systems.

Zunahme der Mittel für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit 1990–2011 (ausgewählte Geber)



Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches, Seattle 2011, S. 64f.

Es gibt klare Hinweise darauf, dass die Gates-Stiftung über ihre Finanzmacht auch die politische Agenda bestimmt.

Die vom IHME veröffentlichten Zahlen veranschaulichen im Zeitverlauf gut den Bedeutungsverlust der WHO, die in den neunziger Jahren noch über das größte Budget zur Bearbeitung von Gesundheitsfragen verfügte. Seit Anfang dieses Jahrhunderts haben nicht nur die USA und Großbritannien ihre Mittel für Gesundheitsprojekte deutlich aufgestockt, bereits in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre hatten auch die Finanzierungsinstitutionen der Weltbank¹² vermehrt Mittel zur Förderung von Gesundheitsprogrammen und -projekten zur Verfügung gestellt. Mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) gibt es seit dem Jahr 2002 einen neuen Finanzierungsmechanismus, über den Projekte zur Bekämpfung der drei namensgebenden Erkrankungen gefördert werden. Auch eine PPP wie die ›GAVI Alliance‹, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung, die im Jahr 2000 mit einer Ansbuchfinanzierung der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung (BMGF) gegründet wurde, gehört mittlerweile zu den größten Gebern in der globalen Gesundheitspolitik. Die BMGF selbst ist seit einigen Jahren der größte private Finanzier. Sie setzt ihre Mittel einerseits dazu ein, um bestimmte Erkrankungen zu bekämpfen – wie die meisten ›neuen‹ Geber überwiegend Infektionskrankungen¹³ – andererseits um bestimmte Interventionsformen wie Impfstoffe und Immunisierungen zu propagieren.¹⁴ Es gibt klare Hinweise darauf, dass die Gates-Stiftung über ihre Finanzmacht auch die politische Agenda bestimmt: So werden staatliche Mittel entweder in Bereiche, die von der BMGF gefördert werden, umgeleitet oder die Mittel der Stiftung dazu verwendet, ehemals staatliche Finanzierungen zu ersetzen.¹⁵

Die Beispiele GFATM, GAVI oder auch ein großer bilateraler Finanzierungsfonds der USA, der United States President’s Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR), spiegeln den Trend wider, Mittel für bestimmte vertikale Programme zur Verfügung zu stellen, die der Bekämpfung einzelner ausgewählter Erkrankungen dienen. Darunter fällt auch, dass staatliche und nichtstaatliche beziehungsweise private Geber in immer größerem Maße freiwillige Zuwendungen zweckgebunden an multilaterale Organisationen wie die WHO oder die Weltbank geben. Dies hat nicht nur dazu geführt, dass der Haushalt der WHO in den Jahren 2010/2011 zu 75 Prozent aus freiwilligen Beiträgen bestand, sondern diese Mittel von den Gebern auch noch in großem Umfang als zweckgebunden deklariert wurden.¹⁶

3. Forschung und Entwicklung (F&E)

Die skizzierte Tendenz zu ›Multi-Bi-Finanzierung‹¹⁷ hat auch Auswirkungen auf die Gesundheitsforschung und Entwicklung von Behandlungsmethoden und Medikamenten. Die starke Ausrichtung auf schnelle und vorzeigbare Ergebnisse birgt jedoch die Gefahr in sich, dass lediglich die Gesundheitsprobleme bearbeitet werden, bei denen sich schnell ein Erfolg einstellt, denn insbesondere die neuen Initiativen und PPPs beziehen ihre Legitimität aus ihrer Effektivität. Entscheidungen darüber, wofür Forschungs- und Entwicklungsgelder zur Verfügung gestellt werden, fallen aber nicht unbedingt unter Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen. Deren Beteiligung, also die Input-Legitimität, tritt demgegenüber in den Hintergrund.

Der Ansatz, schnellen Erfolg zu erzielen, hatte in den ersten Jahren des gesundheitspolitischen Engagements der neuen Geber dazu geführt, sich stärker auf die Behandlung von Infektionserkrankungen zu konzentrieren. Nicht zuletzt die Diskussion um ›vernachlässigte‹ Krankheiten und die globalen Gesundheitslasten (global burden of diseases) durch nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-/Kreislauf- oder Krebserkrankungen, die auch zunehmend die Gesundheitssysteme von Ländern mit mittlerem Einkommen betreffen, haben mittlerweile zu einer leichten Korrektur bei den Finanzierungsentscheidungen geführt. Dennoch stehen längerfristige Ziele einer breiten öffentlichen Gesundheitsversorgung, insbesondere mit Blick auf Entwicklungsländer, immer noch nicht im Mittelpunkt weltweiter Forschungsanstrengungen, weil durch das bestehende System geistiger Eigentumsrechte kein Marktanreiz geschaffen wird, Forschungs- und Entwicklungsarbeit in deren spezifische Gesundheitsprobleme zu investieren.

Der Versuch, bei der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 zu einem Konsens über die Aushandlung eines Vertrags über Forschung und Entwicklung zu gelangen, ist vorläufig gescheitert. Durch diesen Vertrag hätten die notwendigen Mit-

tel für die Erforschung von Erkrankungen, die in Entwicklungsländern auftreten, bereitgestellt sowie die Forschungsanstrengungen besser koordiniert werden sollen.¹⁸ Denn die Zunahme an F&E-Mitteln in der globalen Gesundheitspolitik hat bislang nicht dazu geführt, dass sich der Anteil an Gesundheitsforschung signifikant von den USA, Europa und Japan in andere Länder verschoben hätte. Auch sogenannte Produktpartnerschaften wie die ›International Aids Vaccine Initiative‹ (IAVI), durch die Wissensaufbau und die Nutzung vorhandener Wissensressourcen in den Entwicklungsländern gefördert wird,¹⁹ haben trotz gewisser Erfolge das Gesamtbild nicht verändern können.

Die Diskussion einiger maßgeblicher Steuerungsfunktionen im System globaler Gesundheitspolitik hat gezeigt, dass die WHO in den letzten Jahrzehnten nur noch begrenzt Führungsaufgaben übernommen hat. Ein Grund dafür liegt auch darin, dass sie als Organisation nicht in der Lage war, hinreichend auf die veränderten Bedingungen und Anforderungen zu reagieren, die sich seit den neunziger Jahren im Übergang von internationaler zu globaler Gesundheitspolitik ergeben hatten.

Finanzkrise der WHO als Vertrauenskrise

Im Nachgang zur Weltfinanzkrise von 2007/2008 musste die WHO Kürzungen hinnehmen. Sie ist seither in noch stärkerem Maße darauf angewiesen, weitere freiwillige Zuwendungen einzuwerben, die sie nicht nur von ihren Mitgliedstaaten erhält. Lediglich 54 Prozent der freiwilligen Beiträge stammten im Zweijahreshaushalt 2010/2011 von den Staaten, 21 Prozent wurden von den Vereinten Nationen und anderen zwischenstaatlichen Organisationen aufgebracht, 18 Prozent von Stiftungen (allen voran der BMGF), sechs Prozent von NGOs und ein Prozent von Unternehmen.²⁰ In Anbetracht der insgesamt deutlich gestiegenen Mittel in der globalen Gesundheitspolitik ist die Finanzkrise, in der sich die WHO befindet, jedoch auch als Zeichen des Vertrauensverlustes von Seiten der Mitgliedstaaten und anderer Geber zu werten. Indem die WHO-Mitgliedstaaten und private Geber Mittel als freiwillige zweckgebundene Zuweisungen deklarieren, erhalten sie die Möglichkeit, einerseits ihre jeweils eigenen Finanzierungsprioritäten zu verfolgen und andererseits die Vergabe der Mittel an Leistungskriterien zu knüpfen und die Überprüfung von Ergebnissen einzufordern. Die mangelhafte Grundausstattung führt allerdings bereits jetzt dazu, dass die WHO Gefahr läuft, bestimmte Kernaufgaben nicht mehr hinreichend erfüllen zu können, und durch vermehrten Stellenabbau langjährig aufgebaute Expertise verloren geht.

Viele der Probleme, mit denen die WHO zu kämpfen hat, sind nicht neu. Bereits Mitte der neunziger

Jahre wurde der WHO bescheinigt, sich in einer Krise zu befinden.²¹ Schon damals zeichnete sich ab, dass freiwillige zweckgebundene Zuwendungen zu einer – mehr oder weniger unkontrollierten – Ausweitung des Aufgabenportfolios der WHO führen würden. Darin war keine Prioritätensetzung mehr erkennbar, und es war der Steuerung durch die WHO-Führungsgremien entzogen. Damals wie heute verursacht die Struktur der WHO mit dem Amtssitz in Genf und den autonom handelnden Regionalbüros, die wiederum nicht gut mit den Ländervertretungen vernetzt sind, Schwierigkeiten, Entscheidungen innerhalb der Organisation stringent durchzusetzen. Die heutige Kritik an der WHO bezieht sich daher sowohl auf die Führungsstruktur der WHO, auf Management-Prozesse, die als zu bürokratisch gelten, als auch auf die Qualität ihrer Arbeit, zumal sich die WHO als Gesamtorganisation bislang keiner externen Evaluierung gestellt hat.

Der Beginn eines Reformprozesses

Nachdem WHO-Generaldirektorin Margaret Chan im Januar 2010 einen Diskussionsprozess zur Zu-

Die Diskussion hat gezeigt, dass die WHO in den letzten Jahrzehnten nur noch begrenzt Führungsaufgaben übernommen hat.

¹² Das sind die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (IBRD) und die Internationale Entwicklungsorganisation (IDA).

¹³ Siehe David McCoy/Sudeep Chand/Devi Sridhar, *Global Health Funding: How Much, Where it Comes from and Where it Goes*, *Health and Policy Planning*, 24. Jg., 6/2009, S. 407–417; Nirmala Ravishankar et al., *Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007*, *Lancet*, 373. Jg., 9681/2009, S. 2113–2124.

¹⁴ Siehe David McCoy/Gayatri Kembhavi/Jinesh Patel/Akish Luintel, *The Bill & Melinda Gates Foundation's Grant-Making Programme for Global Health*, *Lancet*, 373. Jg., 9675/2009, S. 1645–1653.

¹⁵ Siehe Marwa Farag et al., *Does Funding from Donors Displace Government Spending for Health in Developing Countries?*, *Health Affairs*, 28. Jg., 4/2009, S. 1045–1055.

¹⁶ Der WHO-Programmhaushalt in den Jahren 2010/2011 betrug (ohne den Wert freiwilliger Sachspenden wie Impfmittel) 3,866 Mrd. US-Dollar. Davon stammten 945 Mio. aus den ordentlichen Beiträgen der Mitgliedstaaten und 2,899 Mrd. aus freiwilligen Zuwendungen. Siehe WHO, *Financial Report and Audited Financial Statements for the Period 1 January 2010 to 31 December 2011*, Genf 2012, WHO Doc. A65/29, S. 3.

¹⁷ Vgl. hierzu Devi Sridhar, *Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing*, *PLOS Medicine*, 9. Jg., 9/2012, S. e1001312.

¹⁸ Consultative Expert Working Group on Research and Development: *Financing and Coordination*, WHO Doc. A65/24 v. 20.4.2012.

¹⁹ Siehe Joanna Chataway/James Smith, *The International Aids Vaccine Initiative (IAVI): Is It Getting New Science and Technology to the World's Neglected Majority?*, *World Development*, 34. Jg., 1/2006, S. 16–30.

²⁰ WHO, *Financial Report*, a.a.O. (Anm. 16), S. 5.

²¹ Fiona Godlee, *The World Health Organisation: WHO in Crisis*, *British Medical Journal*, 309. Jg., 6966/1994, S. 1424–1428.

Der Vorschlag, ein Weltgesundheitsforum zu gründen, wurde bislang nicht weiterverfolgt.

kunft der Finanzierung der WHO angestoßen hatte, wurde schnell klar, dass die Mitgliedstaaten die Frage der Finanzierung mit Forderungen nach weitreichenderen Reformen innerhalb der Organisation verbanden. Als Ergebnis längerer interner Beratungen legte Chan dem Exekutivrat und der 65. Weltgesundheitsversammlung eine Reihe konkreter Reformvorschläge vor, die auf einer ersten internen Evaluierung der Arbeit der WHO beruhten.²² Die umfangreichen Reformvorschläge beziehen sich auf die Inhalte der Arbeit (Programme und Prioritätensetzungen), die Lenkungsstruktur und konkrete Management-Prozesse.²³ Insgesamt scheinen die Reformvorhaben sehr ambitioniert zu sein; erste Beschlüsse wurden bereits gefasst.²⁴ Dazu gehört auch die Festlegung einiger Kernaufgaben, auf die sich die WHO bei der Erarbeitung eines neuen Rahmenplans für die Jahre 2014 bis 2019 konzentrieren soll:²⁵ eine Führungsrolle zu übernehmen, die Forschungsagenda zu bestimmen, Normen und Standards zu setzen, konkrete politische Handlungsempfehlungen zu formulieren, technische Hilfe zu leisten und den Kapazitätsaufbau in den Mitgliedstaaten zu fördern sowie eine Überwachungsfunktion einzunehmen und Gesundheitstrends herauszuarbeiten. Wie es der WHO gelingen kann, diese Kernaufgaben tatsächlich erfolgreich zu erfüllen, bleibt in diesem Stadium jedoch weiterhin unklar.

Welche Rolle ist für die WHO denkbar?

Der eingeleitete Reformprozess wird nur dann erfolgreich sein, wenn sich die WHO-Mitgliedstaaten und die anderen Akteure im System globaler Gesundheitspolitik darauf verständigen, welche Rolle

die WHO künftig in der komplexen Netzwerkstruktur übernehmen soll. Dabei gilt eine grundlegende Bedingung: »Um zu diesem Konsens zu gelangen, müssen sich die Beteiligten über die Ziele einig sein und den Prozess als inklusiv, transparent, technisch durchführbar und fair betrachten.«²⁶ Dazu gehört auch, dass die WHO wichtige Akteure über die Mitgliedstaaten hinaus besser in ihre programmatische Arbeit einbindet.

Der noch nicht sehr ausgereifte Vorschlag der WHO-Generaldirektorin, ein Weltgesundheitsforum (World Health Forum) zu gründen,²⁷ über das weitere Akteure an der Arbeit der WHO beteiligt werden sollen, wurde bislang nicht weiterverfolgt. Zum einen befürchten die Mitgliedstaaten eine Aushöhlung ihrer Entscheidungsmacht, zum anderen meldeten auch zivilgesellschaftliche Organisationen scharfen Protest an. Bei NGOs lautet der Vorbehalt, dass Unternehmen und private Stiftungen einen zu großen Einfluss auf die Arbeit der WHO nehmen könnten. Damit würde es zu Interessenkonflikten kommen, für die es bislang keinerlei Verhaltensrichtlinien oder institutionelle Vorkehrungsmaßnahmen gebe.²⁸ Dass das Thema möglicher Interessenkonflikte offen diskutiert und wirksame Verfahren gefunden werden müssen, wie die WHO damit umgehen kann, steht außer Frage.²⁹ Kritiker einer stärker formalisierten institutionellen Einbindung anderer wichtiger Akteure in der globalen Gesundheitspolitik lassen jedoch außer Acht, dass diese Akteure bereits über freiwillige Zuwendungen an die WHO deren Agenda bestimmen – und darüber hinaus die globale politische Tagesordnung –, ohne dass sie sich dafür in irgendwelchen Gremien rechtfertigen müssten. Zudem kann die WHO eine Steuerungsfunktion nur dann übernehmen, wenn sie alle relevanten Akteure institutionell einbinden kann.

Die Entscheidung, welche Funktionen der WHO zugewiesen werden sollten, in denen sie tatsächlich künftig (wieder) eine Führungsrolle übernehmen kann, hängt davon ab, worin deren »Alleinstellungsmerkmale« beziehungsweise »komparativen Vorteile« liegen. Diese liegen eindeutig nicht darin, eine Organisation zur Finanzierung von Gesundheitsprojekten zu sein. Ebenso wenig liegen die Stärken der WHO darin, in größerem Umfang selbst Projekte vor Ort durchzuführen. Im Gegensatz zu den zahlreichen neuen Initiativen und PPPs, deren Legitimität auf den Ergebnissen ihrer Arbeit (Output-Legitimität) beruht, bezieht die WHO ihre Legitimität aus dem Umstand, dass sie *die* Organisation im System der Vereinten Nationen ist, die sich ausschließlich dem Thema Gesundheit widmet. Zudem ist es ihr am ehesten möglich, durch ihre universelle Mitgliedschaft, einen Einblick in die globalen Gesundheitsbedürfnisse zu erhalten. Dieser Umstand würde dafür sprechen, für die WHO vor allem drei wesentliche Funktionen im System globaler Gesundheits-



WHO-Generaldirektorin Margaret Chan und Bill Gates während eines Treffens auf der 64. Weltgesundheitskonferenz im Mai 2011 zum Thema Ausrottung der Kinderlähmung.

Foto: WHO/ Pierre Albouy

politik ins Auge zu fassen: **1.** Die Identifizierung maßgeblicher Gesundheitsprobleme und Normsetzung, **2.** technische Unterstützung über die Erarbeitung von Regeln und Richtlinien sowie **3.** ein Forum zur Verfügung zu stellen, auf dem bindende Entscheidungen getroffen werden können.

1. Die Identifizierung maßgeblicher Gesundheitsprobleme und Normsetzung

Viele Beobachter betrachten die Verabschiedung der Erklärung von Alma-Ata im Jahr 1978,³⁰ in der die WHO das Recht auf Gesundheit für alle fest schrieb, als einen Meilenstein in der Geschichte der Organisation. Damit gelang es ihr, internationale Gesundheitspolitik unter ein gemeinsames normatives Dach zu stellen, das große Mobilisierungskraft entfaltete. Wie »ein bestmöglicher Gesundheitszustand« erreicht werden kann, hat die WHO gezeigt, indem sie in dem Bericht der Kommission für Gesundheitsforschung für Entwicklung darauf hingewiesen hat, dass es vernachlässigte Krankheiten gibt.³¹ Auch in der Untersuchung globaler Gesundheitsbelastungen leistete die WHO Pionierarbeit, durch die langfristige Trends in der Entwicklung möglicher Gesundheitsprobleme aufgezeigt wurden, worauf nationale Gesundheitssysteme vorausschauend reagieren können.

2. Technische Unterstützung über die Erarbeitung von Regeln und Richtlinien

Kritik an der Qualität der Arbeit der WHO bezieht sich insbesondere darauf, dass es der Organisation nicht immer gelingt, rechtzeitig Richtlinien im Umgang mit bestimmten Erkrankungen oder konkrete Therapieansätze zu formulieren. Dass es hierzu Kritik gibt, zeigt aber auch, dass genau diese Leistung von der WHO erwartet wird. Keine andere Organisation bietet sich aufgrund ihrer universalen Mitgliedschaft an, einen Vorsorgeplan im Umgang mit Grippe-Pandemien zu entwickeln oder Internationale Gesundheitsvorschriften zu erlassen, die im Jahr 2005 erfolgreich überarbeitet wurden.

3. Forum, auf dem bindende Entscheidungen getroffen werden können

Das Mandat der WHO ermöglicht es ihr theoretisch, Verhandlungsprozesse anzustoßen, an deren Ende für die Mitglieder bindende Entscheidungen stehen. Interessanterweise hat die WHO in ihrer Geschichte bislang nur einen einzigen Vertrag verabschiedet, nämlich im Jahr 2003 das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Mit diesem Vertrag ist auch ein Berichtssystem verbunden, ein Novum in der Geschichte der WHO, in der die Einhaltung von Regeln bislang den Mitgliedstaaten anheimgestellt war.

Sich über die Stärken der WHO im Vergleich zu anderen Akteuren im globalen Gesundheitssystem im Klaren zu werden, scheint unerlässlich, um Pri-

oritäten in der Aufgabenstellung zu setzen und herauszufinden, in welche Richtung sich Reformen im Bereich Programm, institutionelle Struktur und Management-Prozesse bewegen sollten. Nur weil Themen »wichtig« sind, heißt das nicht, dass sie auch von der WHO bearbeitet werden müssen.³² Die Frage ist, welchen »Mehrwert« die Behandlung von Themen innerhalb der WHO im Vergleich zu anderen Institutionen haben könnte. Dazu ist eine verlässliche Grundfinanzierung notwendig, die die WHO-Mitgliedstaaten aber nur zur Verfügung stellen werden, wenn sie vom Wert der Organisation und dem Erfolg des Reformprozesses überzeugt sind. Allerdings sind die Mitgliedstaaten damit noch nicht aus ihrer Verantwortung entlassen. Wenn die WHO wirklich eine Führungsrolle in der globalen Gesundheitspolitik übernehmen soll, dann müssen sich ihre Mitglieder auch darauf einlassen, für alle verbindliche Regeln zu formulieren, die einmal eingegangenen Verpflichtungen einzuhalten und deren Einhaltung systematisch überprüfen zu lassen.

Wenn die WHO eine Führungsrolle übernehmen soll, dann müssen sich ihre Mitglieder darauf einlassen, für alle verbindliche Regeln zu formulieren.

22 WHO Reform: Independent Evaluation Report: Stage One, WHO Doc. A65/5 Add.2 v. 18.5.2012.

23 WHO Reform: Consolidated Report by the Director-General, WHO Doc. A65/5 v. 25.4.2012.

24 Decisions and List of Resolutions, WHO Doc. A65/DIV/3 v. 5.6.2012.

25 WHO Reform: Draft Twelfth General Programme of Work and Explanatory Notes, WHO Doc. A65/5 Add.1 v. 26.4.2012.

26 Moon et al., a.a.O. (Anm. 2), S. 2.

27 WHO, World Health Forum, Concept Paper, 22.6.2011, www.who.int/dg/reform/en_who_reform_world_health_forum.pdf

28 Siehe etwa Judith Richter, WHO Reform and Public Interest Safeguards: An Historical Perspective, *Social Medicine*, 6. Jg., 3/2012, S. 141–150.

29 Siehe hierzu beispielsweise die Vorschläge von David Stuckler/Sanjay Basu/Martin McKee, Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflicts of Interest Be Addressed, *PLOS Medicine*, 8. Jg., 4/2011, S. e1001020.

30 Erklärung von Alma-Ata, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

31 Commission on Health Research for Development, *Health Research, Essential Link to Equity in Development*, Oxford 1990.

32 Vgl. hierzu etwa den Vorschlag von Gaudenz Silberschmidt, eher einen »Matrix-Ansatz« für die Reform der WHO zu wählen. Gaudenz Silberschmidt, *How to Set Priorities for the World Health Organization*, Global Health Programme Working Paper No. 6, Genf 2011, S. 6.

Menschenrechtsbildung im Alltag integrieren

Anja Mihr



Prof. Dr. Anja Mihr,
geb. 1969,
lehrt und forscht
am Institut für
Menschenrechte
der Universität
Utrecht,
Niederlande.

Am 19. Dezember 2011 hat die UN-Generalversammlung die Erklärung zu Menschenrechtsbildung und -ausbildung (Resolution 66/137) verabschiedet. Sie ist das Ergebnis von über 20 Jahren Bemühungen einer weltweit organisierten zivilgesellschaftlichen Bewegung. Diese hatte bereits auf der Wiener Weltkonferenz über Menschenrechte im Jahr 1993 offen für eine Erklärung oder Konvention geworben. Die 14 Artikel der Erklärung entsprechen den Maßnahmen der UN-Dekade für Menschenrechtsbildung (1994–2005) und des seit 2005 laufenden Weltaktionsprogramms für Menschenrechtsbildung.

Seit 1993 haben Menschenrechtsorganisationen, Expertinnen und Experten sowie einige wenige staatliche Vertreter in zahlreichen informellen Treffen beim Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte in Genf und in Internetforen um Inhalte, Begriffe und Konsequenzen einer Verankerung von Menschenrechtsbildung gestritten. Da die Staaten in der Vergangenheit eine nur geringe Bereitschaft gezeigt haben, im Rahmen der UN-Dekade Aktionspläne oder gar verpflichtende Beschlüsse und Gesetze zu verabschieden oder Menschenrechte als Querschnittsaufgabe in Schul- und Ausbildungs-Curricula zu verankern, wurde die Forderung nach einer Erklärung oder Konvention immer lauter.

Ausschlaggebend für die Verabschiedung des Dokuments waren die Empfehlung des Beratenden Ausschusses des UN-Menschenrechtsrats vom Januar 2010 sowie die beständige Unterstützung der UNESCO. Insgesamt 40 Staaten, darunter Deutschland, brachten die Erklärung dann schließlich im Dezember 2011 in die Generalversammlung ein.

Warum aber braucht es diese Erklärung? Gibt es nicht bereits genug Menschenrechtsverträge und -erklärungen? Die Kenntnis und das Wissen darüber ist jedoch wenig verbreitet. Es gibt kaum ein stärkeres Mittel, die Idee der Menschenrechte zu verbreiten und zu ihrer Einhaltung beizutragen, als jenes, die Menschenrechte in alle Schichten der Gesellschaft hineinzutragen, und zwar in der Form, dass jede/r sie kennt, versteht und für sich und andere einfordern oder einklagen kann. Damit dies möglich wird, müssen Staaten und private Akteure ihre Politik, Richtlinien und Ausbildungsmethoden anpassen. Mit der Erklärung ist ein neues (wenn auch schwaches) Druckmittel für eine solche Umsetzung geschaffen worden.

Die größte Stärke der Erklärung liegt darin, dass sie deutlich macht, dass Menschenrechte und Menschenrechtsbildung keineswegs nur in Schulen unterrichtet oder an juristischen Fakultäten als Nebenfach studiert werden können und sollen. Menschenrechte sind nicht allein auf Eliten oder geschlossene Klassenräume be-

schränkt, sondern sind Allgemeinwissen und fordern allgemeines Handeln. In den Artikeln 7 und 10 fordern die UN daher dazu auf, Menschenrechtsbildung und -ausbildung im gesamten Bildungssektor als Gemeinschaftsaufgabe von Staat (Kultusministerien), privaten Akteuren (Unternehmen) und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) anzubieten.

Die Wirklichkeit sieht in Deutschland (wie anderswo) so aus, dass es zu 80 Prozent NGOs oder nationale Menschenrechtsinstitutionen sind, die Lehreinheiten, Konzepte oder Methoden entwickelt und durchgeführt haben. Unterrichtet wurde in speziellen Seminaren oder Kursen, jedoch nicht gesamtgesellschaftlich oder gar fest verankert in Schul- und Ausbildungs-Curricula. Menschenrechtsbildung war das Privatvergnügen von einigen wenigen Lehrenden, Expertinnen und Experten oder NGOs. Das soll sich ändern. In 14 Artikeln sind konkrete Maßnahmen aufgeführt, die nicht allen Staatenvertretern schmecken werden. Mindestvoraussetzung für die Umsetzung von Menschenrechtsbildung ist das Recht auf Bildung und der Zugang zu Information – hier ist vor allem das Internet gemeint. Menschenrechte sollen in allen Ausbildungsbereichen den Bedürfnissen der Lernenden angepasst werden. Dabei soll sich auf nationale, regionale und internationale Menschenrechtsverträge bezogen werden. Ein rudimentäres Wissen über die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte reicht dabei nicht mehr aus. Auch darin liegt das Neue der Erklärung.

Es gilt, die Menschenrechte so zu unterrichten und zu verbreiten, dass sie von jedem verstanden und umgesetzt werden können. Artikel 3 benennt daher ausdrücklich auch die Zielgruppen, etwa Beamte und Angestellte, Multiplikatoren, Aktivisten sowie Lehrer und Berufsschullehrer. Menschenrechtsbildung ist lebenslanges Lernen, so die Verfasser des Dokuments. Damit hat die Menschenrechtsbildung endgültig die juristischen Fakultäten hinter sich gelassen und die breite Bevölkerung in den Blick genommen. Artikel 4 fordert, dass die Menschenrechtsbildung nicht nur das Bewusstsein über Menschenrechte erweitern, sondern langfristig Menschenrechtsverletzungen verhindern soll. Und Artikel 7 wendet sich an Regierungsverantwortliche, die Bürger stärker in Entscheidungsabläufe einzubeziehen und verantwortungsbewusstes Handeln zu fördern.

Die Skepsis bleibt, ob sich die Bildungs- und Kultusministerien von ihren traditionellen Bildungskonzepten von ›Staats- und Bürgerkunde‹ oder ›Politischer Bildung‹ verabschieden und Menschenrechtsbildung als neues Konzept umsetzen werden. Die Erklärung zu Menschenrechtsbildung und -ausbildung ist ein weiterer, wichtiger Schritt in diese Richtung.

Weltgesundheitsorganisation: Besinnung auf die Kernaufgaben

Marc Engelhardt

In der Diskussion über eine Reform der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Erfolg der Organisation immer wieder an den leicht messbaren Erfolgen neuerer öffentlich-privater Gesundheitsinitiativen gemessen. Weil diese zahlreiche Aufgaben der WHO übernommen haben, wird gefordert, die WHO solle sich auf ihre Kernaufgaben beschränken. Doch welches sind ihre Kernaufgaben? Kann sie ihre Führungsrolle im internationalen Gesundheitssektor verteidigen? Fest steht, selbst bei einer erfolgreichen Reform und einer Rückbesinnung auf die ›Kernaufgaben‹ müssen diese und der WHO-Haushalt gesichert sein.

Als die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) im Jahr 1948 gegründet wurde, war sie mit ihrem Mandat zur Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitszustands bei allen Menschen (Art. 1 WHO-Verfassung) noch allein auf weiter Flur. 64 Jahre später ist die WHO eine von vielen Organisationen, die sich auf einem weiten Feld betätigen. Die amerikanische Expertin für öffentliche Gesundheit Victoria Fan bezeichnet die Lage als »verwirrend, selbst für Veteranen des globalen Gesundheitswesens«.¹ Zu den großen ›Playern‹ gehören neben der WHO etwa der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI), der Notfallplan des amerikanischen Präsidenten für die Aids-Bekämpfung (PEPFAR) und das europäische Pendant UNITAID. In einem ironischen Blog vergleicht Fan die unterschiedlichen Organisationen so: »Was würde passieren, wenn diese Organisationen Deine Eltern wären und Du würdest sie fragen, ob sie Dir ein neues Auto kaufen?« Die Antworten fallen erwartungsgemäß unterschiedlich aus. »Global Fund: Wir haben Deinen Antrag für einen Range Rover geprüft, und er ist technisch als Fahrzeug geeignet. Hier ist ein Scheck über 70 000 US-Dollar, kauf' Dir den Wagen wie im Antrag dargelegt.« Dagegen die WHO: »Es tut uns leid, wir haben seit einem Jahrzehnt kein Budget mehr für Autos. Aber wir haben brandneue Richtlinien über Sicherheit im Straßenverkehr.«² Fans Analogie ist nicht nur amüsant, sondern in vielerlei Hinsicht zutreffend und erhellend. Denn Eltern wie Geber müssen dafür sorgen, dass dem Empfänger ihrer Zuwendungen kurzfristig geholfen wird, er langfristig aber auf eigenen Füßen steht; sie verstehen (hoffentlich) seine finanziellen Bedürfnisse, haben aber auch andere Bedürfnisse, die sie erfüllen müssen; nicht

zuletzt haben Eltern wie Geber nicht immer volles Vertrauen in die Fähigkeit des Geldempfängers, die richtige Wahl zu treffen.

Starke Konkurrenz durch öffentlich-private Initiativen

Die Frage, wie effizient Organisationen sind, spielt für Geber vor dem Hintergrund knapper Kassen und der schwersten Wirtschaftskrise seit fast einem Jahrhundert eine immer wichtigere Rolle. Die WHO muss sich an Organisationen wie der öffentlich-privaten Partnerschaft ›GAVI Alliance‹ messen lassen, die perfekt gebergerecht aufgestellt ist: Die globale Impfallianz, an der UNICEF, die WHO, die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung und Pharmakonzerne beteiligt sind, hat nach eigenen Angaben seit dem Jahr 2000 mit einem Budget von 2,9 Milliarden Euro 288 Millionen Kinder in mehr als 70 Ländern weltweit geimpft. Das geht nur, weil GAVI eine Kampagnenorganisation mit einem klar definierten Ziel ist: den Zugang zu Impfungen gerade in Entwicklungsländern zu erleichtern. Der klar messbare Erfolg der Impfkampagnen ist für das Fundraising bei Regierungen entscheidend. Allein bei einem Spenden-Gipfel im Juni 2011 in London sagten Regierungen und private Geber GAVI weitere 4,3 Milliarden US-Dollar (fast drei Milliarden Euro) zu.³ Mit dem Geld sollen GAVI zufolge bis zum Jahr 2015 mehr als eine Viertel Milliarde Kinder in den ärmsten Ländern der Welt unter anderem gegen Diphtherie und Tetanus geimpft werden. Deutschland erhöhte seinen Beitrag von 20 auf 30 Millionen Euro. Mit seiner Marktmacht hat GAVI den Markt für Impfstoffe umgekrempelt. »Nehmen wir den Pneumokokken-Impfstoff: In den USA kostet er mehr als 60 Euro pro Dosis, für Sierra Leone zahlen wir aber nur zwei Euro für eine Dosis«, erklärt David Ferreira, einer der GAVI-Geschäftsführer. Die Messbarkeit ermöglicht es GAVI auch, sich mit einer einzigartigen Form von Anleihen Gelder für die Impfkampagnen am Finanzmarkt zu sichern.

Der klaren Struktur und der eindeutig messbaren Aufgabenstellung von GAVI, die sich ähnlich beim Globalen Fonds und anderen Organisationen wiederfinden, steht mit der WHO eine komplexe Organisation gegenüber, der von Diplomaten immer wieder Intransparenz bei der Verwendung zweckgebundener Mittel vorgeworfen wird.⁴ Auch aufgrund dieser Vorbehalte waren im Jahr 2012 nur noch rund ein Fünftel der WHO-Mittel zweckun-



Marc Engelhardt, geb. 1971, berichtet als freier UN-Korrespondent aus Genf und aus Afrika, unter anderem für die Berliner Zeitung und den Deutschlandfunk.

Nicht nur die wachsende Rolle der Gates-Stiftung, sondern auch die von Chan propagierte Einbeziehung der Industrie etwa durch gemeinsame Foren wird von der Zivilgesellschaft kritisiert.

gebunden. »Viele der traditionellen Geber der WHO stehen unter enormem Haushaltsdruck«, heißt es in einem im Dezember 2010 veröffentlichten Bericht von WHO-Generaldirektorin Margaret Chan mit dem Titel »Die Zukunft der WHO-Finanzierung.«⁵ »Die WHO wird deshalb versuchen, für neue Geber zu werben und neue Finanzquellen aufzutun.«

Nicht nur die wachsende Rolle der Gates-Stiftung, sondern auch die von Chan propagierte Einbeziehung der Industrie etwa durch gemeinsame Foren wird von der Zivilgesellschaft kritisiert. So schreibt die nichtstaatliche Organisation Ärzte ohne Grenzen in einem Kommentar zur WHO-Reform im Mai 2011: »Die Einbeziehung des kommerziellen Sektors in politische Diskussions- und Entscheidungsprozesse ist nicht im Interesse der globalen Gesundheit.«⁶ »Der schleichend wachsende Einfluss des Privatsektors auf die Arbeit der WHO macht uns große Sorgen«, klagt die für die WHO zuständige Expertin von Ärzte ohne Grenzen Katie Athersuch. Die Unabhängigkeit der WHO stehe auf dem Spiel, nicht zuletzt weil die Einbeziehung privater Unternehmen und ihrer Gelder die finanzielle Eigenständigkeit der WHO gefährde. »Es wäre naiv zu glauben, dass Privatunternehmen, die ihren Aktionären verpflichtet sind, Geld ausgeben, ohne dass sie eine Gegenleistung erwarten.«⁷ Ärzte ohne Grenzen wendet sich aus dem gleichen Grund auch dagegen, dass Vertreter der Pharmaindustrie im Vorstand von GAVI sind. Dem entgegnet GAVI-Direktor Ferreira: »Wir sind dezidiert als öffentlich-private Partnerschaft gegründet worden. Alle in der Allianz vertretenen Partner haben Eigeninteressen. Wichtig ist, dass wir offen damit umgehen.«⁸

Immer mehr Experten fordern, bei künftigen Kürzungen die Kernaufgaben der WHO zu schützen.

Der im Umfeld der WHO-Reform offenkundige Versuch Chans, den bei Gebern erfolgreichen Organisationen wie GAVI nachzueifern, hat eine Debatte darüber ausgelöst, wie sich die WHO von den diversen Allianzen im globalen Gesundheitsbereich unterscheidet und in Zukunft unterscheiden soll. »Finanzkrisen sind vermutlich immer der schlechteste Zeitpunkt, um eine Reform durchzuführen«, mutmaßt Mohga Kamal-Yanni, die bei der britischen nichtstaatlichen Hilfsorganisation Oxfam die WHO-Reform verfolgt. »Auch wenn es nicht so deutlich gesagt wird, so gehen im Moment doch alle davon aus, dass eine Reform dazu führen muss, dass die WHO in Zukunft weniger Geld ausgibt als bisher. Dabei braucht die WHO, wenn sie ihre Kernaufgaben auch in Zukunft erfüllen soll, vor allem zweierlei: mehr Geld und weniger Zweckbindung.«⁹

Die WHO-Kernaufgaben

Immer mehr Experten fordern deshalb, bei künftigen Kürzungen die Kernaufgaben der WHO zu schützen. Die WHO beschreibt ihre Kernaufgaben gegenwärtig so:

1. Führerschaft übernehmen bei Themen, die im Gesundheitsbereich von entscheidender Bedeutung sind und in solchen Fällen Partnerschaften eingehen, wo gemeinsames Vorgehen nötig ist;
2. Die Forschungsagenda mitbestimmen und wertvolle wissenschaftliche Forschung anregen, übersetzen und verbreiten;
3. Normen und Standards setzen und ihre Umsetzung fördern und überprüfen;
4. Moralisch vertretbare und evidenzbasierte Politikoptionen formulieren;
5. Technische Hilfe bereitstellen, den Wandel befördern und nachhaltige institutionelle Kapazitäten aufbauen;
6. Die Gesundheitslage beobachten und Gesundheitstrends bewerten.«¹⁰

Diese recht allgemein gehaltenen Kernaufgaben mit konkreten Maßnahmen auszufüllen, ist Gegenstand der derzeitigen Reformdiskussion. Ärzte ohne Grenzen etwa formuliert die Kernaufgaben folgendermaßen:

1. »Auftreten als »leitende und koordinierende Stelle im globalen Gesundheitswesen« (wie in der WHO-Verfassung festgelegt) und Übernahme einer Führungsrolle in allen Belangen, die für Gesundheit und Gesundheitssicherheit maßgeblich sind;
2. Standard- und Normsetzung und Ausarbeitung von Politikoptionen (...) unabhängig von Interessenskonflikten;
3. Unterstützung von Staaten auf der einen (...) und ihre Kontrolle auf der anderen Seite, indem die WHO sicherstellt, dass Normen, Standards und Beschlüsse umgesetzt werden (...);
4. Anreize schaffen für vorrangige medizinische Forschung und Sicherstellung eines breiten Zugangs für die Früchte dieser Anstrengungen.«¹¹

Einige dieser Bereiche sollen im Folgenden anhand konkreter Beispiele näher beleuchtet werden. Kernaufgaben festzulegen, ist besonders wichtig, weil dies mehr als andere Aspekte der Reform durch unbeabsichtigte Entwicklungen beeinträchtigt werden kann. »Noch während die WHO eine weitreichende Reform durchführt (...) erlebt die Organisation einen Exodus qualifizierten Personals, der ihre Arbeitsfähigkeit einschränkt«, schreibt Kamal-Yanni. Die Kernaufgaben der WHO zu erhalten, dürfe auch deshalb nicht warten, bis die WHO-Reform in einigen Jahren (geplant ist 2015) abgeschlossen sei.¹²

Kernaufgabe: Unverzichtbare Arzneimittel

Als Beispiel für eine durch Einsparungen bereits gefährdete Kernaufgabe nennt Kamal-Yanni die Abteilung für unverzichtbare Arzneimittel (Essential Medicines Department). »Diese Abteilung hat für mehr als drei Jahrzehnte eine unersetzliche Rolle dabei gespielt, Entwicklungsländern den Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln zu verschaffen.«¹³ Der Zugang aller Menschen zu unverzichtbaren Arzneimit-

teln ist ein Unterziel des achten UN-Millenniums-Entwicklungsziels zum Aufbau einer globalen Partnerschaft für Entwicklung. Die alle zwei Jahre vorzunehmende Aktualisierung der Liste unverzichtbarer Arzneimittel, die als Dreh- und Angelpunkt des Managements pharmazeutischer Versorgung angesehen wird, wird Kamal-Yanni zufolge ebenso wie die neu geschaffene Liste unverzichtbarer Arzneimittel für Kinder nicht mehr aus WHO-Eigenmitteln, sondern aus Drittmitteln der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung bezahlt.

Auch würden nur zehn Prozent der Kosten für den Sachverständigenausschuss, der für die Qualitätsvorgaben bei Entwicklung, Produktion, Kontrolle, Regulierung, Inspektion und Vergabe von Medizin zuständig ist (Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations), einer von Oxfam initiierten Studie zufolge, noch aus dem Eigenbudget beglichen.

Wo Drittmittel fehlen, wird die Arbeit der WHO-Gremien aufgeschoben oder gar eingestellt: Geplante Richtlinien zum Thema Schmerz wurden ebenso auf Eis gelegt wie Pläne, die Sicherheit und den Einsatz von Arzneimitteln besser zu überprüfen. Das gleiche gilt für Standards zur Antibiotika-Resistenz, einem aus Sicht von Medizinern hoch brisanten Thema, sowie für Richtlinien für Preisfestlegung von Arzneimitteln und die Zusammenarbeit mit dem Suchtstoffkontrollrat (INCB) in Wien.¹⁴

Kamal-Yanni sieht nicht weniger als die Führungsrolle der WHO bei der Erstellung von glaubwürdigen und erprobten Richtlinien für Mitgliedstaaten, nichtstaatlichen Organisationen (NGOs), Industrie und staatliche Organisationen gefährdet – eine Aufgabe, welche die WHO selbst als Priorität ansieht und die die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen weltweit darstellt. Gerade weil die WHO die Rolle eines unabhängigen Kontrolleurs auch des Privatsektors wahrnimmt, befürchtet Kamal-Yanni durch die schwindende Eigenfinanzierung die Einflussnahme von »Gebern, die (der WHO) die Agenda diktieren können.«¹⁵

Eine weitere Aufgabe der Abteilung für unverzichtbare Arzneimittel ist, nationale Regulierungsbehörden, insbesondere in Entwicklungsländern, durch die Standard- und Normsetzung, aber auch durch direkte Hilfe zu unterstützen. In einer Studie brachte Oxfam die mangelnde Fähigkeit der WHO, dieser Aufgabe nachzukommen, mit 120 Todesfällen direkt in Verbindung, die sich zwischen Dezember 2011 und Januar 2012 in Pakistan ereigneten.¹⁶ In diesem Zeitraum meldeten Ärzte am Punjabi-Institut für Kardiologie in Lahore (einer öffentlichen Klinik, die vor allem mittellose Patienten versorgt) unerwartete Todesfälle, die die Ärzte mit fünf verschiedenen Herzmedikamenten aus lokaler Produktion in Verbindung brachten. Tests zeigten, dass in die Kapseln eines der Medikamente irrtümlich ein

Anti-Malariamittel gefüllt worden war. Geschätzte 46 000 Patientinnen und Patienten wurden mit den bestenfalls ungeeigneten und schlimmstenfalls lebensgefährlichen Medikamenten versorgt. Verantwortlich für diesen ernstesten Vorfall macht die Oxfam-Studie das Fehlen einer nationalen Regulierungsbehörde; dies ist umso gravierender, als dass die Pharmaproduktion die viertgrößte Industriesparte des Landes ist. Der WHO, die laut ihrer Verfassung dafür verantwortlich ist, dass ihre Mitgliedstaaten funktionierende Gesundheitssysteme haben, hätte der eklatante Mangel auffallen müssen, so die Autoren der Studie. Dass dies nicht geschah, liegt ihrer Ansicht nach an der Tatsache, dass die zuständige Abteilung (eben die für unverzichtbare Arzneimittel) personell so ausgedünnt wurde, dass sie ihren Aufgaben nicht mehr nachkommen kann.

Die Aufgaben, die die Abteilung für unverzichtbare Arzneimittel übernimmt, erachten Oxfam-Expertin Kamal-Yanni und ihre Kollegin Philippa Saunders nicht nur deshalb für besonders wichtig, weil es bei der Auswahl von Medikamenten um Leben und Tod geht, sondern auch, weil viele Mitgliedstaaten – vor allem Entwicklungsländer – rund 30 Prozent ihres Gesundheitshaushalts dafür ausgeben, Arzneimittel zu kaufen und zu subventionieren. Die WHO-Arbeit an dieser Stelle auszubauen,

Die alle zwei Jahre vorzunehmende Aktualisierung der Liste unverzichtbarer Arzneimittel wird nicht mehr aus WHO-Eigenmitteln bezahlt.

Wo Drittmittel fehlen, wird die Arbeit der WHO-Gremien aufgeschoben oder gar eingestellt.

1 Victoria Fan, *If the Global Health Donors Were Your Parents: A (Whimsical) Comparative Perspective*, Center for Global Development, Washington, D.C., 24.4.2012, <http://blogs.cgdev.org/global-health/2012/04/if-the-global-health-donors-were-your-parents-a-whimsical-comparative-perspective-2.php>

2 Ebd.

3 Vgl. www.gavialliance.org/funding/resource-mobilisation/process/gavi-pledging-conference-june-2011/

4 Interview des Autors mit Diplomaten am Rande der 65. Weltgesundheitsversammlung in Genf, 21.–26.5.2012.

5 Siehe: www.who.int/dg/who_futurefinancing2010_en.pdf

6 MSF Campaign for Access to Essential Medicines: Comments on the WHO Reform Agenda, Genf, Mai 2011.

7 Interview des Autors mit Athersuch in Genf, Juli 2011.

8 Interview des Autors mit Ferreira in Sierra Leone, Mai 2011.

9 Interview des Autors mit Kamal-Yanni in Oxford, September 2012.

10 WHO, *Engaging for Health: 11th General Programme of Work, 2006–2015: A Global Health Agenda*, Genf, Mai 2006, Executive Summary: WHO Core Functions.

11 MSF Campaign, a.a.O. (Anm. 6).

12 Mohga Kamal-Yanni, *Action to Preserve WHO's Core Functions Cannot Wait for Organizational Reform*, *The Lancet*, 13.1.2012, DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60040-3

13 Ebd.

14 Sophie Arie, *Contaminated Drugs Are Held Responsible for 120 Deaths in Pakistan*, *BMJ Group*, 7.2.2012, *BMJ* 2012;344:e951.

15 Kamal-Yanni, a.a.O. (Anm. 12)

16 Arie, a.a.O. (Anm. 14).

ist daher nicht nur moralisch geboten, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll.¹⁷

Kernaufgabe: medizinische Grundversorgung

Eine weitere Kernaufgabe der WHO, die aufgrund der derzeitigen Krise gefährdet scheint, ist der Aufbau und Zugang zu bezahlbarer medizinischer Grundversorgung, wie ihn die Erklärung von Alma Ata von 1978 (›Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert‹) festschreibt.¹⁸ Die dafür zuständige Abteilung ist in den vergangenen Jahren stetig verkleinert und mit anderen Bereichen zusammengelegt worden. Ihre künftige Rolle nach der WHO-Reform ist unklar. Im Bereich medizinischer Grundversorgung liegt die Rolle der WHO vor allem darin, die Regierungen beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme zu beraten – eine Aufgabe, die immer wichtiger wird. Denn während jene Millenniums-Entwicklungsziele, die mit durch Impfungen behandelbaren Krankheiten zu tun haben, gute Fortschritte machen, schlägt sich die oft mangelhafte medizinische Grundversorgung immer deutlicher in den Statistiken nieder. So konstatiert die von UN-Generalsekretär Ban Ki-moon eingesetzte Expertengruppe zu Fragen der Verantwortung bei der Gesundheit von Frauen und Kindern in ihrem Zwischenbericht vom September 2012: »Es gibt einige besonders wichtige, aber dennoch zu wenig beachtete Probleme, die eine Verringerung der Sterberate von Kindern und Müttern verhindern. Viele dieser Probleme haben direkt mit den weit verbreiteten Schwächen in den Gesundheitssystemen der betroffenen Länder zu tun. Dazu gehören die unzureichende Qualifikation der politischen Führungsebene, schwache Regierungen, fehlende Gelder, das Fehlen qualifizierter Ärzte, Pfleger und anderen Personals und inakzeptable Abdeckungsgrade bei lebensrettenden Maßnahmen.«¹⁹ Die Expertengruppe sieht »einen Mangel an Regierungsführung, der durch einen Mechanismus beseitigt werden muss, der Partnerländer, multilaterale Organisationen, Geber, NGOs, Gesundheitsexperten, Forscher, Stiftungen und den Privatsektor einbezieht.« Im Idealfall könne dies ein ›Globaler Investitionsrahmen für die Gesundheit von Frauen und Kindern‹ sein. Bislang gebe es keinen strategischen Ansatz oder einen effektiven Mechanismus, um Investitionen gezielt für Kinder und Frauen nutzbar zu machen, so der Bericht.²⁰

Wie wichtig eine staatlich kontrollierte medizinische Grundversorgung ist, beschreibt der belgische Arzt Wim van Lerberghe, der seit dem Jahr 2003 bei der WHO für das Thema zuständig ist, so: »Generell kann man sagen, dass ein Gesundheitssystem, das keiner staatlichen Kontrolle unterliegt und nur sich selbst und dem Markt überlassen ist, nicht funktionieren kann. In diesem Szenario wird Gesundheitsversorgung zu einem beliebigen Produkt. Wenn die finanziellen Anreize für die Ge-

sundheitsversorger falsch gesetzt werden, kann es sein, dass man nicht die Behandlung bekommt, die man braucht oder dass man für die nötige Behandlung zu viel zahlt.«²¹

Seine Aufgabe sei es, so van Lerberghe, Regierungen zu beraten, die oftmals schwierige Entscheidungen zu fällen haben. »Selbst in ärmsten Ländern kommt der größte Teil des Gesundheitsbudgets nicht aus Hilfsgeldern. Das meiste Geld bringen Regierungen und Patienten auf. Deshalb muss man darauf achten, dass der jeweilige Gesundheitshaushalt richtig aufgestellt ist und richtig umgesetzt wird, so dass die für das jeweilige Land wichtigen Prioritäten berücksichtigt werden. Ein besseres Gesundheitssystem kann man nur erreichen, wenn eine Regierung in ihrem eigenen Land sich dafür einsetzt. Und Hilfsgelder helfen nur, wenn damit die von der Regierung des Empfängerlands selbst gesetzten Prioritäten umgesetzt werden.«

Viele Länder litten unter einer doppelten Last: »Einerseits kämpfen sie immer noch gegen viele übertragbare Krankheiten, andererseits nimmt die Zahl der nichtübertragbaren Krankheiten bereits zu.«

Die Erfolge von Beratungsdienstleistungen, wie der Arzt sie beschreibt, lassen sich schwerer quantifizieren als etwa die Zahl von Impfungen, auch weil sich der Erfolg oft erst nach längerer Zeit zeigt. Als ein Erfolgsbeispiel beschreibt van Lerberghe »Thailand, wo sich der Wandel sehr schnell vollzogen hat. Die Regierung hat weitreichende Entscheidungen gefällt, und politische Reformen sind enorm beschleunigt worden. Innerhalb weniger Jahre hat sich die Situation grundlegend geändert: vom Ausschluss des größten Teils der Bevölkerung hin zu einem Gesundheitssystem, wo heute die meisten Menschen Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung haben.«

Beispiel Sierra Leone

Das Problem der sich weiter öffnenden Schere zeigt ein selbst vor Ort recherchiertes Beispiel aus Sierra Leone im Frühjahr 2011. In Gondama wurde im Hof des dortigen Krankenhauses der Auftakt der Nationalen Impfwoche gefeiert. Impfen ist eine wichtige Priorität für das westafrikanische Land: Das Impfprogramm der Regierung gegen Kinderlähmung, Tetanus, Diphtherie und andere Krankheiten soll helfen, die Prävalenz übertragbarer Krankheiten zu senken. Seit zwei Jahren, sagt der 52-jährige Arzt Sofani Fofana, habe es in seinem Krankenhaus keinen Fall von Kinderlähmung mehr gegeben. Von anderen Impfungen erwartet er ähnlich durchschlagende Erfolge.

Doch der Kampf gegen übertragbare Krankheiten ist nur ein Aspekt, sagt Fofana. »Die Leute kämpfen ums Überleben.« Fast jedes fünfte Kind stirbt vor seinem fünften Geburtstag, kaum irgendwo sonst auf der Welt ist die Kindersterblichkeit so hoch. Jede

Im Bereich medizinischer Grundversorgung liegt die Rolle der WHO vor allem darin, die Regierungen beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme zu beraten.

Die Erfolge von Beratungsdienstleistungen lassen sich schwerer quantifizieren als etwa die Zahl von Impfungen, auch weil sich der Erfolg oft erst nach längerer Zeit zeigt.

Woche behandelt Fofana in Gondama gut 300 Kinder: »Für viele kommt jede Hilfe zu spät.« Selbst denen, die rechtzeitig kommen, kann nicht immer geholfen werden. Oft fehlen Medikamente. Medizinisches Personal ist rar, auch wegen der schlechten Bezahlung. Chefarzt Fofana verdient nicht einmal 200 Euro im Monat. Offiziell müssen Kinder unter fünf Jahren, stillende Mütter und Schwangere für ihre Behandlung nichts bezahlen. Doch viele Ärzte lassen sich ihr mageres Gehalt dadurch aufbessern, dass sie Schmiergeld für eine Behandlung verlangen. Effektive Kontrollen gibt es nicht, auch weil der Gesundheitsbehörde – nach eigenen Angaben – dazu das Personal fehlt.

Das größte Problem ist aber die fehlende Krankenversicherung im Land. Zwar hat die Regierung angekündigt, diese möglichst schnell einzuführen, doch ohne Hilfe etwa von Seiten der WHO ist kaum vorstellbar, wie dies möglich sein soll. Denn selbst das Erheben von Steuern ist ein Kraftakt, den der Staat noch kaum bewältigen kann. Zudem ist das Gros der Bevölkerung – Schätzungen gehen von 80 Prozent aus – als selbstversorgende Kleinbauern oder im informellen Sektor tätig, weswegen die Gebühren für eine Krankenversicherung nur schwer erhoben werden können. »Es gibt aber auch die Möglichkeit, ohne Geld wichtige Fortschritte im Gesundheitssystem zu erreichen: indem man wirkungslose Medikamente streicht, sich auf günstige Behandlungsmethoden konzentriert und teure Krankenhausaufenthalte reduziert – und das sind nur einige Beispiele«, sagt der Experte van Lerberghe. Genau solche Beratungen sind es, die gerade arme Staaten dringend benötigen.

Fazit

Im Umfeld der WHO-Reform wird immer wieder festgestellt, dass sich mittlerweile andere internationale Organisationen um Gesundheitsprobleme kümmern, die früher die WHO abdecken musste. Daraus wird – wie einleitend bereits erläutert – geschlossen, dass sich die WHO durch einen Verzicht auf diese Themenfelder zugunsten der prioritären Kernaufgaben »gesundschrumpfen« kann.²² Doch diese Vorstellung entspricht zumindest in Teilen nicht der Praxis. »Das Problem dabei ist nicht die WHO, sondern die Masse an internationalen Organisationen und öffentlich-privaten Partnerschaften (Public-Private Partnerships – PPPs), mit denen die WHO sich koordinieren muss. Je mehr neue Organisationen geschaffen werden, umso höher wird der Aufwand für die WHO, die auf die eine oder andere Weise in die Arbeit einbezogen ist«, warnt Oxfam-Analystin Kamal-Yanni.²³ Und Victoria Fan ergänzt: »Es ist einfach, eine neue Organisation aus der Taufe zu heben, aber es ist nahezu unmöglich, sie wieder abzuschaffen. Man bekommt eine Organi-

sation einfach nicht tot, auch wenn man sie eigentlich nicht mehr bräuchte.«²⁴ Beide sprechen sich deshalb für eine WHO aus, die im Kern vor allem ihre Führungsrolle im globalen Gesundheitswesen verteidigt. »Die WHO muss Anführer sein, nicht nur – wie es Margaret Chan formuliert hat – Moderator«, fordert auch Katy Athersuch von Ärzte ohne Grenzen.²⁵

Die deutsche Gesundheitsexpertin Judith Richter weist der Weltgesundheitsorganisation nach wie vor die Rolle »der höchsten Autorität im internationalen Gesundheitswesen« zu. Sie fordert, die Reformdiskussion von der Debatte über die Lösung der Finanzkrise zu entkoppeln, um diese aus ihrer Sicht wichtigste Rolle der WHO nicht zu gefährden. Gefahren sieht sie etwa durch die Auslagerung von hoheitlichen Aufgaben oder die wachsende Abhängigkeit von privaten Gebern.²⁶ Wenn man diesem Gedanken folgt, stellt sich die Frage, ob eine – auch politisch wünschenswerte – Konzentration der Weltgesundheitsorganisation auf ihre Kernaufgaben tatsächlich mit einer Kürzung der Haushaltsgelder einhergehen kann oder muss. Die von Kamal-Yannis eingangs zitierte Forderung, der Organisation mehr statt weniger Geld zur Verfügung zu stellen, würde durch eine klarer umrissene und mithin transparentere Aufstellung der Organisation untermauert. Auch die Geber wüssten besser, wofür sie ihr Geld ausgeben sollen. Kamal-Yannis fordert die Sparkommissare auf, die Verhältnismäßigkeit zu wahren: »Der Jahresetat der WHO, etwa vier Milliarden US-Dollar, entspricht letztlich nur dem Jahresetat eines größeren Krankenhauses.«

»Die WHO muss Anführer sein, nicht nur – wie es Margaret Chan formuliert hat – Moderator«.

17 Mohga Kamal-Yanni/Philippa Saunders, Urgent Need for WHO to Prioritise Core Functions, *The Lancet*, 19.5.2012, DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60810-1

18 Siehe: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

19 Every Woman, Every Child: From Commitments to Action, S. 4, www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012/en/index.html

20 Ebd.

21 Interview des Autors in Genf, Mai 2012.

22 WHO Reform Creeps Forward, *Canadian Medical Association Journal*, 10.7.2012, DOI: 10.1503/cmaj.109-4218

23 Interview des Autors in Oxford, September 2012.

24 Interview des Autors in New York, September 2012.

25 Interview des Autors in Genf, Juli 2011.

26 Judith Richter, WHO Reform and Public Interest Safeguards: An Historical Perspective, *Social Medicine*, März 2012, über: www.social-medicine.info

Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis

Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll

Anand Grover · Fiona Lander



(UN-Foto: Evan Schneider)

Anand Grover, geb. 1951, ist seit dem 1. August 2008 Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit des UN-Menschenrechtsrats, Genf.

Das Recht auf Gesundheit ist ein umfassendes Recht und ein Instrument, um globale Entwicklung voranzubringen und Marginalisierung zu bekämpfen. In diesem Beitrag beleuchtet der gegenwärtige Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit die Entwicklung des Rechts über die letzten Jahre und nennt künftige Herausforderungen. Dazu gehören die Kriminalisierung bestimmter Verhaltensweisen wie Sexarbeit, Homosexualität oder Abtreibung, das Problem des mangelnden Zugangs zu Gesundheitsdiensten und die Zunahme der Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten. Um all dies zu bewältigen, muss in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und in den nationalen Gesundheitsstrategien ein menschenrechtsbasierter Ansatz verfolgt werden.

Als Sonderberichterstatter über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ist meine Rolle naturgemäß breit angelegt.¹ Das Recht auf Gesundheit, wie in Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt) aufgeführt, zählt viele Prioritäten auf, wie die volle Verwirklichung des Rechts zu erreichen sei: Dazu gehört, die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern, die Umwelt- und Arbeitshygiene zu verbessern, ansteckenden und berufsbezogenen Krankheiten vorzubeugen, sie zu behandeln und zu bekämpfen sowie Bedingungen zu schaffen, die eine medizinische Grundversorgung und ärztliche Betreuung sicherstellen.

Doch das Recht als solches beschäftigt sich mit weitaus mehr Themen als jene, die in Artikel 12 aufgeführt sind.² Nach und nach passten sich sein Inhalt und seine Anwendung an die geänderten gesellschaftlichen Normen und globalen Bedingungen an. Es wurde zu einem wichtigen Instrument, um globale Entwicklung und Gerechtigkeit zu erreichen und Diskriminierung und Marginalisierung zu bekämpfen. Die große Bandbreite des Rechts und seine Evolution ermöglichten es mir während meiner Tätigkeit, das Recht nicht nur genauer zu untersuchen und zu fördern, sondern auch mich mit Menschen aus allen Gesellschaftsschichten auszutauschen. Mein Fazit aus diesen Erfahrungen ist, dass die Verwirklichung dieses Rechts notwendig ist, um eine Vielzahl von Entwicklungszielen zu erreichen, auch jene, die auf den ersten Blick mit Gesundheit scheinbar nichts zu tun haben.



Fiona Lander, geb. 1985, ist Mitarbeiterin in der Abteilung Sonderverfahren (Special Procedures Branch) im Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte in Genf.

Das Recht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit ist ein Grundrecht, welches unverzichtbar für die Ausübung anderer Menschenrechte ist, insbesondere das Recht auf Leben, Würde, Nichtdiskriminierung und Gleichheit (aber nicht darauf beschränkt). Es ist weitgehend und beinhaltet Freiheiten, Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen auf Seiten von Staaten, nichtstaatlichen Akteuren und Individuen gleichermaßen. Gleichzeitig hängt es auch von anderen Rechten ab. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14³ bekräftigte der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dass das Recht eine Vielzahl sozio-ökonomischer Faktoren umfasst, die Bedingungen fördern, in denen die Menschen ein gesundes Leben führen können. Es bezieht aber auch die der Gesundheit zugrunde liegenden Determinanten ein, wie Nahrung und Ernährungsweise, Unterkunft, Zugang zu sauberem Trinkwasser und angemessener Sanitärversorgung, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen sowie eine gesunde Umwelt. Dazu gehören ferner andere soziale Faktoren, wie Gleichheit der Bürgerinnen und Bürger, die die Verwirklichung des Rechts sicherstellen. Auf diese Weise wird das Recht auf Gesundheit nicht verstanden als ein Recht, gesund zu sein; vielmehr ist es ein Recht, das verwirklicht wird, indem die sozialen und anderen Determinanten für Gesundheit sichergestellt werden, um die Gesundheit der Individuen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel zu maximieren.

Das Recht auf Gesundheit enthält vier Kernelemente: **Verfügbarkeit** (availability), **Zugänglichkeit** (accessibility), **Annehmbarkeit** (acceptability) und **Qualität** (quality).

1. **Verfügbarkeit** bedeutet, dass die Güter und Dienstleistungen in ausreichender Menge und Qualität in einem Staat zur Verfügung stehen müssen;
2. **Zugänglichkeit** von Gesundheitsdiensten bedeutet die tatsächliche Erreichbarkeit, Bezahlbarkeit und angemessene Information darüber sowie Nichtdiskriminierung;
3. **Annehmbarkeit** bedeutet, dass das Gesundheitswesen, die Güter und Dienstleistungen die medizinische Ethik achten und kulturell angemessen sein müssen;
4. **Qualität** bedeutet, dass das Gesundheitswesen, die Güter und Dienstleistungen aus wissenschaftlicher und medizinischer Sicht angemessen und von guter Qualität sein müssen.

Die Erfüllung jedes dieser vier Elemente ist eine notwendige Voraussetzung für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit. Zugänglichkeit ist jedoch der Bereich, der allgemein die meiste Aufmerksamkeit von Praktikern auf sich zieht. Von der Verbesserung des tatsächlichen Zugangs zu Gesundheitsdiensten bis zur besseren Bezahlbarkeit lebenswichtiger Arzneien: Zugang bleibt ein wesentliches – oft schwierig zu erreichendes – Element des Rechts. Dies habe ich immer wieder auf meinen Länderbesuchen festgestellt.

Im Unterschied zu den bürgerlich-politischen Rechten unterliegt das Recht auf Gesundheit dem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung. Da Staaten immer wieder mit Ressourcenknappheit zu kämpfen haben, sind sie zwangsläufig darin eingeschränkt, das Recht unmittelbar umzusetzen. Dieser Grundsatz wurde wiederholt kritisiert: Das Recht verlöre dadurch seinen Sinn. Einige Verfassungsgerichtshöfe in Entwicklungsländern mit verschiedenen Rechtssystemen haben den Unterschied in dieser Hinsicht praktisch ignoriert. Es gibt aber sogar im Völkerrecht bestimmte Elemente in diesem Recht, die diesem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung nicht unterliegen. Das wichtigste davon ist Nichtdiskriminierung. Die Allgemeine Bemerkung Nr. 14 betont, dass unabhängig von einer relativen Ressourcenknappheit die Staaten verpflichtet sind, Gesetze zu verabschieden und Informationen zu verbreiten, um mit Gesundheit in Zusammenhang stehende Diskriminierung zu beseitigen. Dies kann mit geringsten Mitteln erreicht werden und findet sich in Absatz 12 der Allgemeinen Bemerkung Nr. 3 wieder, der bestimmt, dass die schutzbedürftigen Mitglieder der Gesellschaft geschützt werden müssen, auch in Zeiten ernsthafter finanzieller Zwänge.⁴

Die Staaten sind dazu verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu achten (to respect), zu schützen (to protect) und zu gewährleisten (to fulfill). Dies erfordert im Wesentlichen Dreierlei: erstens, dass die Staaten das Recht nicht einschränken; zweitens, dass sie Dritte davon abhalten, das Recht zu verletzen und drittens, dass sie (gesetzliche und administrative) Maßnahmen ergreifen, um die im Recht enthaltenen Grundsätze umzusetzen, damit seine Verwirklichung sichergestellt ist. Die Allgemeine Bemerkung Nr. 14 gibt einige Beispiele, welche Maßnahmen es bei jeder Verpflichtung sein können. Ein Beispiel für die Gewährleistung des Rechts ist die Verpflichtung, eine nationale Gesundheitsstrategie mit einem detaillierten Zeitplan für die Umsetzung des Rechts zu verabschieden. Viele Rechtsexperten betrachten die Verabschiedung einer solchen Strategie als eine Verpflichtung, die unmittelbar umgesetzt werden kann und nicht der schrittweisen Verwirklichung unterliegt.⁵

Ein anderes wichtiges Element des Rechts ist das der Verantwortlichkeit. Die Allgemeine Bemerkung

Nr. 14 stellt fest, dass jede Person oder Gruppe, die Opfer einer Verletzung des Rechts auf Gesundheit geworden ist, Zugang zu wirksamen gerichtlichen oder anderen Abhilfemaßnahmen erhalten soll. Des Weiteren wird betont, dass die Verantwortlichkeit maßgeblich erhöht werde, wenn internationale Rechtsabkommen mit Bezug auf das Recht auf Gesundheit in die nationalen Gesetze inkorporiert werden. Dann hätten Opfer die Möglichkeit, Rechtsverletzungen direkt bei den Gerichten einzuklagen. Die Allgemeine Bemerkung behandelt auch bestimmte Spezialthemen, von denen ich viele versucht habe, in meiner Amtszeit als Sonderberichterstatter anzugehen. Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung ist dabei von besonderer Bedeutung ebenso wie das Recht auf Gesundheit von Frauen, Kindern, älteren Menschen und Indigenen.

Meine Erfahrungen

Während meiner Zeit als Sonderberichterstatter habe ich mich mit anderen Themen beschäftigt als mein Vorgänger, der erste Sonderberichterstatter, Paul Hunt. Dessen Arbeit konzentrierte sich auf die Erarbeitung von Indikatoren und Messinstrumenten, was äußerst wichtig war, genauso wie seine unermüdelichen Bemühungen in Bezug auf den Zugang zu Arzneimitteln und die Regulierung der Pharmaindustrie. Mit meinen thematischen Berichten habe ich mich auf einen anderen Aspekt des Rechts auf Gesundheit konzentriert: Ich widme mich den rechtsbezogenen Problemen verschiedener schutzbedürftiger Randgruppen, von denen viele in der Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 aufgeführt sind. Dies rief bei einigen Staaten im Menschenrechtsrat negative Reaktionen hervor, bedingt durch tief sitzende Vorurteile und Angst.

Die Wirklichkeit sieht einfach so aus, dass Personen, die nicht-heterosexuellen Geschlechtsverkehr haben, Sexarbeiter, Drogenabhängige und andere marginalisierte Gruppen der Gesellschaft aufgrund

Im Unterschied zu den bürgerlich-politischen Rechten unterliegt das Recht auf Gesundheit dem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung.

Die Staaten sind dazu verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten.

¹ Näheres siehe Webseite des Sonderberichterstatters: www.unsrhealth.org

² Siehe auch WHO/OHCHR (Ed.), *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, Genf, Juni 2008.

³ General Comment No. 14, UN Doc. E/C.12/2000/4 v. 11.8.2000, auf Deutsch abgedruckt in: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.), *Die ›General Comments‹ zu den VN-Menschenrechtsverträgen*, Baden-Baden 2005, S. 285ff.

⁴ General Comment No. 3, UN Doc. E/1991/23 v. 14.12.1990, auf Deutsch abgedruckt in: Deutsches Institut für Menschenrechte, a.a.O. (Anm. 3), S. 183ff.

⁵ Paul Hunt/Gunilla Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health, Health and Human Rights: An International Journal*, 10. Jg., 1/2008, S. 81–92.

In meinen Berichten habe ich viele Gesetze aufgegriffen, die Abtreibung, Drogenabhängigkeit, nicht-heterosexuelle sexuelle Aktivität und HIV-Übertragung unter Strafe stellen.

struktureller Diskriminierung immer noch keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung haben, obwohl er ihnen nach dem Recht auf Gesundheit zusteht. Auch wenn dies auf den ersten Blick nicht in einem inhärenten Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit zu stehen scheint, stellt dies eine direkte Verletzung dieses Rechts dar. Nichtdiskriminierung ist, wie oben dargestellt, ein Kernbestandteil des Rechts auf Gesundheit und kann und muss unmittelbar durchgesetzt werden. In meinen thematischen Berichten habe ich viele Gesetze aufgegriffen, die entweder direkt oder indirekt Abtreibung, Drogengebrauch während der Schwangerschaft, Drogenabhängigkeit, nicht-heterosexuelle sexuelle Aktivität und HIV-Übertragung, um nur einige zu nennen, unter Strafe stellen. All diese Gesetze, die oft vordergründig geschaffen wurden, um die Gesellschaft vor Krankheiten zu schützen, führen dazu, dass in Wirklichkeit mehr Menschen einem Risiko ausgesetzt werden, weil solche Praktiken in der Illegalität vorgenommen werden müssen und dadurch der Zugang zu lebenswichtigen Diensten verwehrt ist.

In meinem jüngsten Bericht mit Schwerpunkt sexuelle und reproduktive Rechte⁶ stellte ich einen beunruhigenden Trend fest hin zu einer Abschaffung von Sexualkundeunterricht, beschränktem Zugang zu Familienplanungsberatungsdiensten sowie einer Kriminalisierung des Verhaltens während der Schwangerschaft (wie etwa Alkohol- oder Drogenmissbrauch) und der Abtreibung. Diesem Trend muss unbedingt entgegengewirkt werden. Fehlender Zugang zu sicheren und legalen Abtreibungen trägt maßgeblich zu höheren Müttersterblichkeitsraten⁷ bei. Abgesehen von den Statistiken ist das Versagen, diesen Zugang zu gewähren, eine nicht zu rechtfertigende Einschränkung der Würde und Autonomie von Frauen. Meiner Meinung nach ist es wichtig, die Debatte um sexuelle und reproduktive Rechte nicht auf die Müttersterblichkeit zu reduzieren, sondern anzuerkennen, dass diese Einschränkungen eben auch unter dem Gesichtspunkt des Rechts auf Gesundheit unzulässig sind und nicht nur im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit.

Ich habe diesen rechtsbasierten Ansatz kürzlich auch beim Thema Arbeitssicherheit vorgebracht. Obwohl es etliche Abkommen gibt, die die Rechte von Arbeitern garantieren und sie vor gesundheitlichen Gefahren am Arbeitsplatz schützen, sehe ich mit Sorge, dass der Zuwachs des informellen Sektors und die Globalisierung Probleme schaffen, deren Ausmaß noch nicht abgeschätzt werden kann. Allein die Tatsache, dass es im Bereich der informellen Beschäftigung keine Statistiken gibt, die nach Geschlecht und anderen Kategorien unterteilt sind, stellt ein großes Hindernis für die Bedarfsanalyse dieser Personengruppe, die ja meist besonders bedürftig ist, dar. Besonders Migranten und Landarbeiter haben zumeist

keine Möglichkeiten, ihre Gesundheit wirksam zu schützen. Wenn man aber ihre Zahl und ihren Bedarf wüsste, könnte man die berufsbedingten Gesundheitsrisiken minimieren. Aus demselben Grund muss ein geschlechtsspezifischer Ansatz bei der Gesundheit am Arbeitsplatz verfolgt werden. Es sind vor allem Frauen, die im informellen Sektor arbeiten und die daher weitaus häufiger berufsbedingten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als Männer.⁸

Als Sonderberichterstatter habe ich auch als Teil meines Mandats das Privileg, Länder zu besuchen. Dies ermöglicht es mir, das Recht auf Gesundheit in einzelnen Ländern eingehender zu untersuchen. Wie Manfred Nowak in einem Beitrag in dieser Zeitschrift festgestellt hat,⁹ ist einer der größten Vorteile, die thematische Sonderberichterstatter im Gegensatz zu den Länderberichterstattern haben, dass ihre Einrichtung kein bestimmtes Land stigmatisiert. Ein thematischer Sonderberichterstatter kann jedes Land untersuchen, das einem Besuch zugestimmt hat, auch wenn dies zwangsläufig zu einer Art von Voreingenommenheit bei der Auswahl der Länder führt, da Länder, die von sich glauben, die Rechte nicht zu verletzen, eher bereit sind, sich daraufhin prüfen zu lassen. Dennoch hat mich die Bereitschaft vieler und unterschiedlicher Staaten, im Rahmen des Formats der Länderbesuche in einen konstruktiven Dialog einzutreten, ermutigt. Es waren Staaten mit den unterschiedlichsten Regierungssystemen und Entwicklungsständen.

Besonders gefreut hat mich die Einladung, Ende 2011 Syrien zu besuchen. Es war erst der zweite Länderbesuch eines Sonderberichterstatters überhaupt in Syrien. Ich war ermutigt von der Bereitschaft der Regierung, mit mir und meinem Team zusammenzuarbeiten und ungehinderten Zugang zu gewähren, einschließlich Zugang zu einem Gefängnis, um die Haftbedingungen zu inspizieren. Trotzdem war ich entsetzt über die Vernachlässigung der Rechte verschiedener Bevölkerungsgruppen in dem Land, insbesondere der kurdischen Minderheit. Eine bedeutende Anzahl von Kurden wurde als ›Staatenlose‹ eingestuft und ihnen wurden Personalausweise verweigert, ohne die sie keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung haben. Syriens medizinische Grundversorgung war relativ umfassend und für die übrigen Bürger gut erreichbar. Doch mir war klar, dass der Staat noch bedeutende Fortschritte machen müsste, um das Recht auf Gesundheit von allen Bürgern und Bewohnern sicherzustellen. Natürlich sind jegliche Fortschritte in dieser Richtung angesichts der gegenwärtigen Verschlechterung der politischen Lage in Syrien auf Eis gelegt – was uns daran erinnert, dass alle Rechte miteinander verknüpft sind, zivile, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

Ebenso gefreut habe ich mich über die Einladung Vietnams. Das Land hat sich verpflichtet, das Recht

Fehlender Zugang zu sicheren und legalen Abtreibungen trägt maßgeblich zu höheren Müttersterblichkeitsraten bei.

auf Gesundheit für alle seine Bürgerinnen und Bürger zu verwirklichen. Doch seine Gesetze und Maßnahmen in Bezug auf Sexarbeiter und Drogenabhängige waren meiner Ansicht nach der Verwirklichung dieses Rechts für diese Personengruppe nicht förderlich. Da diese Fragen sehr heikel sind, mussten sie auch sehr vorsichtig behandelt werden und, weit wichtiger, unter umfassender Beachtung der Ansichten der vietnamesischen Behörden. Auf diese Art und Weise gelang es mir, den Behörden das Versprechen abzurufen, ihre diesbezügliche Politik zu überprüfen, was ein sehr positives Ergebnis ist.

Einige Gemeinsamkeiten sind mir auf meinen bisherigen sieben Länderbesuchen¹⁰ aufgefallen. Auch wenn Australien und Guatemala fast unterschiedlicher nicht sein könnten, was ihren Entwicklungsstand und die politische Stabilität angeht, stehen beide vor ähnlichen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Bezug auf ihre indigene Bevölkerung. In erster Linie ist dies Diskriminierung und Stigmatisierung von Indigenen, mangelnder Zugang zu Dienstleistungen (sowohl finanziell als auch physisch, angesichts ihrer mehrheitlichen Beschäftigung in Niedriglohnjobs und ihres Wohnorts in ländlichen und abgelegenen Gegenden) und ihre Entmündigung aufgrund jahrzehntelanger Vernachlässigung, Missbrauch oder sogar Krieg. Diese Probleme sind komplex und weitreichend. Mir scheint es offensichtlich, dass ein rechtsbasierter Ansatz, einschließlich Kapazitätsaufbau und Bildung, in beiden Staaten essenziell ist, wenn das Recht auf Gesundheit für diese Gruppen vollständig verwirklicht werden soll.

Ein anderes wiederkehrendes Thema auf meinen Länderbesuchen war das Thema medizinische Grundversorgung und der physische Zugang dazu. Auch wenn Ghana nicht die gleichen Probleme in Bezug auf eine indigene Bevölkerung hat wie etwa Guatemala (Ghanas Topografie unterscheidet sich maßgeblich von der bergigen Landschaft Guatemalas) erleben die auf dem Land lebenden Ghanaer ähnliche Beschränkungen beim Zugang zu Diensten wie die Indigenen in Guatemala. Trotz eines erheblichen Rückgangs der Kindersterblichkeitsrate hatte Ghana Schwierigkeiten, dasselbe bei der Müttersterblichkeit zu erreichen, nicht zuletzt, weil es kaum Transportmöglichkeiten in Gegenden außerhalb von großen Städten gibt. Dies bleibt ein wichtiges Thema für das Land, auch deshalb, weil die internationale Aufmerksamkeit auf dem Thema Müttersterblichkeit zugunsten der zunehmenden Arbeit im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten zugenommen hat. Letzterem wende ich mich im Folgenden zu.

Die Entwicklung des Rechts und aktuelle Herausforderungen

In meiner Zeit als Sonderberichterstatter wurde das Recht auf Gesundheit immer breiter anerkannt, auf

nationaler wie internationaler Ebene. Zunehmende Aufmerksamkeit erhielt dabei die tatsächliche Durchsetzung des Rechts. In einem erst kurz zurückliegenden Fall in Bezug auf Zugang zu Arzneimitteln und der neuen Verfassung Kenias¹¹ hatte ich die Ehre, *amicus curiae* zu sein. In diesem Fall war die vorsitzende Richterin Mumbi Ngugi der Auffassung, dass das Anti-Fälschungs-Gesetz Nr. 13 aus dem Jahr 2008 das Potenzial in sich birgt, die in der Verfassung garantierten Rechte auf Leben, Gesundheit und Würde zu verletzen. Durch die unverhältnismäßig breit gefasste Formulierung sei eine Beschränkung des Zugangs zu lebenswichtigen Arzneimitteln zu befürchten. Im Ergebnis wurde entschieden, dass das Gesetz nicht auf Generika angewendet werden soll. Es ist ermutigend, dass immer mehr Staaten das Recht auf Gesundheit in ihre nationalen Gesetze aufnehmen. Doch solange dies nicht in allen Staaten geschieht, bleiben beträchtliche Inkonsistenzen zwischen den Nationalstaaten bestehen.

Gleichzeitig versuche ich die Debatte darüber voranzubringen, mit welchen Mechanismen die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit, insbesondere der Zugang zu Arzneimitteln, weltweit sichergestellt werden könnte. Ich bin zum Beispiel davon überzeugt, dass ein externer Überwachungsmechanismus geschaffen werden sollte, um sicherzustellen, dass die Aktivitäten der Pharmaindustrie angemessen reguliert werden können. Dies könnte in Form eines Rahmenübereinkommens zum Recht auf Gesundheit geschehen. Dieses Übereinkommen würde nicht nur dazu beitragen, die Unterschiede zwischen den Staaten in Bezug auf die Anerkennung und Durchsetzung des Rechts zu minimieren. Es würde auch ermöglichen, die gesundheitsbezogenen Aktivitäten nichtstaatlicher Akteure angemessen zu regulieren, wie es derzeit unter dem Sozialpakt nicht möglich ist. Der Pakt kann nur Staaten und ihren

Australien und Guatemala stehen beide vor ähnlichen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Bezug auf ihre indigene Bevölkerung.

Es sollte ein externer Überwachungsmechanismus geschaffen werden, um sicherzustellen, dass die Aktivitäten der Pharmaindustrie angemessen reguliert werden können.

6 Anand Grover, Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc. A/66/254 v. 3.8.2011, www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254

7 WHO, Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, 6th Edition, Genf 2011, S. 2.

8 Mary Cornish, Realizing the Right of Women to Safe Work – Building Gender Equality into Occupational Safety and Health Governance, ILO Concept Note, XVIII World Congress on Occupational Safety and Health, Seoul, 29.6.–2.7.2008, S. 11.

9 Manfred Nowak, Das Amt des UN-Sonderberichterstatters über Folter. Eine Bilanz nach sechs Jahren, Vereinte Nationen, 5/2011, S. 202–209.

10 Siehe: www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/CountryVisits.aspx

11 Patricia Asero and 2 Others vs. The Attorney General and Another, HCC Petition No. 409 of 2009.

Bürgern Verpflichtungen auferlegen, nicht aber nicht-staatlichen Akteuren. Natürlich bestehen viele Hindernisse auf dem Weg zu einem solchen Rahmenübereinkommen. Doch die Verabschiedung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs beweist, dass es möglich ist.

Sicher ist auch, dass größere Anstrengungen unternommen werden müssen, um das Recht auf Gesundheit in Hilfs- und Entwicklungsprogramme zu integrieren, sowohl als Mittel als auch zum Zweck für mehr Entwicklung. Damit meine ich, dass alle Entwicklungsmaßnahmen das Recht auf Gesundheit durchgehend berücksichtigen sollten: bei der Planung, Durchführung und Evaluierung und nicht erst als ein Ergebnis eines Entwicklungsprojekts. Dabei verweise ich gern auf das Beispiel des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Dieser verfolgt bei seinen Aktivitäten zunehmend einen rechtsbasierten Ansatz. Zum einen verfolgt er diesen Ansatz, weil bei Projekten, die der Fonds unterstützt hat, Rechte eingeschränkt worden waren; zum anderen, weil bei den Maßnahmen gegen HIV/Aids die mangelnde Unterstützung für Programme zum Schutz und zur Förderung von Menschenrechten sich besonders gravierend ausgewirkt hat.¹² Bildung und Kapazitätsaufbau in die Umsetzung von Rechten einzubeziehen, mag höhere Kosten verursachen, aber es kann zu besseren und nachhaltigeren Ergebnissen der Entwicklungsarbeit führen. Das Sonagachi-Projekt in Westbengalen stellt ein hervorragendes Beispiel dafür dar: Dort wurden Sexarbeiter über ihre Rechte aufgeklärt und ihnen die Instrumente an die Hand gegeben, um ihre Rechte einzufordern. Dies führte zur verstärkten Nutzung von Kondomen und zu einem Rückgang an sexuell übertragbaren Krankheiten. Zudem war ein Anstieg bei den Einschulungsraten und der Anwesenheit in Schulen bei den Kindern dieser Gruppe zu verzeichnen.

Eine besondere und wachsende Herausforderung ist die rasche Zunahme von Fällen nichtübertragbarer Krankheiten (non-communicable diseases – NCDs). Zu dieser Gruppe gehören Krebs, Bluthochdruck, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen. Sie werden häufig fälschlicherweise als Wohlstandskrankheiten bezeichnet. Doch in Wirklichkeit nimmt die Zahl der an diesen Krankheiten erkrankten Menschen in Entwicklungsländern stetig zu. Dies führt zu einer doppelten Belastung und zu einer Gefahr für die Gesundheitssysteme in diesen Ländern, die nicht darauf ausgerichtet sind, zusätzlich zu den ansteckenden Krankheiten auch noch chronische Krankheiten zu behandeln. Die Folgen aus menschenrechtlicher Sicht sind potenziell katastrophal: Erstens wegen der Missverständnisse, die in Bezug auf diese Personengruppe bestehen, etwa dass sie ihre Krankheit durch Trägheit selbst verschuldet haben, aber auch, weil die Krankheiten zu

einem Großteil Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status¹³ treffen, einschließlich von Personen, die bereits benachteiligt sind.

Auch die Generalversammlung hat sich mit diesen chronischen Krankheiten befasst und im September 2011 eine Politische Erklärung dazu verabschiedet.¹⁴ Darin stellen die Mitgliedstaaten fest, dass mit der Zunahme an diesen Erkrankungen die öffentlichen Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen gestellt werden. Bemerkenswert ist, dass psychische Erkrankungen und Unfälle/Verletzungen in der von den Vereinten Nationen akzeptierten Definition von NCDs nicht enthalten sind, obwohl sie weltweit eine große Belastung im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten darstellen. Dies macht mir große Sorgen, weil psychische Krankheiten bereits jetzt global vernachlässigt werden, trotz des erstaunlichen Ausmaßes dieser Krankheiten weltweit.¹⁵

Fazit

Die größte Herausforderung im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit besteht nicht beim mangelnden Bewusstsein für das Recht. Die größte Herausforderung besteht darin, das Wissen über den genauen Inhalt des Rechts zu erhöhen und wie das Recht in unterschiedlichen politischen, kulturellen und sozialen Kontexten um- und durchgesetzt werden kann. Das sich stetig verändernde Umfeld im Bereich öffentliche Gesundheit, die besonderen Hindernisse durch die Globalisierung und die zunehmende Vernetzung von Staaten und ihren Bürgern werden die Notwendigkeit erhöhen, so schnell wie möglich einen menschenrechtsbasierten Ansatz in die nationalen Gesundheitspläne und in die internationale Entwicklungszusammenarbeit zu integrieren.

¹² Vgl. Michel Kazatchkine (Executive Director of the Global Fund), Time to Redouble Our Efforts on AIDS and Human Rights, Rede, 2nd Annual Symposium on HIV, Law and Human Rights, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Toronto, 11.6.2010.

¹³ WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Genf 2011, S. 2.

¹⁴ Politische Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, UN-Dok. A/RES/66/2 v. 19.9.2011.

¹⁵ WHO, The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Chapter 2, Section 4: Impact of disorders, <http://who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>

Die Zahl der an nichtübertragbaren Krankheiten erkrankten Menschen in Entwicklungsländern nimmt stetig zu.

Die nationalen Gesundheitspläne und die internationale Entwicklungszusammenarbeit müssen einen menschenrechtsbasierten Ansatz verfolgen.

50 Jahre Zeitschrift VEREINTE NATIONEN: aus der Sicht einer Journalistin

Friederike Bauer

Es muss irgendwann Mitte der neunziger Jahre gewesen sein. Noch heute sehe ich das Gerät bildlich vor mir: Ein grauer Kasten, der sich dann und wann mit einem leisen Piepsen bemerkbar machte. Wenn er sich schließlich ruckartig in Bewegung setzte, wusste ich, dass es wieder so weit war: Jetzt spuckte er bedrucktes Papier aus. Meist kam es von weit her, aus Genf oder sogar aus New York. Der Apparat nannte sich Fax-Gerät. Dieses Mal brachte er mir eine wichtige Resolution zum Balkan-Konflikt aus dem Sicherheitsrat – und damit einen sicheren Nachrichten-Platz in der nächsten Ausgabe der Zeitung. Für Journalisten war das Fax ein Segen, denn lange Originaldokumente erhielt man, wenn Agenturen sie nicht aufgriffen, damals noch per Post. Aber nur mit großer Zeitverzögerung und keineswegs immer. Über die Vereinten Nationen zu berichten, hieß deshalb hauptsächlich, sich so schnell wie möglich das entsprechende Material zu beschaffen. Manchmal gelang das gut, weil sich jemand in New York tatsächlich breitschlagen ließ, Papier ins Fax zu legen und nach Frankfurt zu übermitteln. Manchmal gelang es auch nicht, weil niemand Interesse hatte oder das Papier im Apparat sich mal wieder zerknüllte.

Aktualität war also ein relativer Begriff, wenn man über die Vereinten Nationen berichtete und für eine Analyse oder die Resolution brauchte und sich nicht auf die ›dünnere‹ Berichterstattung der Agenturen oder von CNN verlassen wollte. Umso wertvoller war eine Zeitschrift wie VEREINTE NATIONEN, die eine umfangreiche und regelmäßige Sammlung verschiedener UN-Dokumente abdruckte, Themen analytisch und ›am Stück‹ bearbeitete und die Dinge eher zeitgeschichtlich betrachtete. Natürlich half sie einem nicht, das Informationsloch zu stopfen, das sich täglich durch das Ausbleiben bestimmter Dokumente auftun konnte. Sie analysierte auch nicht die letzte Bosnien-Resolution, jedenfalls nicht in der Geschwindigkeit, die für eine Tageszeitung relevant gewesen wäre. Aber durch solide Hintergrundberichte stattete sie einen immer wieder mit dem Wissen aus, das nötig war, um manches augenblickliche Defizit geschickt zu überdecken. Wenn die aktuelle Resolution schon nicht im Wortlaut vorhanden war, dann konnte man wenigstens aus den letzten zitieren und sie miteinander in Beziehung setzen.

Kurz gesagt: Die Zeitschrift VEREINTE NATIONEN war für mich als Tageszeitungsjournalistin immer eine feste Bezugsgröße. Zumal der frühere Chefredakteur Volker Weyel ein wandelndes Lexikon und Adressbuch in Sachen UN war. Wen könnte man zum Thema UNDP anrufen? Wer weiß, ob der Generalsekretär über den letzten Vorstoß der Amerikaner erbost war? Volker

Weyel war für mich bei vielen Themen die erste Anlaufstelle. »Dazu gab es mal einen Artikel in der Zeitschrift, ich meine es wäre Heft 2/1990 gewesen...«, lautete seine Antwort meist ohne großes Zögern und vor allem ohne Fehl. Und schon hatte ich den Anfang für meine Recherche gefunden.

Inzwischen haben sich die Dinge natürlich geändert. Nicht weil Volker Weyels Nachfolgerin, Anja Papenfuß, weniger kompetent wäre oder die Vereinten Nationen keine Nachricht mehr Wert wären. Nein, der journalistische Alltag hat sich durch die neue Technik völlig gewandelt: Das Fax ist ›Piepsen von gestern‹. Resolutionen sind sofort erhältlich. Es wird nicht nur gemailt, sondern auch getwittert, gebloggt, geskypet und ›geyoutubet‹. Wichtige Konferenzen lassen sich per Livestream verfolgen. Alles ist erhältlich, verfügbar und einsehbar. Fast alle wichtigen Dokumente aus den Vereinten Nationen sind nur wenige Mausklicks entfernt.

Aber sind sie deshalb immer greifbar? Und vor allem begreiflich? Nicht wirklich. Die Fülle an Informationen, die die Vereinten Nationen inzwischen über die Welt ergießen, überfordert selbst routinierte Journalisten. Wer auf dem Presseverteiler der UN steht, erhält mehrfach täglich eine elektronische Presseerklärung: Über ein Treffen zu Kleinwaffen, dem instabilen Südsudan, zu Morden in Afghanistan, zur Wasserknappheit im Gaza-Streifen, zur Nahrungsmittellage in Simbabwe, zur Verurteilung zweier UN-Bediensteter in Myanmar, zum einjährigen Jubiläum einer UN-Niederlassung in Nigeria, zum Westsahara-Konflikt, zu einem neuen UNESCO-Botschafter, zur Lage in Syrien, zu UN-Aktivitäten in Haiti und einer neuen Initiative der FAO gegen Nahrungsmittelunsicherheit – und das ist die Ausbeute nur eines einzigen Tages. Wer soll hier noch den Überblick behalten?

Umso wichtiger ist eine Zeitschrift wie VEREINTE NATIONEN, die unaufgeregt über den Tag hinaus blickt, Verbindungen herstellt und Zusammenhänge beleuchtet. Wo sie früher Nachrichtenlöcher ausfüllen half, baut sie heute Brücken über diesen gewaltigen und weiter anschwellenden Nachrichtenstrom. Dass die Zeitschrift sich ständig weiter entwickeln und hinterfragen muss, ist selbstverständlich. Dieses Schicksal teilt sie mit fast allen Printprodukten. Aber eines sollte sie nicht, egal, ob sie weiter mit der Post ins Haus, digital oder ›cross-medial‹ daher kommt, ob sie größere Schriften und mehr Fotos verwendet oder ob sie bunter, heller und luftiger wird – inhaltlich an Substanz und Tiefe verlieren. Aus journalistischer Sicht braucht es jedenfalls nicht noch eine Postille, die seichte Mitteilungen liefert. Die Welt ist voll davon. Sondern hier gilt: Das Medium mag sich ändern – die Botschaft muss bleiben.



Friederike Bauer, geb. 1963, hat viele Jahre für die Frankfurter Allgemeine Zeitung über die Vereinten Nationen berichtet. Inzwischen arbeitet sie als freie Journalistin und Autorin; sie schreibt überwiegend über Außen- und Entwicklungspolitik.

Aus dem Bereich der Vereinten Nationen

Allgemeines

Generalversammlung:

65. Tagung 2010/2011

- Beobachterstatus der EU aufgewertet
- Hochrangige Treffen zu den MGDs und zu HIV/Aids
- Südsudan 193. Mitglied

Anja Papenfuß

(Dieser Beitrag setzt den Bericht von Anja Papenfuß, Generalversammlung: 64. Tagung 2009/2010, VN, 4/2011, S. 166ff., fort.)

Die 65. Ordentliche Tagung der **Generalversammlung** der Vereinten Nationen wurde am 14. September 2010 vom Präsidenten der Generalversammlung Joseph Deiss aus der Schweiz am Amtssitz in New York eröffnet. In seiner Rede stellte er die Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) und das Thema nachhaltige Entwicklung als Kernbereiche seiner Amtszeit in den Vordergrund. Zudem mussten die Vereinten Nationen wieder zum Zentrum globaler Ordnungspolitik werden. Wenn nicht wesentliche Schritte in Richtung struktureller Reformen gelängen, drohten die UN von anderen internationalen Foren an den Rand gedrängt zu werden.

Die Tagung brachte insgesamt noch weniger politische Errungenschaften als in früheren Jahren hervor. Der überwiegende Teil der Resolutionen und Beschlüsse wurde routinemäßig und ohne größere Änderungen zu den Vorjahresresolutionen verabschiedet. Zu den wichtigsten Beschlüssen dieser Tagung zählt die Ausweitung der Teilnahmerechte der Europäischen Union.

Der Hauptteil der 65. Tagung mit 73 Sitzungen endete am 24. Dezember 2010. Der zweite Teil mit weiteren 45 Sitzungen begann am 14. Januar 2011 und endete am 12. September 2011. Die Staatenvertreter diskutierten und entschieden in den zwölf Monaten über Fragen anhand von 161 Tagungsordnungspunkten.

Sie verabschiedeten dabei insgesamt 316 Resolutionen und 76 Beschlüsse.

Einer seit einigen Jahren üblichen Praxis zufolge wurden vor und während der ersten Woche der Generaldebatte hochrangige Treffen abgehalten. Dieses Mal machte den Auftakt eine Plenartagung vom 20. bis 22. September über die MDGs, die in einem allgemeinen Aufruf, die Versprechen zu halten und die Ziele bis 2015 zu erreichen, mündete (A/RES/65/1). Von deutscher Seite nahmen Bundeskanzlerin Angela Merkel und der Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Dirk Niebel an der Plenartagung teil (Rede Merkel: VN, 5/2010, S. 233f.) Zur Generaldebatte blieb Merkel nicht, sondern überließ Außenminister Guido Westerwelle das Feld (Rede: VN, 5/2010, S. 234f.). Die anderen hochrangigen Treffen waren zum Internationalen Jahr der Biodiversität, zur Neubelebung der Genfer Abrüstungskonferenz (ausführlich dazu: Oliver Meier, VN, 2/2011, S. 79f.) und zur Fünf-Jahres-Überprüfung der Mauritius-Strategie. Im Jahr 2011 fanden hochrangige Treffen zu HIV/Aids, zum Thema Jugend sowie zum zehnjährigen Jubiläum der Anti-Rassismus-Konferenz von Durban statt.

Eine der wichtigsten Resolutionen der 65. Tagung war Resolution 65/276 vom 3. Mai 2011 zur Mitwirkung der Europäischen Union an der Arbeit der Vereinten Nationen. Mit dieser Resolution billigen die Mitgliedstaaten den Vertretern der EU (der Hohe Vertreter für die Außen- und Sicherheitspolitik sowie der Präsident des Europäischen Rates) weitreichende Rechte zu. Dazu gehören unter anderem: das Recht, Stellungnahmen im Namen der EU abzugeben, das Recht, an der Generaldebatte teilzunehmen sowie das Recht auf Antwort. Die EU hat damit einen Status erhalten, den keine andere Regionalorganisation besitzt und der mit Ausnahme des Stimmrechts und des Rechts, Kandidaten aufzustellen, dem Status eines Vollmitglieds fast gleichgestellt ist (dazu ausführlich Jelka Mayr-Singer/Julia Villotti, VN, 4/2012, S. 154–158).

Generaldebatte

Die Generaldebatte bildet immer den Auftakt jeder Tagung der Generalversammlung. In diesen sechs bis zehn Tagen haben die Staats- und Regierungschefs sowie Außenminister aller Mitgliedstaaten die Gelegenheit, in jeweils maximal 15 Minuten ihre Haltung zu internationalen Fragen kundzutun. Die Debatte begann dieses Mal nicht, wie üblich, an einem Dienstag, sondern aufgrund des MDG-Treffens erst am Donnerstag, den 23. September und endete am 30. September. Rund einhundert Staats- und Regierungschefs hielten Reden vor dem Plenum. Seit dem Jahr 2003 gibt der Präsident der Generalversammlung ein Thema für die Debatte vor. Dieses Mal lautete das Thema: »Bekräftigung der zentralen Rolle der Vereinten Nationen in der globalen Ordnungspolitik«.

UN-Generalsekretär Ban Ki-moon eröffnete die Generaldebatte. Er nannte als größte Herausforderungen Armutsbekämpfung, Klimawandel und Abrüstung. In Bezug auf den Klimawandel machte er mit der griffigen Formel 50:50:50 auf einen wichtigen Zusammenhang aufmerksam: Im Jahr 2050 werde die Weltbevölkerung um 50 Prozent gewachsen sein und bis dahin müsste eine Reduzierung der Treibhausgasemissionen um ebenfalls 50 Prozent erreicht werden.

Zu den öffentlichkeitswirksamsten Auftritten während der 65. Tagung zählte die Rede des iranischen Präsidenten Mahmud Ahmadinedschad. Er sorgte für einen Eklat, als er darüber spekulierte, ob die USA selber hinter den Anschlägen des 11. Septembers 2001 steckten. Die amerikanische Delegation verließ daraufhin demonstrativ den Saal; Kanada boykottierte die Rede ebenfalls. Am Vormittag hatte sich der amerikanische Präsident Barack Obama auf die Themen Naher Osten, Menschenrechte und Iran konzentriert. Er appellierte an die Welt, zur Beendigung des Nahost-Konflikts beizutragen. Er brachte sogar die Hoffnung zum Ausdruck, dass im kommenden Jahr ein Abkommen zwischen Israel und Palästina vorliege, welches es ermögliche,

Palästina als neuen Mitgliedstaat in die UN aufzunehmen.

Das Thema Reform des Sicherheitsrats war Gegenstand von Reden zahlreicher Staatsvertreter, vor allem afrikanischer Länder. Unterstützt von arabischen Staaten, der EU, Japan und Australien forderten die Vertreter Gabuns, Namibias, Nigerias und Senegals einen ständigen Sitz (zum Teil mit Vetorecht) im Sicherheitsrat für Afrika. Senegals Präsident Abdoulaye Wade machte auf den Missstand aufmerksam, dass die UN wohl kaum eine überzeugende Rolle in der globalen Ordnungspolitik spielen könnten, wenn Afrikas Staaten ein Viertel der UN-Friedenstruppen stellten, 70 Prozent der Themen des Sicherheitsrats sich um Afrika drehten und gleichzeitig Afrika keinen ständigen Sitz im Rat hätte. Für eine Reform sprach sich auch Großbritanniens Vize-Premierminister Nick Clegg aus: Sein Land sei eindeutig in seiner Unterstützung für ständige Sitze für Brasilien, Indien, Deutschland und Japan sowie eine afrikanische Repräsentation.

Abrüstung

Im Bereich Abrüstung begrüßte die Generalversammlung in Resolution 65/49 das Inkrafttreten des Vertrags über eine kernwaffenfreie Zone in Zentralasien am 21. März 2009 (Vertrag von Semei) und in Resolution 65/61 die Unterzeichnung des Vertrags zwischen Russland und den Vereinigten Staaten über Maßnahmen zur weiteren Reduzierung und Begrenzung der strategischen Offensivwaffen (der neue START-Vertrag) am 8. April 2010. Der alte START-Vertrag (START II) war im Dezember 2009 ausgelaufen. Darüber hinaus wurde eine Vielzahl an Resolutionen verabschiedet, die keine wesentlichen Neuerungen enthalten, sondern verstärkte Bemühungen zur Abrüstung in allen Waffenbereichen forderten. Interessant ist jedoch Resolution 65/69. Darin wird den Mitgliedstaaten nahegelegt, Frauen stärker in Abrüstungsverhandlungen einzubeziehen und die effektive Mitwirkung von Frauen in Organisationen, die sich mit Abrüstungsfragen befassen, zu fördern. In einer weiteren Resolution weist die Generalversammlung auf die Gefahr hin, dass Terroristen in den Besitz radioaktiver Stoffe und Strahlenquellen gelangen könnten. Die Staaten werden aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um dies zu verhindern (65/74).

Wirtschaft und Entwicklung

30 Jahre nach dem ersten gemeldeten Aids-Fall und zehn Jahre nach der Verabschiedung der maßgeblichen Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids fand vom 8. bis 10. Juni 2011 eine Tagung auf hoher Ebene zu HIV/Aids in New York statt. Das Ergebnis der dreitägigen Veranstaltung mit zahlreichen Workshops und Podiumsdiskussionen wurde in der 19 Seiten umfassenden Politischen Erklärung in Resolution 65/277 festgehalten. Die Staats- und Regierungschefs versprachen darin unter anderem, bis zum Jahr 2015 allen Betroffenen Zugang zu HIV/Aids-Prävention, -Behandlung, -Betreuung und -Unterstützung zu gewähren.

Das Datum für die 4. Konferenz der Vereinten Nationen über die am wenigsten entwickelten Länder (LDCs) wurde auf Mai 2011 festgelegt und ihr Ergebnis in Resolution 65/280 gebilligt (Bericht über die Konferenz: Johannes Wendt, VN, 5/2011, S. 227f.).

Ohne Abstimmung verabschiedete die Generalversammlung eine Resolution zur Förderung des Ökotourismus zugunsten von Armutsbekämpfung und Umweltschutz. Sie verweist darin auf die positiven Auswirkungen von Ökotourismus auf die Schaffung von Arbeitsplätzen und die Bildung, was wiederum zur Bekämpfung von Armut beitrage (65/173).

Menschenrechte

Seit längerem werden die Rechte älterer Menschen diskutiert und die Frage, ob die bestehenden Menschenrechtskonventionen ältere Menschen ausreichend schützen. Die Generalversammlung setzte daher in Resolution 65/182 eine offene Arbeitsgruppe ein, die diese Frage prüfen soll. Der Generalsekretär soll zudem zur nächsten Tagung einen Bericht über die Situation älterer Menschen in allen Regionen der Welt vorlegen. Zum Thema indigene Völker soll im Jahr 2014 eine Weltkonferenz in Form einer Plenartagung der Generalversammlung auf hoher Ebene stattfinden (65/198). Dem Ausschuss gegen Folter gewährt die Generalversammlung vom Mai 2011 bis einschließlich November 2012 eine zusätzliche Sitzungswoche, um den Rückstand bei der Prüfung der Staatenberichte abzubauen (65/204).

Zum Thema Rassismus beschloss die Generalversammlung, aus Anlass des

zehnten Jahrestags der Anti-Rassismus-Konferenz von Durban eine eintägige Tagung auf hoher Ebene abzuhalten. Diese Tagung sollte am zweiten Tag der Generaldebatte der 66. Tagung stattfinden (65/240). Die Abhaltung einer Tagesveranstaltung war der kleinste gemeinsame Nenner gewesen, auf den sich die Staaten hatten einigen können. Deutschland stimmte gegen die Resolution und blieb der Tagung, die am 22. September 2011 stattfand, fern.

Resolutionen zu problematischen Menschenrechtssituationen in einzelnen Ländern ergingen, wie im Vorjahr, zu Iran, Myanmar und Nordkorea.

Zum ersten Mal in der Geschichte des Menschenrechtsrats wurde ein Mitglied des Rates suspendiert. Am 1. März 2011 setzte die Generalversammlung mit Resolution 65/265 Libyens Mitgliedschaftsrechte aus und reagierte damit auf das brutale Vorgehen von Staatschef Muammar al-Gaddafi gegen die eigene Bevölkerung. Der Menschenrechtsrat hatte am 25. Februar die Generalversammlung um die Suspendierung gebeten und zugleich eine Tatsachenermittlungsmission für Libyen eingesetzt.

Im Jahr 2011 stand auch die erste Fünfjahres-Überprüfung des Menschenrechtsrats an. Die Überprüfung durch die Mitgliedstaaten ergab, dass Struktur und Arbeitsweise im Wesentlichen unverändert bleiben sollen (65/281) (ausführlich dazu: Theodor Rathgeber, VN, 5/2011, S. 215–220).

Haushalt und Verwaltung

Der im Dezember 2009 beschlossene ordentliche Haushalt für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 wurde Ende 2010 um 208 Mio. US-Dollar aufgestockt. Der Löwenanteil davon, 203 Mio. US-Dollar, fiel auf den Bereich politische Angelegenheiten. Damit stieg der Haushalt auf 5,367 Mrd. US-Dollar, also um 4,1 Prozent.

Die Generalversammlung billigte auch in einzelnen Resolutionen den Haushalt von 7,1 Mrd. US-Dollar für die 13 bestehenden Friedenssicherungsmissionen, die Versorgungsbasis in Brindisi und den Friedenssicherungs-Sonderhaushalt für den Zeitraum 1. Juli 2011 bis 30. Juni 2012. Damit sank der Haushalt im Vergleich zum Vorjahr um 100 Mio. US-Dollar. Die größten Mittelzuweisungen

erhielten wieder die Hybridmission in Darfur (UNAMID) mit 1,7 Mrd. US-Dollar und die Mission in der Demokratischen Republik Kongo (MONUSCO) mit 1,42 Mrd. US-Dollar (A/C.5/65/19 v. 22.7.2011).

Rechtsfragen

Im Jahr 2010 nahm die Generalversammlung drei von der Kommission der Vereinten Nationen für internationales Handelsrecht (UNCITRAL) ausgearbeitete Rechtsdokumente an: erstens die Schiedsordnung in der überarbeiteten Fassung von 2010 (65/22), zweitens den UNCITRAL-Gesetzgebungsleitfaden zu Sicherungsgeschäften: Zusatz betreffend Sicherungsrechte am geistigen Eigentum (65/23) und drittens den dritten Teil des UNCITRAL-Gesetzgebungsleitfadens über Insolvenzrecht (65/24).

Der auf der 64. Tagung angeforderte Bericht des Generalsekretärs zum Geltungsbereich und zur Anwendung des Weltrechtsprinzips wurde von der Generalversammlung auf ihrer 65. Tagung dankend zur Kenntnis genommen. Sie beschloss, auf der nächsten Tagung eine Arbeitsgruppe im Sechsten Ausschuss (Rechtsfragen) einzusetzen, die sich mit diesen Fragen weiter auseinandersetzen soll (65/33).

Des Weiteren nahm die Generalversammlung die Grundsätze der Vereinten Nationen für die Behandlung weiblicher Gefangener an. Der Katalog, auch bekannt unter dem Namen Bangkok-Regeln, enthält 70 Grundsätze unter anderem in Bezug auf die Klassifizierung von weiblichen Häftlingen, zu Fragen der Gesundheit und Sicherheit weiblicher Gefangener sowie zu den in Haft befindlichen Kindern (65/229). Unter dem Tagungsordnungspunkt Verbrechenverhütung nahm die Generalversammlung aktualisierte Musterstrategien und praktische Maßnahmen auf dem Gebiet der Verbrechenverhütung und der Strafrechtspflege zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen (65/228) an. Sie beziehen sich auf das Strafrecht, das Strafprozessrecht, Maßnahmen zur Verbrechenverhütung und die internationale Zusammenarbeit.

Außerdem billigte die Generalversammlung die Erklärung von Salvador. Diese war auf dem 12. Kongress für Verbrechenverhütung und Strafrechtspflege im

April 2010 in Salvador (Brasilien) verabschiedet worden. In der Erklärung wird unter anderem die Kommission für Verbrechenverhütung und Strafrechtspflege gebeten, eine offene zwischenstaatliche Arbeitsgruppe einzusetzen, um die Gefahren der Computerkriminalität umfassend zu untersuchen (65/230). Katar wird Gastgeber des 13. Kongresses im Jahr 2015 sein.

Internationale Gedenkanklässe

Die Generalversammlung verabschiedete auf der 65. Tagung insgesamt fünf neue Internationale Tage, zwei neue Internationale Jahre, eine neue Weltwoche und eine Internationale Dekade.

Der 24. März wurde zum Internationalen Tag für das Recht auf Wahrheit über schwere Menschenrechtsverletzungen und für die Würde der Opfer erklärt (65/196). Aus Anlass des 50. Jahrestags des ersten bemannten Raumflugs von Juri Gagarin im Jahr 1961 wurde der 12. April zum Internationalen Tag des bemannten Raumflugs erklärt (65/271) (siehe dazu Annette Froehlich, VN, 3/2012, S. 132). Der 23. Juni soll ab 2011 als Internationaler Tag der Witwen begangen werden (65/189). Zum Internationalen Tag der Freundschaft wurde der 30. Juli ausserkoren (65/275) und der 30. August zum Internationalen Tag der Opfer des Verschwindenlassens (65/209).

2012 wurde zum Internationalen Jahr der nachhaltigen Energie erklärt (65/151) und 2013 zum Internationalen Jahr der Zusammenarbeit im Wasserbereich (65/154). Jeweils die erste Februarwoche soll ab 2011 als Weltwoche der interreligiösen Harmonie begangen werden (65/5). Aus Anlass des 50-jährigen Jubiläums der Erklärung über die Gewährung der Unabhängigkeit an koloniale Länder und Völker von 1960 wurde die Dritte Internationale Dekade für die Beseitigung des Kolonialismus ausgerufen. Sie geht von 2011 bis 2020 (65/119).

Wahlen

Bei der Wahl von fünf neuen nichtständigen Mitgliedern des Sicherheitsrats für die Jahre 2011/2012 in der Generalversammlung am 12. Oktober 2010 erhielt Deutschland in der ersten Runde 128 Stimmen. Seine Mitbewerber, Kanada und Portugal, mussten in die zweite Runde, woraufhin Kanada seine Kandidatur

zurückzog und Portugal mit 150 Stimmen gewählt wurde. Die drei anderen der fünf neuen nichtständigen Mitglieder waren Indien, Kolumbien und Südafrika.

Am 22. Juni 2011 wählten die Staatenvertreter per Akklamation den 58-jährigen ehemaligen langjährigen Ständigen Vertreter Katars bei den Vereinten Nationen Nassir Abdulaziz Al-Nasser zum Präsidenten der 66. Generalversammlung. Das Vorschlagsrecht für die Kandidaten rotiert jährlich zwischen den (informellen) Regionalgruppen in der Versammlung. Im Jahr 2011 lag es bei der Gruppe der asiatischen Staaten (vgl. Personalien, VN, 4/2011, S. 178).

Bereits mehr als ein halbes Jahr vor dem Ende seiner ersten Amtszeit, am 21. Juni 2011, wurde UN-Generalsekretär Ban Ki-moon ohne Abstimmung für eine zweite sechsjährige Amtszeit wiedergewählt (65/282). Der Sicherheitsrat hatte am 17. Juni eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Die zweite Amtszeit dauert vom 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2016.

Im Mai 2011 wurde ein Drittel der Mitglieder des Menschenrechtsrats für eine ab 17. Juni 2011 beginnende dreijährige Amtszeit neu gewählt, aus Europa waren dies Italien, Rumänien, Österreich und die Tschechische Republik. Deutschland hatte sich nicht zur Wahl gestellt.

Verschiedenes

Am 14. Juli 2011 nahm die Generalversammlung mit Resolution 65/308 die Republik Südsudan als 193. Mitglied in die Vereinten Nationen auf. Der Sicherheitsrat hatte am Tag zuvor die Aufnahme des neuen aus der Loslösung von Nordsudan entstandenen Staates empfohlen. Die Südsudanesen hatten sich in einem Referendum im Januar 2011 für die Unabhängigkeit entschieden und am 9. Juli ihren eigenen Staat gegründet.

Mit Resolution 65/309 nahm sich die Generalversammlung eines Themas an, das von Bhutan seit einigen Jahren propagiert wird: Glück als neuer Maßstab zur Bewertung von menschlicher Entwicklung. In der Resolution werden die Staaten gebeten, zusätzliche Indizes zu entwickeln, die die Bedeutung des Strebens nach Glück und Wohlbefinden bei der Entwicklung besser erfassen. Bhutan wird auf der 66. Tagung eine Podiumsdiskussion zu diesem Thema abhalten.

Politik und Sicherheit

Vertrag über den Waffenhandel: Staatenkonferenz 2.–27. Juli 2012

- Gute Fortschritte trotz formellen Scheiterns

Michael Brzoska · Ulrich Kühn

Vom 2. bis 27. Juli 2012 kamen in New York die 193 UN-Mitgliedstaaten zusammen, um abschließend einen internationalen **Vertrag über den Waffenhandel (Arms Trade Treaty – ATT)** auszuhandeln. Im Mittelpunkt der Verhandlungen standen rechtsverbindliche Regeln für die internationale Ausfuhr, Einfuhr und den Transfer aller konventionellen Waffen. Die drei Hauptziele eines solchen Vertrags waren: den illegalen Waffenhandel zu unterbinden, mehr Transparenz zu erlangen und die potenziell negativen Auswirkungen auf Menschenrechte, humanitäres Völkerrecht und nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung anzugehen.

Der Handel mit konventionellen Waffen ist ein globales Phänomen: alle Länder und Regionen sind davon betroffen. Zwar haben die meisten Waffenexportländer nationale Kontrollsysteme, aber diese weichen stark voneinander ab. Während es für die meisten Gebrauchsgüter des täglichen Lebens globale Handelsvorschriften gibt, sucht man bei konventionellen Waffen danach vergebens. Gleichwohl hat die Erkenntnis, dass Waffen schädliche Wirkungen auf die Stabilität von Regionen und wirtschaftliche Entwicklung haben können, in unzähligen UN-Dokumenten und Resolutionen der Generalversammlung und des Sicherheitsrats Eingang gefunden. Ein besonderes Problem stellt der illegale Handel mit Waffen dar, der viele bewaffnete Konflikte im wahrsten Sinne des Wortes befeuert und mit dessen Hilfe Waffenembargos unterlaufen werden.

Die Vorgeschichte

Seit Beginn der neunziger Jahre haben sich die Vereinten Nationen in mehreren Anläufen des Themas angenommen. Iraks Invasion von Kuwait im Jahr 1990 hatte

verdeutlicht, dass fehlende internationale Transparenz die Anhäufung großer Mengen an konventionellen Waffen erleichterte. Im Dezember 1991 reagierte die Generalversammlung und verabschiedete die Resolution über Transparenz auf dem Gebiet der Rüstung (A/RES/46/36 L). Sie führte zur Einrichtung des UN-Registers für konventionelle Waffen. Im Zuge der »neuen Kriege« in Afrika verabschiedete die UN-Abrüstungskommission im Jahr 1996 Richtlinien für den internationalen Transfer von Waffen (A/51/42, Annex 1). Die Richtlinien enthielten vor allem Empfehlungen, wie die nationalen Bestimmungen angeglichen und besser national umgesetzt werden sollten, mit dem Ziel, den illegalen Waffenhandel zu unterbinden. Wie beim UN-Waffenregister waren auch diese Regelungen nicht rechtlich bindend.

Ein Jahr später trat eine Gruppe ehemaliger Friedensnobelpreisträger um den ehemaligen Präsidenten Costa Ricas Óscar Arias Sánchez mit einem internationalen Verhaltenskodex zum Transfer von Waffen an die Öffentlichkeit. Die Idee eines globalen und rechtlich verbindlichen Vertrags wurde zunächst vor allem von nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) aufgegriffen und bekannt gemacht. Im Jahr 2001 präsentierte eine zivilgesellschaftliche Initiative einen Entwurf für eine Rahmenkonvention zu internationalen Waffentransfers (Draft Framework Convention on International Arms Transfers). Unter dem griffigen Titel **Waffenhandelsvertrag (»Arms Trade Treaty« – ATT)** begannen in der Folge die beteiligten NGOs (Amnesty International, Oxfam International und das Internationale Aktionsnetzwerk zu Kleinwaffen), für den Vorschlag zu werben.

Nach und nach gelang es ihnen, einzelne Regierungen von der Initiative zu überzeugen. Ein wichtiger Meilenstein war die im September 2004 offiziell gemachte Unterstützung Großbritanniens. Im Oktober 2006 brachten dann Argentinien, Australien, Costa Rica, Finnland, Großbritannien, Japan und Kenia Resolution 61/89 (Auf dem Wege zu einem Vertrag über den Waffenhandel) in den Ersten Ausschuss der UN-Generalversammlung ein. In der darauf folgenden Abstimmung stimmte eine überwältigende Mehrheit von 153 Staaten für die Annahme. Die einzige Gegenstimme kam

vom weltweit größten Waffenexporteur, den USA.

Die Entwurfsphase

Resolution 61/89 sah unter anderem die Einrichtung einer Gruppe von Regierungsexperten (GGE) vor. Unter Vorsitz des argentinischen Botschafters Roberto García Moritán präsentierte die Gruppe im August 2008 ihren Bericht (A/63/334), der die Probleme herausstrich, die mit dem unerlaubten Waffenhandel einhergehen, wie Terrorismus und organisierte Kriminalität. Eine zweite Resolution zum ATT (A/RES/63/240), die wiederum nur mit der Gegenstimme der Vereinigten Staaten verabschiedet wurde, bestätigte im Dezember 2008 den GGE-Bericht und folgte seiner Empfehlung, den Prozess auf multilateraler Ebene weiterzuführen. Mit dem Ziel, Konsens über die Elemente eines möglicherweise rechtsverbindlichen Vertrags über die Einfuhr, Ausfuhr und den Transfer von konventionellen Waffen herzustellen, beschloss die Generalversammlung, eine für alle Mitgliedstaaten offene Arbeitsgruppe (OEWG) einzurichten. Ein vorläufiger, im Konsens erstellter Bericht der OEWG lag im Juli 2009 vor (A/AC.277/2009/1). Zu diesem Zeitpunkt lagen die Positionen der Staaten im Hinblick auf den Anwendungsbereich und die vorläufigen Parameter eines möglichen Vertrags noch weit auseinander. Trotzdem beschleunigte sich der Diskussionsprozess in den UN. Von großer Bedeutung war die geänderte Haltung der amerikanischen Regierung. Außenministerin Hillary Clinton erklärte im Oktober 2009 offiziell die Unterstützung der USA für das Vorhaben unter der Bedingung, dass der Vertrag im Konsens ausgehandelt werden müsse. Am 2. Dezember 2009 verabschiedete die Generalversammlung Resolution 64/48, die den Weg für Verhandlungen ebnete. Die noch ausstehenden Sitzungen der OEWG für 2010 und 2011 wurden kurzerhand in Sitzungen eines Vorbereitungsausschusses (Prep-Com) umgewandelt und für 2012 eine Staatenkonferenz angesetzt.

Streitpunkte und Positionen

In Resolution 64/48 wird der Vorbereitungsausschuss aufgefordert, der Konferenz Vorschläge für erforderliche Elemente »einer wirksamen und ausgewogenen, rechtsverbindlichen Übereinkunft über

die höchstmöglichen gemeinsamen internationalen Normen für den Transfer konventioneller Waffen« zu machen. Der Ausschuss, wieder unter dem Vorsitz von Botschafter Moritán, versuchte diesem Leitbild nachzukommen. Als die wesentlichen inhaltlichen Streitpunkte kristallisierten sich heraus:

■ **Kriterien für die Regulierung des Waffenhandels:** Gegen alle von den Befürwortern eines wirksamen ATT propagierten Verbots- und Prüfkriterien wurden von einzelnen Staaten Bedenken erhoben. Umstritten war auch, welches Gewicht den Kriterien bei der Entscheidungsfindung durch die Staaten zugemessen werden sollte.

■ **Umfang der Regulierung:** Umstritten war vor allem die Ausweitung der im UN-Waffenregister erfassten Kategorien auf Munition. Die Einbeziehung von Kleinwaffen, über die Staaten an das UN-Waffenregister melden können aber nicht müssen, wurde allgemein akzeptiert. Zahlreiche Staaten plädierten außerdem für die Kontrolle der Lieferung von Bauteilen und Komponenten sowie von Lizenzen und Technologie zur Herstellung von Waffen, um die Umgehung der Vertragsbestimmungen durch Auslagerung der Produktion zu verhindern.

Nur von einigen Staaten wurde hingegen in Frage gestellt, dass der Vertrag nicht nur die Ausfuhr, sondern auch den internationalen Transport und die Vermittlung von Waffengeschäften (brokering) umfassen solle. Auch wurde die Position, dass lediglich für den illegalen Waffenhandel Richtlinien formuliert werden sollten, von nur wenigen Staaten vertreten. Geringe Unterstützung fand die von vielen NGOs vorgetragene Forderung einer internationalen Überprüfung der von nationalen Regierungen zu treffenden Entscheidungen. Hingegen bestand weitgehende Übereinstimmung, eine Berichtspflicht über die Umsetzung der Bestimmungen des Vertrags sowie deren Diskussion auf Überprüfungskonferenzen in den Vertragstext aufzunehmen.

Während der PrepCom-Sitzungen kristallisierte sich eine breite Unterstützerkoalition für einen wirksamen Vertrag heraus. Neben vielen Ländern aus Afrika südlich der Sahara, Asien und Lateinamerika zählten dazu auch jene Lieferländer, die bereits nationale Ausfuhrregelungen auf hohem Kontrollniveau haben und ei-

nen ATT möglichst nahe an diesen Regimen angesetzt sehen wollten. Dazu gehörten die großen EU-Waffenexporteure Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Deutschland hatte sich anfangs skeptisch gezeigt und argumentiert, die Diskussion über einen Waffenhandelsvertrag lenke von der eigentlich wichtigeren Kleinwaffenproblematik ab, die seit dem Jahr 2001 in einem eigenen UN-Prozess behandelt wird. Doch nach und nach wandelte sich Deutschland von einem Skeptiker zu einem offensiven Verfechter eines robusten ATT. Dies wurde besonders deutlich in Deutschlands, letztlich vergeblicher, Ablehnung des Konsensprinzips. Die USA unterstützten den Prozess, wandten sich aber strikt gegen die Aufnahme von Munition und die Pflicht, die Einfuhr von Waffen genau zu dokumentieren und zu kontrollieren. Dies waren die wesentlichen Kritikpunkte der äußerst einflussreichen amerikanischen Lobbygruppe ›National Rifle Association‹ (NRA). Diese Punkte waren auch von einer Mehrheit von Senatoren in einem Schreiben an Präsident Barack Obama aufgenommen worden. Die Ratifizierung eines ATT im amerikanischen Senat, für die mindestens 60 Senatoren stimmen müssten, erscheint gegen die Opposition der NRA sehr unwahrscheinlich.

Vor allem die arabischen Staaten, angeführt von Ägypten, zeigten sich skeptisch bis ablehnend. So machte Kairo seine Präferenz für ein lediglich politisch verbindliches Dokument deutlich. Ein wiederholt ins Feld geführtes Argument der Kritiker war die Auslegung von Artikel 51 UN-Charta (Recht auf Selbstverteidigung). Damit verbinden diese Staaten nicht nur das Recht, Waffen einzuführen, sondern auch die Pflicht der exportierenden Nationen, Waffen zu liefern. Auch bestand bei einigen Staaten der Vorbehalt, dass ein ATT nur ein weiteres Exportkontrollregime darstellen würde und letztlich sogar den dringend benötigten Nord-Süd-Technologietransfer unterbinden könnte. Auch China und Indien zeigten sich eher zurückhaltend und wollten zunächst die bereits bestehenden internationalen Abmachungen gestärkt sehen. Vor allem Iran, Kuba, Nordkorea, Pakistan, Russland, Saudi-Arabien und Venezuela begleiteten den Prozess eher obstruktiv und stellten praktisch alle dis-

kutierten potenziellen Vertragselemente in Frage, ohne konstruktive Alternativen zu benennen.

Trotzdem endete der PrepCom-Prozess ermutigend. Dies war ein wesentliches Verdienst von Botschafter Moritán und seiner Unterstützer. Ein von ihm in persönlicher Funktion im Juli 2011 vorgelegter Vertragsentwurf (A/CONF.217/1, Annex 2) wurde von einer großen Gruppe von Staaten, wie auch vielen NGOs, als gute Grundlage für die Verhandlungen im Juli 2012 angesehen.

Die Verhandlungen

Mit Beginn der eigentlichen Verhandlungen am 2. Juli 2012 zeigte sich, wie schwerfällig der weitere Prozess verlaufen sollte. So beschäftigte die Frage des Status der palästinensischen Autonomiegebiete die Teilnehmer bis weit in die Abendstunden des ersten Konferenztags, was zur Verschiebung der Konferenzöffnung führte. Botschafter Moritán legte, auf der Grundlage der im Vorfeld der Konferenz durchgeführten Konsultationen, neue Elemente für einen Vertragsentwurf vor (Discussion Paper of 3 July). Als Arbeitsprozedere schlug er zwei Arbeitsgruppen vor: Gruppe 1 sollte sich um die Präambel, Grundsätze, Ziele und Kriterien kümmern und Gruppe 2 um den Anwendungsbereich, die Durchführung und die Schlussbestimmungen.

Bald wurde deutlich, dass konzertierte Aktionen der Gegner eines starken ATT den Verhandlungsprozess immer wieder erfolgreich verschleppen konnten. Prozedurale Fragen dienten Iran, Kuba, Nordkorea und Syrien wiederholt als Vorwand für ausufernde Diskussionen. Besonders Russland und China machten wiederholt ihre reservierte Haltung deutlich. So insistierte Russland auf seiner Forderung einer ausschließlichen Konzentration auf den illegalen Waffenhandel, und China pochte auf die nationale Souveränität als entscheidendem Kriterium dafür, wann und unter welchen Umständen Waffenlieferungen zu erfolgen hätten. Pakistan wiederum forderte, auch die Produktion von Waffen durch einen ATT zu regulieren. Die am 13. beziehungsweise 16. Juli vorgelegten Entwürfe der beiden Vorsitzenden der Arbeitsgruppen konnten nicht verdecken, dass es in der ersten Hälfte der Konferenz kaum inhaltliche Fortschritte gegeben hatte.

Auch in den beiden verbliebenen Wochen verbrauchten die Delegationen einen Großteil der Zeit mit generellen Erklärungen und Diskussionen der zahlreichen strittigen Punkte. Neben den bereits genannten Aspekten waren dies unter anderem auch die Fragen, ob Sportwaffen vom Vertrag erfasst werden sollten (Italien weigerte sich), ob Staaten an Nichtregierungsgruppen liefern dürften (die USA wollten sich diese Option offen halten) und ob ein ATT erst dann in Kraft treten könnte, wenn die größten Exporteure ratifiziert hätten. Die Masse der Stellungnahmen der Staaten legte den Eindruck nahe, dass die Konferenz im Streit enden würde.

Erster umfassender Entwurf

Dies galt auch für die Reaktionen auf einen ersten umfassenden Entwurf für einen ATT durch Botschafter Moritán in Verbindung mit 173 Staaten vom 24. Juli. Von den Vertretern einiger skeptischer Staaten, einschließlich der USA und Russlands, wurde dieser Entwurf heftig kritisiert. Trotzdem schien eine Wende möglich, als im Verlauf des Nachmittags des 26. Juli vom Konferenzpräsidenten ein neuer Entwurf vorgelegt wurde (A/CONF.217/CRP.1). Dieser war deutlich als Kompromissangebot an die Skeptiker, vor allem die USA, erkennbar. Zahlreichen Bedenken wurde Rechnung getragen. Gleichzeitig fanden sich aber auch die Forderungen der Befürworter eines wirksamen Vertrags wieder. Dadurch hat der Entwurf eine komplizierte und nicht widerspruchsfreie Struktur. Praktisch alle im Verhandlungsprozess eingeführten Aspekte von Befürwortern und Skeptikern wurden in die sehr umfangreiche Präambel aufgenommen – von der Betonung, dass Frauen und Kinder in besonderer Weise von Konflikten und bewaffneter Gewalt betroffen sind bis hin zur gesetzlich geschützten Nutzung von bestimmten Typen konventioneller Waffen zur Freizeitgestaltung.

Als »harte« Kriterien für das Verbot von Waffentransfers wird lediglich die Einhaltung international rechtsverbindlicher Verpflichtungen aufgeführt (Art. 3). Hingegen werden weitere Kriterien der Bewertung durch die jeweiligen Exportstaaten unterstellt (Art. 4). Diese sollen prüfen, ob ein Export eher zu Frieden und Sicherheit beiträgt oder ihn unterminiert

und ob damit schwere Verletzungen des humanitären Völkerrechts, der Menschenrechte oder internationaler Abkommen im Bereich der Bekämpfung des Terrorismus begangen oder gefördert werden. Wenn die Staaten zu dem Ergebnis kommen, dass ein »überwiegendes« (»overriding«) Risiko besteht, dass die genannten Folgen eintreten, sollten sie keine Genehmigung (»shall not authorize«) erteilen. Noch weicher sind weitere Kriterien formuliert: Staaten sollen mögliche (»feasible«) Maßnahmen treffen, um zum Beispiel zu vermeiden, dass Waffen Gegenstand von Korruption werden oder die Entwicklung eines Käuferlands beeinträchtigen.

Die strittigen Punkte bei der Frage des Umfangs der Regulierung wurden ebenfalls in einen Kompromiss gegossen. In Artikel 2 (Scope) werden weder Munition, Bauteile und Komponenten noch Lizenzen oder die Technologie für die Herstellung von Waffen genannt. Hingegen werden im Durchführungsteil (Art. 6) die Staaten aufgefordert, auch die Ausfuhr von Munition sowie Bauteilen und Komponenten zu regulieren und hierbei die Bestimmungen von Artikel 3 sowie der im Rahmen der »Risikoeinschätzung« genannten Kriterien (nicht jedoch der weiteren Kriterien) von Artikel 4 anzuwenden. Technologie wird hingegen nur in der Präambel erwähnt; Lizenzen gar nicht. Letzteres war ein Anliegen der deutschen Regierung, da der Export von Lizenzen bisher in Deutschland nicht genehmigt werden muss und zusätzlicher Verwaltungsaufwand befürchtet wurde. Ein weiteres Entgegenkommen gegenüber den USA (und der NRA) ist, dass alle Berichts- und Aufbewahrungspflichten für Dokumente unter den Vorbehalt gestellt werden, dass sie mit den jeweiligen nationalen Gesetzen vereinbar sind. Auch wenn der Vertragsentwurf vom 26. Juli damit aus Sicht der staatlichen Verfechter eines starken Vertrags viele Defizite aufweist, fand er deren grundsätzliche Unterstützung.

Abbruch der Verhandlungen

Der erfolgreiche Abschluss der Konferenz wurde am Morgen des 27. Juli jedoch unmöglich gemacht, als die USA erklärten, mehr Bedenkzeit zu brauchen und keiner Erklärung zum vorliegenden Vertragstext zustimmen zu wollen. Dies war das Sig-

nal für bekannte ATT-Skeptiker wie Kuba, Russland, Syrien und Venezuela, ihre Ablehnung des Vertragsentwurfs zu erklären. Der ATT war vorläufig gescheitert. Allerdings zeigte die Konferenz, und insbesondere auch die am Ende doch breite Unterstützung des vorliegenden Entwurfs, dass während der Konferenz erhebliche Fortschritte in Richtung einer Klärung, wie ein ATT aussehen könnte, gemacht wurden. Die Chancen, dass es in absehbarer Zeit einen Waffenhandelsvertrag geben wird, haben sich deutlich erhöht.

Aussichten

Verschiedene Optionen sind denkbar. In einer Erklärung von mehr als 90 Staaten, darunter auch Deutschland, die kurz vor Abschluss der Konferenz vom Vertreter Mexikos verlesen wurde, wird angekündigt, das Vorhaben möglichst rasch wieder in die Generalversammlung einzubringen. Eine Möglichkeit ist, dass eine Gruppe von Staaten eine leicht überarbeitete Fassung des vorliegenden Entwurfs einbringt, um eine Resolution, in welcher der Entwurfstext zur Ratifizierung empfohlen wird, zu erreichen. Eine andere Variante ist eine Resolution, in der die Generalversammlung einen weiteren, möglicherweise recht kurzen, Zeitraum für die Aushandlung eines endgültigen Textes auf der Grundlage des vorliegenden Entwurfs beschließt.

Alternativ zu einem Vorgehen in den UN haben bereits einige NGOs, die für einen umfassenden und wirksamen ATT eintreten, für einen neuen Anlauf der Staaten außerhalb der UN in einem eigenständigen Format plädiert. Vorbilder sind die Konventionen zu Anti-Personenminen (Ottawa-Konvention) und Streumunition (Oslo-Konvention). Die Wahrscheinlichkeit, dass die USA und Russland selbst einem stark verwässerten ATT beitreten, wird von den NGOs als gering eingeschätzt. Deshalb sollten die Kompromisse, die dem Zweck dienen, möglichst breite Unterstützung zu finden, wieder zurückgenommen werden. Allerdings ist fraglich, welchen Wert ein Waffenhandelsvertrag hätte, dem die beiden größten Waffenexporteure nicht verpflichtet sind.

Textentwurf: A/CONF.217/CRP.1 v. 26.7.2012. Weitere Informationen und Dokumente über: www.un.org/disarmament/ATT/

Wirtschaft und Entwicklung

UNCTAD:

XIII. Tagung 2012

- Formale Schwächung verhindert
- Leitsätze für eine entwicklungsorientierte Globalisierung

Johannes Wendt

(Dieser Beitrag setzt den Bericht von Johannes Wendt, UNCTAD: XII. Tagung 2008, VN, 5/2008, S. 229f., fort.)

Dem traditionellen Rhythmus folgend wurde vier Jahre nach der UNCTAD XII im ghanaischen Accra vom 21. bis 26. April 2012 die 13. **Handels- und Entwicklungskonferenz der Vereinten Nationen (UNCTAD)** in Doha, Katar, ausgerichtet. Unter dem in Accra vorgegebenen und in zahlreichen Sitzungen vorbereiteten Thema ›Entwicklungszentrierte Globalisierung‹ trafen sich Vertreter aller Länder, unter ihnen viele Staats- und Regierungschefs, um nach vier Diskussionen am runden Tisch und einer Generaldebatte ein Doha-Mandat mit 65 Absätzen und ein Doha-›Manar‹ mit 14 Absätzen zu verabschieden. Die seltsame Vokabel ›Manar‹ wird in einer Fußnote erläutert. Sie bezeichnet eine starke Lichtquelle, die leicht aus der Ferne zu erkennen ist und Reisenden den richtigen Weg weist.

Beide Ergebnisdokumente, die noch durch beherztere Beschlüsse des ›Civil Society Forums‹ mit 128 Absätzen und der von China sekundierten, über 130 Entwicklungsländer vereinenden G-77 mit 28 Absätzen sowie Erklärungen der zahlreichen Vor- und Nebenveranstaltungen ergänzt werden, sollen dem 1964 von der UN-Generalversammlung erteilten Auftrag gerecht werden, durch Analyse, Konsens und Zusammenarbeit Entwicklungslinien abzubilden und vorzuzeichnen. Es bleibt nicht aus, dass sich die Texte – bisweilen wortgleich – überlappen und ambivalente Aussagen aneinanderreihen. Wem hilft es weiter, wenn der Wegweiser (Manar, Abs. 9) festhält, dass Globalisierung den grundlegenden technologischen Wandel zugleich stärkt und durch ihn gestärkt wird? Oder (Mandat,

Abs. 4): die Schwankungen der Nahrungsmittelpreise haben in einigen Ländern, besonders in den Entwicklungsländern, die importieren müssen, ernste soziale und politische Folgen. Im Kampf gegen die Armut müsse Hunger beseitigt und Nahrungssicherheit erreicht werden. In der G-77-Stellungnahme (Abs. 9) werden Armut, Arbeitslosigkeit, Ungleichheit, Ungleichgewichte im Welthandel, die Folgen des Klimawandels, der mangelnde Zugang zu erneuerbaren Energien und relevanten Technologien in bunter Folge als die Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft genannt. Die Kernbotschaft der UNCTAD XIII an die internationale Gemeinschaft ist der Appell (Mandat, Abs. 9, 13, 15 und 20ff.), die Unterstützung einer nachhaltigen und inklusiven Entwicklung zu bekräftigen.

›Inklusiv‹ hat sich inzwischen neben der bis zur Unkenntlichkeit wiederholten Forderung nach ›Nachhaltigkeit‹ ebenso nichts- wie vielsagend in die UNCTAD-Sprache eingenistet. Die Begriffe tauchen schon im Untertitel der Konferenz auf. Vorwärts zu Wachstum und Entwicklung – jeweils ›nachhaltig‹ und ›inklusiv‹. Auch die Zivilgesellschaft hat ihren Text nicht davon verschont, obwohl er eine deutlichere Sprache spricht. Ein Zusammenwirken von ökonomischen, sozialen, ökologischen und politischen Krisen bringe die Menschheit und das Ökosystem an den Rand einer globalen Katastrophe, heißt es da (Abs. 4). Das Rezept der Gegenwehr könne nicht ›business as usual‹ sein, wie ihn die Finanzindustrie weiterhin massiv verfolge, auch wenn sie sich gleichzeitig auf die staatlichen Rettungsschirme verlasse. Nötig sei eine grundsätzliche Prüfung der Wirtschaftsführung auf allen Ebenen. Nur ein – freilich wenig konkretisierter – Paradigmenwechsel in der Entwicklungszusammenarbeit könne ein soziales und ökologisches Chaos abwenden (Abs. 2 und 14).

Unter den etablierten UNCTAD-Gremien sorgten allerdings weniger diese – offenbar erwarteten – Trompetenstöße für Unruhe. Vielmehr machte eine zunächst eingeklammerte Passage in Absatz 3 der ›Civil Society Declaration‹ Ärger. Darin wird den entwickelten Staaten der Versuch vorgehalten, eine vitale Aufgabe der UNCTAD zu vernachlässigen. Sie wollten nicht, dass in die Studien dieser Organisation über Handel und

Entwicklung makroökonomische Vorgänge einbezogen werden, im Klartext: Es soll verhindert werden, dass die Finanz- und Wirtschaftskrise(n) auf das neoliberale Missmanagement im westlichen Bankensystem zurückgeführt werden. Solche Aussagen sollten allenfalls, so kurzfristig und irrelevant diese Sonderklausel von vornherein erscheint, den von den reichen Ländern dominierten Institutionen überlassen bleiben, vor allem dem Internationalen Währungsfonds, der Weltbank, der Welthandelsorganisation (WTO) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD).

Als die Konferenzmaschinerie im vergangenen Jahr angeworfen wurde, um eine schier endlose Folge von Resolutionsentwürfen und anderen Papieren in Umlauf zu bringen, hatten Kritiker aus den breit gefächerten Organisationen der Zivilgesellschaft schon gemerkt, woher welcher Wind wehte, und in Rundbriefen vor der Gefahr gewarnt, dass die UNCTAD ihre Bedeutung verliere. Ihre Rolle dürfe nicht zugunsten der Industrieländer verwässert werden, mahnten sie. Der Ursprung der Krise(n) liege in der westlichen Welt. Die verheerenden Auswirkungen des globalen Wirtschaftskollaps gerade in den ärmsten Ländern listet eine Bilanz auf, die die Gruppe der LDCs (Least Developed Countries) in Doha vorlegte. Im Jahr 2009 brachen die Wachstumsraten zusammen, und sie haben sich kaum erholt, so dass das im vergangenen Jahr beim Treffen in Istanbul für das Jahr 2020 angepeilte Ziel eines Übergangs auf eine wirtschaftlich ertragreichere Ebene in (noch) weitere Ferne rückt. Der Vorgang, so resümiert das in Doha verabschiedete LDC-Papier, zeigt die Anfälligkeit gerade der wirtschaftlich schwachen Staaten für externe Schocks.

Kann die UNCTAD sie verhindern? Hat sie sich in Doha gegen das vom ›Civil Society Forum‹ beklagte Ansinnen der westlichen Welt gewehrt, UNCTAD und mit ihr den Süden zu entmündigen? Sie hat sich bemüht und behauptet, lässt sich nach der Dokumentenlektüre sagen. Allerdings ist Skepsis gegenüber triumphalen Tönen angezeigt, wie sie etwa Deborah James vom Washingtoner ›Center for Economic and Policy Research‹ in der Online-Zeitung ›Huffington Post‹ anstimmt. Unter dem Titel ›Victory at

UNCTAD XIII schreibt sie von einem »einzigartigen« Erfolg der Entwicklungsländer. Er sei das Ergebnis heißer, nächtelanger, von Indiskretionen und auch höchst undiplomatischen Frozzeleien genährter Gespräche mit der JUSCANZ-Gruppe, in der sich die reichen Staaten außerhalb der EU (Japan, USA, Schweiz, Kanada, Australien, Norwegen und Neuseeland) zusammengeschlossen haben, und der EU selbst. Wie auch immer: die abschließende Fassung des Doha-Mandats schließt eine Schwächung der Arbeit und des Auftrags aus. Der offenbar lange umstrittene Schlusspunkt 16 des analytischen Kapitels fordert sogar eine breitere und stärkere Mitarbeit der Entwicklungsländer und auch der Schwellenländer bei internationalen Entscheidungen.

Damit könnte die UNCTAD ein Selbstverständnis hinter sich lassen, in dem sie sich bislang – politisch ziemlich ineffektiv – als Forum des weltweiten Entwicklungsdialogs empfahl. Sie ruft jetzt alle Mitglieder zum politischen Mitmachen auf. In der begleitenden Resolution der G-77 wird diese Haltung noch bekräftigt. Angesichts der Krisen sei die Mitwirkung aller bei der nach 2015 fälligen Reform globaler Wirtschafts- und Finanzstrukturen von entscheidender Bedeutung. Handel müsse zum Entwicklungsmotor werden. Auch die WTO solle Entwicklung als ihre Kernaufgabe begreifen und

den Entwicklungsländern einen schnellen Zugang ohne politische Hindernisse ermöglichen. Die ebenfalls mit dem Namen Doha verbundene Welthandelsrunde sei aus der Sackgasse herauszuholen. (Abs. 14 und 15)

Ob die Zahl XIII Glück oder Pech bedeutet, Mandat und Manar von Doha tatsächlich der UNCTAD das Gewicht wiedergeben oder bald schon in der (westlichen) Mülltonne verschwinden, steht dahin. Noch während der Konferenz feuerte die Neue Zürcher Zeitung (NZZ) eine Breitseite auf die UN-Organisation ab. Sie leide unter einem »schleichenden Bedeutungsverlust« (NZZ, 25.4.2012, S. 29). Das mit der internationalen Bankenwelt vertraute Schweizer Blatt zitierte – bislang undementiert – einen Bericht des Gemeinsamen Inspektionsgruppe der UN (JIU/REP/2012/1). Darin werden der UNCTAD »schwerwiegende Managementprobleme« bescheinigt. Der Versuch von Generalsekretär Supachai Panitchpakdi, die Veröffentlichung des Berichts zumindest bis nach der Doha-Konferenz zu verhindern, sei unter dem Einfluss der Industriestaaten gescheitert. Sie wollten der UNCTAD die Flügel stutzen und den Verhandlungen vor allem mit den Entwicklungsländern eine wichtige Plattform nehmen, ergänzte die NZZ.

Drei Jahre bevor die Millenniums-Entwicklungsziele erreicht sein sollen, fällt die in Doha gegebene Antwort auf

die alles und alle bewegende Frage: »Wie kann der Welthandel im Kampf gegen den Hunger helfen?«, ebenso wortreich wie blass und unentschieden aus.

Abschlussdokumente: The Doha Mandate, UN Doc. TD/500/Add.1 v. 31.5.2012, The Doha Manar, UN Doc. TD/500/Add.2 v. 1.6.2012; Civil Society Declaration, UN Doc. TD/463 v. 20.4.2012; Ministerial Declaration of Group of 77 and China, UN Doc. TD/468 v. 23.4.2012; Webseite der Konferenz: www.unctad XIII.org

Sozialfragen und Menschenrechte

Menschenrechtsausschuss:

101. bis 103. Tagung 2011

- Allgemeine Bemerkung zum Recht auf Meinungsfreiheit
- Deutschland legte Staatenbericht vor
- Zulässigkeit von Militärgerichten

Birgit Peters

(Dieser Beitrag setzt den Bericht von Birgit Schlütter, Menschenrechtsausschuss: 98. bis 100. Tagung 2010, VN, 4/2011, S. 17 off., fort.)

Im Jahr 2011 kam der Menschenrechtsausschuss (Committee on Civil and Political Rights – CCPR) wieder wie gewohnt zu drei jeweils dreiwöchigen Tagungen in New York und in Genf zusammen (101. Tagung: 11.3.–1.4.; 102. Tagung: 11.–29.7.; 103. Tagung: 17.10.–4.11.). Der CCPR ist nach Artikel 40 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte (kurz: Zivilpakt) aus dem Jahr 1966 berufen, Staatenberichte über Maßnahmen und Fortschritte zur Verwirklichung der im Pakt enthaltenen Menschenrechte zu prüfen.

Die Zahl der Vertragsstaaten des Zivilpakts hatte sich im Jahr 2011 nicht verändert. 167 Staaten haben den Pakt ratifiziert. Dem I. Fakultativprotokoll des Paktes, welches das Individualbeschwerdeverfahren ermöglicht, trat zuletzt Tunesien, als 114. Vertragsstaat, bei. Die Zahl der Vertragsstaaten des II. Fakultativprotokolls, das die Todesstrafe ver-



Der Generalsekretär der UNCTAD Supachai Panitchpakdi mit dem Präsidenten der 66. UN-Generalversammlung Nassir Abdulaziz Al-Nasser während der Eröffnung der XIII. Tagung in Doha am 21. April 2012.

UN-Foto: Eskinder Debebe

bietet, blieb im Jahr 2011 unverändert bei 73.

Neue Allgemeine Bemerkung zur Meinungsfreiheit

Der Ausschuss äußert sich in Allgemeinen Bemerkungen in unregelmäßigen Abständen zur Auslegung der im Zivilpakt garantierten Rechte. Ursprünglich eine Verallgemeinerung der Abschließenden Bemerkungen auf die nach Artikel 40 des Paktes einzureichenden Staatenberichte, sollten die Allgemeinen Bemerkungen den Vertragsstaaten die Erfüllung ihrer Verpflichtungen erleichtern. Mittlerweile umfassen die Allgemeinen Bemerkungen umfangreiche Auslegungen des Charakters sowie der einzelnen Elemente der verbürgten Paktrechte. Im Jahr 2011 verabschiedete der CCPR eine neue Allgemeine Bemerkung zum Recht auf Meinungsfreiheit gemäß Artikel 19 des Zivilpakts. Zu diesem Recht hatte sich der Ausschuss zuletzt im Jahr 1983 geäußert. War die Bemerkung des Jahres 1983 noch eine eher knapp gehaltene Erläuterung der verschiedenen Garantien und Berichtspflichten der Vertragsstaaten, so stellt die neue Allgemeine Bemerkung Nr. 34 eine umfassende Stellungnahme zu Reichweite und Elementen des Rechts dar. Einige Aspekte werden im Folgenden vorgestellt.

Der Ausschuss hob hervor, dass von einem Kernbereich der Meinungsfreiheit auch im Rahmen eines Ausnahmezustands im Sinne des Artikels 4 des Zivilpakts nicht abgewichen werden kann (Abs. 5 der Allgemeinen Bemerkung). Dies erfasst im Wesentlichen die Freiheit, eine Meinung zu haben; wobei die Äußerung dieser Meinung in Notstandssituationen eingeschränkt werden kann.

Sodann stellte der CCPR heraus, dass das Recht aus Artikel 19 auch das Recht auf Zugang zu Informationen öffentlicher Institutionen umfasst. Der Zugang zu Informationen könne ein wichtiges Element bei der Garantie weiterer, im Pakt verbürgter Rechte sein. Wenn zum Beispiel Minderheiten nicht an für sie relevanten Konsultationsprozessen beteiligt werden, verletze dies ihr Recht aus Artikel 27 (Abs. 18).

Mit der Meinungsfreiheit unvereinbar erklärte der Ausschuss schließlich Gesetze, welche die Äußerung einer Meinung über bestimmte historische Tatsachen unter Strafe stellen. Danach kann

die Geltung von Gesetzen, wie die Bestrafung der sogenannten Holocaustlüge (Volksverhetzung gemäß Paragraf 130 des deutschen Strafgesetzbuchs) in Frage gestellt werden. Auch Frankreich, Österreich und Polen haben ähnliche Gesetze. In der Fachliteratur wird diese Bestrafung der Holocaust-Leugnung zumeist unter Berufung auf die historischen Zusammenhänge und Gegebenheiten des Zweiten Weltkriegs gerechtfertigt. Der Wortlaut der Bemerkung sowie der Verweis auf die jüngsten Empfehlungen des CCPR aus dem Jahr 2011 zum Staatenbericht Ungarns, könnten auf einen Sinneswandel der Sachverständigen hindeuten. Zuvor hatte der Ausschuss in der Beschwerde Faurisson gegen Frankreich (Nr. 550/1993) von 1995 die Strafbewehrung der Leugnung des Holocausts als mit Artikel 19 Absatz 3 des Zivilpakts vereinbar erachtet. Die Entscheidung betraf das sogenannte Gayssot-Gesetz, welches die Leugnung der Verbrechen des internationalen Kriegsverbrechertribunals von Nürnberg, das heißt insbesondere Verbrechen gegen die Menschlichkeit, nach heutigem Verständnis aber auch Völkermord, unter Strafe stellt. Dies erlaubte der Ausschuss mit Hinblick auf den antisemitischen Charakter der im konkreten Fall nach diesem Gesetz bestraften Äußerungen. In seiner Empfehlung zum Staatenbericht Ungarns hatte der CCPR demgegenüber zu den ungarischen »Erinnerungsgesetzen« Stellung genommen, die die Leugnung einer Reihe historischer Zusammenhänge des Zweiten Weltkriegs unter Strafe stellen. Er empfahl dort, die Gesetze auf ihre Vereinbarkeit mit Artikel 19 des Paktes hin zu überprüfen. Da der Ausschuss in der neuen Allgemeinen Bemerkung sowohl auf seine Ausführungen zum Bericht Ungarns, als auch auf den Fall Faurisson verweist, ohne sich von letzterer Entscheidung zu distanzieren, wird in Zukunft wohl auch weiter anhand der konkreten Äußerung im konkreten Einzelfall entschieden werden müssen.

Individualbeschwerden

Neben den Allgemeinen Bemerkungen entwickelt der CCPR die im Zivilpakt verbürgten Rechte auch in seinen Entscheidungen über Individualbeschwerden nach dem I. Fakultativprotokoll. Im Jahr 2011 waren insgesamt rund 450 Individual-

beschwerden vor dem CCPR anhängig; neu hinzugekommen waren in dem Jahr rund 120 Beschwerden. Auf seinen drei Sitzungen entschied der Ausschuss über rund 150 Beschwerden, sodass der ständig wachsende Rückstand an anhängigen Beschwerden etwas abgebaut werden konnte.

Besonders interessant ist eine Beschwerde gegen Argentinien (V.D.A. gegen Argentinien, Nr. 1608/2007), in der sich der Ausschuss mit Fragen der Abtreibung zu beschäftigen hatte. Aufgrund unterschiedlicher internationaler Praktiken und Auffassungen über den Beginn menschlichen Lebens, hat der CCPR bislang noch nicht ausgeführt, ob aus dem Zivilpakt etwa ein Recht auf Abtreibung abgeleitet werden kann. In einzelnen Fällen hat der Ausschuss aber angenommen, dass es eine Verletzung von Artikel 7 des Paktes, also eine grausame und unmenschliche Behandlung darstellen kann, wenn einer Frau eine Abtreibung nicht erlaubt wird, etwa wegen bestehender oder dadurch verursachter physischer oder psychischer Schäden. So auch im vorliegenden Fall. Die Beschwerdeführerin vertrat dort ihre Tochter, die geistig behindert war und deren geistiges Alter auf acht bis zehn Jahre eingestuft wurde. Sie war den Angaben nach von ihrem Onkel vergewaltigt worden und in der Folge schwanger geworden. Für sie hatten die Beschwerdeführer eine Abtreibung ersucht, die der Tochter aber zunächst verwehrt wurde. Die Eltern mussten sodann das Recht ihrer Tochter zur Beendigung der Schwangerschaft vor drei verschiedenen Gerichten erstreiten. Letztlich führten sie aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft eine illegale Abtreibung durch. Dieses Prozedere hatte der Tochter schwere psychische Schäden zugefügt. Überdies sah der Ausschuss das Recht der Tochter auf effektiven Rechtsschutz gemäß Artikel 2 (1) in Verbindung mit den Artikeln 3, 7 und 17 des Paktes verletzt.

Ein weiteres, im Rahmen des Paktes noch nicht abschließend diskutiertes Thema beschäftigte den Ausschuss in der Beschwerde von Akwanga gegen Kamerun, Nr. 1813/2008. Darin hatte der CCPR sich mit der Beschwerde eines Aktivisten für die Rechte der Südkameruner auseinandersetzen. Dieser war von Sicherheitsbeamten in einem Auto angehalten und danach festgenommen worden. Er

wurde in verschiedenen Polizeistationen festgehalten und misshandelt. Schließlich wurde er wegen der Unterstützung einer secessionistischen Vereinigung angeklagt, mit Schwerkriminelten in Untersuchungshaft untergebracht und mehrfach misshandelt. Die Verhandlung fand vor einem Militärgericht und zudem in französischer Sprache statt, die der Beschwerdeführer nicht verstand.

Neben der Beurteilung der Misshandlungen des Beschwerdeführers hatte der CCPR zu entscheiden, ob Artikel 14 des Paktes dadurch verletzt wurde, dass dem Beschwerdeführer vor einem Militärgericht der Prozess gemacht wurde. Die Zulässigkeit dieser Gerichte, insbesondere ihre Zuständigkeit bei Verfahren gegen Personen der Zivilbevölkerung, wird auf internationaler Ebene heftig diskutiert. Sie wurde im Fall von den Ausschussmitgliedern Chanet, Fathalla, Majodina, Motoc, Rodely und Waterwal in ihrer abweichenden Meinung kritisiert. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 32 hatte der CCPR dagegen zur Kenntnis genommen, dass in vielen Staaten auch Zivilisten vor Militärgerichte gestellt werden. In dieser Bemerkung hatte er weiterhin festgestellt, dass aus den im Pakt garantierten Rechten noch nicht *per se* die Unzulässigkeit solcher Verfahren oder die generelle Ungeeignetheit solcher Gerichte zur Durchführung von Gerichtsverfahren folge. Die Staaten sollten jedoch sicherstellen, dass das Verfahren vor diesen außergewöhnlichen Gerichten in jeder Hinsicht den Erfordernissen, insbesondere den Bestimmungen des Artikels 14 des Paktes genüge. Diese Ansicht vertrat der CCPR auch im Rahmen der Prüfung der Beschwerde. Im vorliegenden Fall waren jedoch, allein wegen der Durchführung der Verhandlung in französischer Sprache, die der Beschwerdeführer nicht beherrscht, die in Artikel 14 niedergelegten Garantien eines fairen Verfahrens nicht eingehalten.

Reform des Berichtssystems

In den vergangenen Jahren wurde im Ausschuss an einer Reform des Berichtssystems nach Artikel 40 des Paktes gearbeitet. Im Jahr 2009 endeten diese Bemühungen mit der Annahme neuer Berichtsrichtlinien auf der 99. Tagung des Ausschusses. Danach können die Staaten für ihre Berichte gemäß Artikel 40 des Paktes ein neues Verfahren wählen,

bei dem sie nunmehr lediglich auf Fragen des Ausschusses zu einzelnen Rechten und besonderen Problemfeldern eingehen. Dem neuen Verfahren entsprechend benannte der CCPR auf seiner 101. Tagung die ersten fünf Staaten, die nach diesem Verfahren in ihrem Staatenbericht auf eine Liste von Fragen des Ausschusses eingehen sollen. Diese Berichte Dänemarks, Kameruns, Moldaus, Monacos und Uruguays wird der Ausschuss dann auf seiner 103. Tagung im Jahr 2012 behandeln. Von da an werden auf jeder zukünftigen Tagung des Ausschusses allgemeine sowie entsprechend fokussierte Staatenberichte behandelt werden.

Deutschland legt Staatenbericht vor

Im April 2011 legte Deutschland dem Ausschuss seinen sechsten periodischen Bericht vor. Zu diesem wird der Ausschuss auf seiner Herbsttagung im November 2012 Stellung nehmen. Da auch Deutschland das neue Berichtsverfahren gewählt hat, wird der Ausschuss vor dieser Tagung eine Liste mit Kernfragen annehmen, die dann mit den deutschen Vertretern diskutiert werden. Deutschland hob in seinem Bericht neben den gegen Deutschland anhängigen Individualbeschwerden vier wesentliche Aspekte hervor: den Schutz der Opfer im Strafverfahren, den Schutz vor Diskriminierung und der Umgang mit Hasskriminalität sowie die Situation in Altenheimen. Bisher sind Schattenberichte von vier nichtstaatlichen Organisationen eingegangen, die noch weitere Aspekte beleuchten. Amnesty International hat etwa die Misshandlung von Abschiebe- und Polizeihäftlingen durch die Polizei und die Abschiebung von bestimmten Personengruppen, wie etwa von Ashkali nach Kosovo, kritisiert. Die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft kritisierte das generelle Streikverbot für Lehrer und Beamte.

Staatenberichte

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 14 Staatenberichte behandelt (Äthiopien, Bulgarien, Dominica, Iran, Jamaika, Kasachstan, Kuwait, Malawi, Mongolei, Norwegen, Serbien, Seychellen, Slowakai und Togo). Davon seien hier drei exemplarisch herausgegriffen.

Die **Slowakei** war einer der fünf Staaten, deren Berichte bei der 101. Tagung des CCPR behandelt wurden. Der Aus-

schuss zeigte sich besorgt über die Situation der im Land lebenden Roma. Zum einen müsse der Staat sicherstellen, dass nach der Einführung eines entsprechenden Gesetzes über die Einwilligung in medizinische Behandlungen, die Sterilisation von Roma-Frauen grundsätzlich nur nach ihrer ausdrücklichen und informierten Einwilligung geschehe. Es habe Fälle von erzwungener Sterilisierung gegeben, sodass nun auf die Einwilligung der Frauen besonders zu achten sei. Ebenso sollten Roma-Kinder nur in Sonderschulen für geistig Behinderte eingewiesen werden, wenn in einem psychologischen Gutachten deren geistige Behinderung auch festgestellt wurde.

Äthiopien hatte dem CCPR zu seiner 102. Tagung seinen ersten periodischen Bericht vorgelegt. Hier hob der Ausschuss die Verabschiedung eines Strafgesetzbuchs hervor, das nunmehr auch Folter und unmenschliche Behandlung unter Strafe stellt. Die Sachverständigen zeigten sich jedoch besorgt über die Tatsache, dass in dem Land Scharia-Gerichte bindende Urteile erlassen können, die durch die Parteien nicht angefochten werden können. Der CCPR betonte, dass Verfahren vor religiösen Gerichten nur geringfügige Ansprüche, Schäden oder Vergehen aburteilen sollten. Scharia-Gerichte müssten darüber hinaus ein faires Verfahren nach den Vorgaben des Zivilpakts gewährleisten. Zudem müssten ihre Urteile von staatlichen Gerichten genehmigt werden. Ferner zeigte sich der Ausschuss besorgt über Fälle gewaltsamen Verschwindenlassens, Misshandlung und Folter durch Polizei und Ordnungskräfte, die durch das Land nicht weiter verfolgt würden. Auch die Terrorismusgesetzgebung des Landes erregte Besorgnis, insbesondere da viele Straftatbestände wie etwa die Aufforderung zum Terrorismus in Publikationen, sehr unbestimmt definiert seien. In der jetzigen Fassung könnten die Gesetze letztlich zur willkürlichen Beschränkung der Medien missbraucht werden.

Auf seiner 103. Tagung befasste sich der CCPR unter anderem mit dem Bericht **Norwegens**. Der Ausschuss äußerte sich besorgt über den Wohnungsmarkt und die Situation von Psychatriepatienten und Strafgefangenen. Der Staat sollte durch entsprechende Maßnahmen sicherstellen, dass Immigranten auf dem Wohnungsmarkt nicht diskriminiert wür-

den. Psychiatriepatienten dürften nur nach einer ausführlichen und professionellen Einschätzung Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation unterworfen werden. Ferner sollten Strafgefangene nur in Ausnahmefällen in Einzelhaft genommen werden. Auch jugendliche Strafgefangene sollten nur in Ausnahmefällen in Untersuchungshaft genommen und dabei getrennt von erwachsenen Häftlingen untergebracht werden.

Frauenrechtsausschuss:

48. bis 50. Tagung 2011

- Sechs Individualbeschwerden behandelt
- Urteile zu Schwangerschaftsabbruch und mangelnder Gesundheitsversorgung
- Genitalverstümmelung in Tschad

Stefanie Lux

(Dieser Beitrag setzt den Bericht von Stefanie Lux, Frauenrechtsausschuss: 45. bis 47. Tagung 2010, VN, 6/2011, S. 273ff., fort.)

Der Ausschuss zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) legte bei seinen Tagungen 2011 einen besonderen Schwerpunkt auf die Rechtsprechung zum Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (kurz: Frauenrechtskonvention). Die 23 Sachverständigen verabschiedeten insgesamt sechs Entscheidungen über Individualbeschwerden unter dem Fakultativprotokoll. Seit Inkrafttreten des Protokolls im Jahr 2000 wurden insgesamt 20 Beschwerden behandelt.

Bis Ende 2011 waren 187 Staaten, zuletzt Nauru, dem Übereinkommen beigetreten. Damit hat die Frauenrechtskonvention inzwischen nahezu universelle Gültigkeit. Noch nicht Vertragsstaaten sind: Iran, Palau, Somalia, Südsudan, Tonga und die Vereinigten Staaten. Das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen, welches die Individualbeschwerde ermöglicht, hatten bis Ende 2011 103 Staaten ratifiziert.

Individualbeschwerden

Auf seiner 49. Tagung behandelte der CEDAW den Fall Inga Abramova gegen

Belarus. Abramova, eine Journalistin, war im Herbst 2007 im Rahmen einer Protestaktion festgenommen und zu fünf Tagen Verwaltungshaft verurteilt worden. Laut Abramova kamen die Haftbedingungen in ihrer Gesamtheit unmenschlicher und erniedrigender Behandlung und Folter gleich. Unter anderem wurde sie während einer Leibesvisitation von männlichen Beamten unsittlich berührt, und die Toilette in den Zellen sei für die (ausschließlich männlichen) Vollzugsbeamten einsehbar gewesen. Abramova durfte während ihrer fünftägigen Haft nur einmal ans Tageslicht und wurde von den Wärtern mehrfach durch abfällige Bemerkungen beleidigt. Mehrere Beschwerden und Klagen über ihre Behandlung im Anschluss an die Haft wurden in verschiedenen Instanzen abgewiesen. Belarus wies die Beschwerde zurück, mit der Begründung, deren Inhalt falle nicht unter die Bestimmungen der Konvention. Der CEDAW vertrat hingegen die Auffassung, dass Gefängnisse, die nicht den besonderen Bedürfnissen von weiblichen Häftlingen Rechnung tragen, eine Diskriminierung im Sinne von Artikel 1 der Konvention darstellten. Insbesondere die Tatsache, dass weibliche Häftlinge der Aufsicht von männlichen Vollzugsbeamten unterstellt seien, verstoße gegen internationale Standards. Die respektlose Behandlung durch die Vollzugsbeamten stellten eine sexuelle Belästigung und eine Form geschlechtsspezifischer Gewalt dar. Der Staat sei damit seiner Verpflichtung, umfassende Maßnahmen zu ergreifen, um Diskriminierung zu beseitigen sowie gegen Vorurteile und stereotype Rollenbilder vorzugehen, nicht nachgekommen. Der Ausschuss forderte Belarus auf, Maßnahmen zu ergreifen, um die Würde und Privatsphäre weiblicher Häftlinge besser zu schützen und dafür Sorge zu tragen, dass diese unter der Aufsicht von weiblichen Vollzugsbeamten stehen.

Ebenfalls auf der 49. Tagung wurde die Beschwerde von Alyne da Silva Pimentel Teixeira gegen Brasilien geprüft. Maria da Silva Pimentel hatte die Beschwerde im Namen ihrer verstorbenen Tochter Alyne eingereicht. Alyne da Silva war an inneren Blutungen als Komplikationen nach einer Totgeburt gestorben. Ihr Zustand war zunächst in einem Gesundheitszentrum falsch diagnostiziert worden, später kam es bei der Behand-

lung im selben Zentrum und in einem Krankenhaus zu Fehlern und Verzögerungen. Mutter und Ehemann da Silvas hatten nach ihrem Tod ein zivilrechtliches Verfahren angestrengt, warteten jedoch acht Jahre nach Einreichung der Klage weiter auf ein Urteil. In ihrer Stellungnahme an den CEDAW lehnte die Regierung Brasiliens die Verantwortung ab, da das Versagen der Gesundheitsversorgung durch Verletzung beruflicher Sorgfaltspflichten und unzureichende Infrastruktur einer privaten Gesundheitseinrichtung verursacht worden sei. Der Ausschuss ließ diese Argumentation jedoch nicht zu. Seiner Ansicht nach bleibt ein Staat, auch wenn er seine Gesundheitsversorgung Privat Anbietern überlässt, für deren Kontrolle und Regulierung verantwortlich. Er müsse sicherstellen, dass die Behandlung hinreichenden Standards entspricht. Der Ausschuss forderte Brasilien auf, die Familie der Verstorbenen zu entschädigen, Maßnahmen zu ergreifen, um erschwingerlichen Zugang für alle Frauen zu angemessener geburtshilflicher Notfallversorgung zu gewährleisten, sowie sicherzustellen, dass private Gesundheitseinrichtungen nationale und internationale Standards zu reproduktiver Gesundheit einhalten.

Im Fall L.C. gegen Peru (50. Tagung) urteilte der CEDAW erstmals zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Als Folge von sexuellem Missbrauch mit 13 Jahren schwanger, begeht L.C. einen Selbstmordversuch und wird mit schweren Verletzungen an der Wirbelsäule und einem Risiko, bleibende Schäden davonzutragen, ins Krankenhaus eingeliefert. Der Chefarzt der Neurochirurgie empfiehlt, schnellstmöglich einen chirurgischen Eingriff an der Wirbelsäule durchzuführen, um zu verhindern, dass sich die Verletzung verschlimmert. Am vorgesehenen Termin wird L.C. mitgeteilt, der Eingriff müsse verschoben werden, da er dem Fötus schaden könnte. Die Mutter von L.C. beantragt daraufhin bei der Krankenhausleitung einen Schwangerschaftsabbruch, da die Schwangerschaft das Leben ihrer Tochter ernsthaft gefährde. Das Krankenhaus lehnt den Antrag 42 Tage später ab. Auch einem Widerspruch der Mutter auf diese Ablehnung wird nicht stattgegeben. Insgesamt dreieinhalb Monate nach ihrer Verletzung und 25 Tage nach einer spontanen Fehlgeburt wird L.C.

schließlich an der Wirbelsäule operiert. Sie bleibt im Anschluss an die Operation vom Hals abwärts gelähmt.

In Peru ist eine Abtreibung nur bei ernster und dauerhafter Gefahr für Leben und Gesundheit zulässig, nicht jedoch bei Schwangerschaft als Folge von Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch. Ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar theoretisch erlaubt, es gibt jedoch kein Verfahren, um die Erlaubnis für eine solche Abtreibung zu beantragen. Nach Ansicht des CEDAW müsse es, wenn eine Abtreibung aus medizinischen Gründen gesetzlich erlaubt ist, auch ein Verfahren geben, welches es Frauen ermöglicht, diese durchführen zu lassen und Ärzten, sie in Rechtssicherheit durchzuführen. Durch das Fehlen eines solchen Verfahrens hatte L.C. keine Möglichkeit, ihren Anspruch auf die für ihre Gesundheit notwendigen Eingriffe zeitnah klären zu lassen. Der Ausschuss forderte Peru auf, L.C. für die erlittenen seelischen und körperlichen Schäden angemessen zu entschädigen. Zudem sollte die Gesetzgebung so geändert werden, dass der Zugang zu medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch klar geregelt und Abtreibung bei Schwangerschaft infolge von Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch nicht länger strafbar ist.

Im Fall V.K. gegen Bulgarien stellte der Ausschuss einen Verstoß gegen das Übereinkommen fest, da der Staat keine ausreichenden Maßnahmen zum Schutz der Beschwerdeführerin vor wiederholter häuslicher Gewalt getroffen habe. Die Beschwerden von Herrera Riveira gegen Kanada im Zusammenhang mit einer Abschiebung und Zhana Mukhina gegen Italien zu einer Sorgerechtsentscheidung erklärte der Ausschuss für nicht zulässig.

Der CEDAW trat im Jahr 2011 dreimal zusammen: 48. Tagung: 17.1.–5.2. in Genf; 49. Tagung: 11.–29.7. in New York; 50. Tagung: 3.–21.10. in Genf. Auf den drei Tagungen behandelten die Mitglieder insgesamt 23 Staatenberichte. Im Folgenden seien einige der Abschließenden Bemerkungen zu diesen Berichten beispielhaft herausgegriffen.

48. Tagung

Auf der Frühjahrstagung behandelte der CEDAW die Berichte aus Bangladesch, Belarus, Israel, Kenia, Liechtenstein, Sri Lanka und Südafrika.

Der Ausschuss begrüßte Gesetzesreformen zur Beseitigung von Diskriminierung von Frauen in **Israel**, dabei insbesondere die Verabschiedung von Gesetzen gegen Menschenhandel, zum Schutz vor Sexualstraftätern und zur Abwägung von geschlechtsspezifischen Auswirkungen bei jedweder Gesetzgebung. Weiterhin kritisch stehen die Sachverständigen jedoch Israels Auffassung gegenüber, dass das Übereinkommen nur auf seinem eigenen Staatsgebiet und nicht auf die besetzten Gebiete anwendbar sei. Dies stünde nicht nur im Widerspruch zur Auffassung des CEDAW, sondern auch aller anderen Menschenrechtsausschüsse. Besorgt zeigte sich der Ausschuss angesichts der Gewalt durch staatliche (israelische Soldaten) und nichtstaatliche (zum Beispiel Siedler) Akteure, der palästinensische Frauen in ihren Gemeinden weiter ausgesetzt seien. Ein Großteil der Fälle werde nicht strafrechtlich verfolgt. Positiv bewerteten die Sachverständigen die Verbesserungen im Gesundheitsbereich, insbesondere die sinkende Kindersterblichkeit. Es blieben jedoch Unterschiede bei der Müttersterblichkeit zwischen jüdischen, israelisch-arabischen und Beduinen-Frauen bestehen, und die Einschränkung der Bewegungsfreiheit in den besetzten Gebieten wirke sich negativ auf den Zugang von Frauen zu Gesundheitsdiensten aus.

Anerkennend äußerte sich der CEDAW angesichts der guten Entwicklung in **Sri Lanka**, das voraussichtlich mehrere der Millenniums-Entwicklungsziele erreichen wird. Negativ bewerteten die Experten jedoch, dass die Gesetze Sri Lankas Diskriminierung nicht direkt verbieten würden. Auch der diskutierte Gesetzesentwurf zum Schutz von Frauenrechten würde nicht den Bestimmungen des Übereinkommens entsprechen. Generell sei die Vielzahl an Rechtssystemen mit allgemeinen, religiösen und gewohnheitsrechtlichen Gesetzen zum Teil diskriminierend; das muslimische Recht siehe beispielsweise weiterhin vor, dass männliche Nachkommen bei der Vererbung von Land bevorzugt werden. Weiterer Kritikpunkt: Trotz allen Lobes über die Fortschritte im Bereich Müttergesundheit, zeigte sich der CEDAW besorgt über die geringe Verhütungsrate, das hohe Ausmaß an Teenager-Schwangerschaften und den Anstieg von HIV/Aids-Infektionen bei Frauen.

49. Tagung

Auf seiner Sommertagung prüfte der Ausschuss die Berichte aus Äthiopien, Costa Rica, Dschibuti, Italien, Nepal, Sambia, Singapur und Südkorea.

Positiv bewertete der CEDAW die rechtliche Anerkennung von Stalking als Straftatbestand in **Italien** und den vom Parlament verabschiedeten Gesetzesentwurf zur Gleichstellung von ehelich und unehelich geborenen Kindern. Er kritisierte die lange Dauer von Scheidungsprozessen, die das Risiko für Gewalt gegen Frauen vermehren könnten. Fortschritte verzeichnete der Ausschuss zudem bei den Anstrengungen zur Vorbeugung von Brustkrebs, beispielsweise durch landesweite Mammographie-Programme. Brustkrebs bleibe jedoch die Haupttodesursache für Frauen in Italien. Beanstandet wurde auch die Situation der Frauen auf dem Arbeitsmarkt. So gebe es trotz des hohen Bildungsniveaus eine beständig hohe Arbeitslosenquote bei Frauen, zudem arbeiteten Frauen oft im Niedriglohnssektor und verdienten im Schnitt weniger als Männer. Besorgt zeigten sich die Sachverständigen angesichts der Darstellung von Frauen als Sexobjekte und von stereotypen Rollenbildern von Männern und Frauen in den Medien aber auch in Reden von Politikern.

50. Tagung

Auf der Herbsttagung behandelten die Ausschussmitglieder Berichte aus Côte d'Ivoire, Kuwait, Lesotho, Mauritius, Montenegro, Oman, Paraguay und Tschad.

Umfassende Kritik übte der CEDAW an der Gesetzeslage in **Tschad**, insbesondere der Kombination von gewohnheitsrechtlichen, religiösen und modernen Ehestandsregelungen. Als Beispiele führte er die Zulässigkeit von Polygamie an, Frauen diskriminierende Regelungen in Erbschaftsangelegenheiten und die Widersprüche im Hinblick auf das gesetzliche Mindestheiratsalter. Laut Zivilrecht beträgt es 15 Jahre. Das Strafrecht sieht jedoch die Heirat von Mädchen über 13 Jahren als zulässig an; beides entspricht nicht internationalen Standards. Der Ausschuss zeigte sich besonders besorgt über das hohe Risiko von Flüchtlingsfrauen und Binnenvertriebenen, Opfer von sexueller Gewalt zu werden. Laut Berichten sind eine große Zahl der Opfer Kin-

der, manche nicht älter als fünf Jahre. Auch der Gesundheitsbereich bot Anlass zur Besorgnis: Die Müttersterblichkeit ist von 1099 pro 100 000 Geburten im Jahr 2004 auf 1200 pro 100 000 Geburten im Jahr 2008 gestiegen. Verhütungsmittel werden vor allem in ländlichen Gebieten äußerst selten genutzt. Besonders besorgniserregend: In Tschad werden 45 Prozent der Frauen Opfer weiblicher Genitalverstümmelung, ein Gesetz, welches diese Praxis seit 2002 verbietet, werde nicht ausreichend umgesetzt.

Behindertenrechtskonvention:

4. bis 6. Tagung 2010/2011

- Allgemeine Diskussion zu Barrierefreiheit
- Erstberichte Tunesiens und Spaniens
- Ausschuss bringt Behindertenfragen ins UN-System

Theresia Degener

(Vgl. auch den Beitrag von Theresia Degener, *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Grundlage für eine neue inklusive Menschenrechtstheorie*, VN, 2/2010, S. 57–63, mit einer Zusammenfassung der 1. bis 3. Tagung, S. 61.)

Am 13. Dezember 2006 verabschiedete die UN-Generalversammlung das **Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (kurz: **Behindertenrechtskonvention** oder **BRK**). Die Konvention trat am 3. Mai 2008 in Kraft. Gleichzeitig mit der Konvention trat auch ein dazugehöriges Fakultativprotokoll in Kraft, welches ein Individualbeschwerdeverfahren sowie ein Verfahren zur Untersuchung von gravierenden Menschenrechtsverletzungen enthält. Bis Ende 2011 hatten 109 Staaten die Konvention und 65 Staaten das Fakultativprotokoll ratifiziert. Von den bis Ende August eingegangenen über 80 Individualbeschwerden wurden bisher drei offiziell durch den Ausschuss registriert.

Nach Artikel 34 BRK ist ein Ausschuss zur Überwachung der Einhaltung der Konvention vorgesehen. Dieser **Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (Committee on the Rights of Persons with Disabilities – **CRPD**) wurde

im Jahr 2009 gegründet und ist inzwischen aus 18 unabhängigen Expertinnen und Experten zusammengesetzt. Laut Mandat besteht seine wesentliche Aufgabe darin, regelmäßig vorzulegende Berichte der Vertragsstaaten über die Umsetzung der Konvention zu prüfen. Diese Berichte müssen das erste Mal zwei Jahre nach Ratifizierung der Konvention vorgelegt werden, danach alle vier Jahre. Nach dem Fakultativprotokoll hat der Ausschuss überdies die Aufgabe, Beschwerden von Einzelpersonen oder Personengruppen zu überprüfen sowie Untersuchungen bei gravierenden Menschenrechtsverletzungen durchzuführen. Der Ausschuss kommt bislang zweimal jährlich zu jeweils einwöchigen Tagungen zusammen.

Die Verfahren und Arbeitsmethoden des CRPD sind mit denen der bereits bestehenden anderen Menschenrechtsausschüsse vergleichbar. Bemerkenswerte Unterschiede ergeben sich allerdings aus drei Vorgaben der Behindertenrechtskonvention: Die Vertragsstaaten sind erstens verpflichtet, nationale Umsetzungs- und Monitoringmechanismen einzurichten (Art. 33 BRK). Zweitens gibt es eine regelmäßig stattfindende Staatenkonferenz auf der »jede Angelegenheit im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Übereinkommens« behandelt werden kann (Art. 40 BRK). Und drittens ist die BRK die erste Menschenrechtskonvention, die den Beitritt regionaler Organisationen ermöglicht (Art. 42 BRK). So ist zum Beispiel die Europäische Union seit dem 23. Dezember 2010 Mitglied der Konvention.

Der Ausschuss kam in den Jahren 2010/2011 zu drei Tagungen in Genf zusammen (4. Tagung: 4.–8. Oktober 2010, 5. Tagung: 11.–15. April 2011 und 6. Tagung: 19.–23. September 2011).

Auf den ersten drei Tagungen 2009/2010 ging es im Wesentlichen um die Verabschiedung der Geschäftsordnung und der Leitlinien für die Erstellung der Staatenberichte. Darüber hinaus wurde der erste Tag der Allgemeinen Diskussion abgehalten, und zwar zum Recht auf gleiche Anerkennung als Person vor dem Gesetz (Art. 12 BRK).

4. Tagung

Während der 4. Tagung veranstaltete der CRPD seinen 2. Tag der Allgemeinen Diskussion (7. Oktober 2010) und verab-

schiedete den Fragenkatalog zum ersten vorliegenden Staatenbericht, dem Bericht Tunesiens. Der 2. Tag der Allgemeinen Diskussion widmete sich dem Thema Barrierefreiheit (Art. 9 BRK). Drei Podiumsdiskussionsrunden fanden zu folgenden Themen statt: 1. gleichberechtigter Zugang zur baulichen Umwelt und zu Verkehrsmitteln; 2. gleichberechtigter Zugang zu virtueller und materieller Information und Kommunikation und 3. gute Praxisbeispiele zur Umsetzung von Barrierefreiheit. An der gut besuchten Tagung nahmen Vertragsstaaten, UN-Organisationen, nationale Menschenrechtsinstitutionen, nichtstaatliche Organisationen (NGOs) und Vertreter der Wirtschaft teil. Konsens bestand darin, dass Barrierefreiheit eine wichtige Voraussetzung für die Verwirklichung von Menschenrechten der meisten Menschen mit Behinderungen darstellt.

Verfahrensentscheidungen traf der CRPD im Hinblick auf die Berichterstatter und Berichterstatterinnen für die Staatenberichte und die Rolle der NGOs bei der Überprüfung der Staatenberichte. Die Namen der Ausschussmitglieder, die die Rolle der Berichterstattung übernehmen, werden veröffentlicht, so dass Informationen im Hinblick auf Staatenberichte direkt an sie übermittelt werden können. Am Anfang einer jeden Tagung des Ausschusses erhalten NGOs Gelegenheit, Stellungnahmen abzugeben. Überdies wurden Informationsveranstaltungen der NGOs während der Mittagspausen des Ausschusses für erwünscht erklärt. Den Dialog mit anderen UN-Organisationen führte der Ausschuss auf seiner 4. Tagung mit der Abteilung zur Unterstützung der Ottawa-Konvention (Anti-Personen-Minen), dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und dem Europarat.

5. Tagung

Auf der 5. Tagung verabschiedete der CRPD seine Abschließenden Bemerkungen zum Erstbericht Tunesiens und den Fragenkatalog zum Erstbericht Spaniens. Die sechs neuen Mitglieder, die nach der 80. Ratifizierung im September 2010 gewählt worden waren, wurden vereidigt. Damit stieg die Anzahl der Ausschussmitglieder auf die laut Konvention mögliche Höchstzahl von 18 (Art. 34 Abs. 2).

Während der 5. Tagung fand der erste Dialog des CRPD mit einem Vertragsstaat statt. Im Dialog mit der tunesischen Delegation wurden fast alle in der BRK enthaltenen Menschenrechte thematisiert, insbesondere aber auch die Frage der Partizipation von Menschen mit Behinderungen bei den ersten demokratischen Wahlen und beim Entwurf einer neuen Verfassung für Tunesien. In den Abschließenden Bemerkungen zu Tunesiens erstem Staatenbericht empfahl der Ausschuss neben vielfältigen legislativen Reformen Aufklärungskampagnen, um gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber behinderten Menschen, insbesondere der Stigmatisierung von behinderten Frauen, entgegenzuwirken.

Aufbauend auf den Ergebnissen des 2. Tages der Allgemeinen Diskussion zum Thema Barrierefreiheit (Art. 9 BRK), abgehalten während der 4. Tagung des Ausschusses, beschloss der CRPD, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die eine Allgemeine Bemerkung zu diesem Thema ausarbeiten soll. Allgemeine Bemerkungen sollen dazu dienen, einzelne Rechte aus der Konvention genauer zu definieren und damit den Vertragsstaaten die Umsetzung zu erleichtern. Ebenfalls auf der 5. Tagung beschlossen wurde, die bestehende Arbeitsgruppe zur rechtlichen Handlungsfähigkeit (Art. 12 BRK) um neue Mitglieder zu erweitern.

Schließlich forderte der Ausschuss in seinem Bericht an die Generalversammlung eine Verlängerung seiner Sitzungszeit um zwei Wochen auf insgesamt vier Wochen pro Jahr. Der CRPD hat trotz ausgesprochen hohem Ratifikationsstand die mit Abstand geringste jährliche Tagungszeit unter den Menschenrechtsausschüssen. Der Rückstand hinsichtlich der Prüfung der Staatenberichte lag bereits auf der 5. Tagung bei einem Zeitraum von acht bis zehn Jahren, welches der Höchste unter allen Menschenrechtsausschüssen ist. Da pro Tagung (mit fünf Arbeitstagen) nur jeweils ein Staatenbericht abschließend behandelt werden kann und bereits über 20 Staatenberichte eingereicht wurden, entstand der Rückstand sehr früh. Dem Antrag auf Verlängerung der Sitzungszeit wurde Ende 2011 durch die Generalversammlung teilweise entsprochen. Die Tagungszeit des Ausschusses wurde zwar nicht auf vier, aber immerhin auf drei Wochen pro Jahr verlängert.

Neben einem Treffen mit dem Sonderberichterstatter über Behindertenfragen der UN-Kommission für soziale Entwicklung Shuaib Chalklen und weiteren UN-Organisationen, fand auch während der 5. Tagung in öffentlichen und nicht-öffentlichen Sitzungen ein Austausch mit Behindertenorganisationen statt.

6. Tagung

Die 6. Tagung war den Abschließenden Bemerkungen zu Spaniens Erstbericht und dem Fragenkatalog in Bezug auf Peru Erstbericht gewidmet.

Lobend wurde erwähnt, dass **Spanien** als erstes Land seinen Bericht rechtzeitig vorgelegt hatte. Der Dialog wurde vorbereitet durch nicht-öffentliche Treffen mit dem spanischen Beauftragten für Menschenrechte und dem Nationalen Behindertendachverband (CERMI), die zusammen die Rolle des nationalen Monitoringsystems (Art. 33 Abs. 2 BRK) ausfüllen. CERMI hatte dem Ausschuss auch einen Schattenbericht vorgelegt. Der Dialog umfasste wiederum den gesamten Katalog der Konventionsrechte. Ausführlich wurden insbesondere der Mangel an inklusiven Schulplätzen für Kinder mit Behinderungen in Spanien (Art. 24) und das veraltete Entmündigungssystem in der spanischen Rechtsordnung (Art. 12) diskutiert. Die Abschließenden Bemerkungen wiesen auf den großen Handlungsbedarf in diesen Bereichen hin. Allerdings wurde Spanien auch dafür gelobt, dass es in Zeiten der Eurokrise von massiven Kürzungen im Bereich der Behindertenhilfe abgesehen hat und entsprechende Pläne bislang vereitelt wurden.

Im Fragenkatalog für **Peru** wurde das Wahlrecht von Menschen mit Downsyndrom thematisiert. Anlass war die Streichung von mehr als 20 000 Peruanerinnen und Peruanern mit Downsyndrom aus dem peruanischen Wählerverzeichnis. Der Ausschuss deutete an, dass hierin eine Verletzung des Rechts auf politische Partizipation (Art. 29 BRK) gesehen werden könnte. Noch deutlicher bezog er Position in einem Schreiben an die Venedig-Kommission des Europarats hinsichtlich deren Richtlinien-Entwürfen zu demokratischen Wahlen. Die Verweigerung des Wahlrechts für Menschen mit geistiger beziehungsweise psycho-sozialer Behinderung sei mit der BRK nicht zu vereinbaren.

Der Austausch des Ausschusses mit anderen UN-Organisationen wurde intensiviert. Neben einem Treffen mit der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten (DESA) gab es Treffen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), dem Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR), UNICEF und der Weltorganisation für geistiges Eigentum (WIPO). Im Austausch mit der WIPO ging es um die Ausnahmen vom Urheberrechtsschutz zum Zwecke des barrierefreien Zugangs blinder Menschen zu Informationen und Kommunikation, an denen die WIPO gerade arbeitet. Auch der Kreis der NGOs, mit denen sich der Ausschuss in öffentlichen und nicht-öffentlichen Sitzungen traf, erweiterte sich.

Der Ausschuss im Besonderen

Der CRPD unterscheidet sich von seinen neun Schwesterausschüssen durch die hohe Anzahl behinderter Expertinnen und Experten. 16 der 18 Ausschussmitglieder leben mit einer Behinderung. Das bringt besondere Herausforderungen für das Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte im Hinblick auf Barrierefreiheit der Räumlichkeiten und der Arbeit mit sich. Inzwischen wurden zahlreiche Verbesserungen durch Rampen, automatische Türöffner und ähnliches erreicht. Weil sechs der Ausschussmitglieder blind sind, entschied man sich schnell für eine ›Green Bureau‹-Arbeitsweise, bei der Dokumente nicht mehr ausgedruckt, sondern nur noch digital bearbeitet werden. Andere Ausschüsse sind inzwischen dieser Arbeitsweise gefolgt.

Auch der Menschenrechtsrat hat sich aufgrund des CRPD nun der Thematik der Barrierefreiheit seiner Arbeit angenommen und eine entsprechende Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Internetseiten der Vereinten Nationen sind ebenfalls deutlich barriereärmer geworden. Schließlich hat die Universität Middlesex (Großbritannien) zusammen mit zwei Software-Anbietern ein Forschungsprojekt begonnen, das die Arbeit des Ausschusses zum Anlass nimmt, über weitere Lösungen für barrierefreie Informations- und Kommunikationstechnologie nachzudenken. Damit hat der CRPD bereits jetzt eine bemerkenswerte Wirkung auf das System der Vereinten Nationen.

Internationale Organisationen: Vom Wiener Kongress bis heute

Manuel Fröhlich



Bob Reinalda

**Routledge History
of International
Organizations.
From 1815 to the
Present Day**

London/New York:
Routledge 2009
xxx+845 S.,
210,00 US-Dollar

Im Jahr 1818 fand in Aix-la-Chapelle (dem heutigen Aachen) eine Konferenz der Allianzkräfte Großbritannien, Russland, Österreich und Preußen statt, die unter anderem im Nachgang zum Wiener Kongress von 1814/1815 die militärische Besetzung Frankreichs beendete. Dies war ein weiterer Schritt auf dem Weg zur vollständigen Wiedereingliederung Frankreichs in das Konzert der Mächte, das über weite Teile des 19. Jahrhunderts die europäische Politik bestimmen würde. In **Bob Reinaldas** Geschichte der internationalen Organisationen taucht die Konferenz mit einem kurzen Verweis auf, dem zu entnehmen ist, dass es sich hierbei um die erste multilaterale Konferenz in Friedenszeiten gehandelt habe, anlässlich dieser das erste Presse-Kommuniqué einer solchen Konferenz veröffentlicht wurde. Tatsächlich ist die Suche nach den ersten Manifestationen internationaler Organisationen ein starker Impuls in diesem Opus Magnum. So hebt Reinalda zu Recht die epochenmachende Bedeutung des Wiener Kongresses hervor, der neben territorialen und sicherheitspolitischen Bestimmungen schon eine Reihe von funktionalen Kooperationen (etwa im Schifffahrtswesen) oder humanitären Anliegen (etwa in der Verurteilung des Sklavenhandels) behandelt hatte. Wien wird damit zum Ausgangspunkt einer Reihe von charakteristischen Merkmalen internationaler Organisationen, zu denen unter anderem zunehmende Institutionalisierung und Ausdifferenzierung gehören. Gleichzeitig steht das Wiener System auch für die Herrschaft der Fünf, die Pentarchie, deren Echo in der Struktur der fünf ständigen Mitglieder des UN-Sicherheitsrats in Reinaldas Darstellung wiederzufinden ist.

Seine Geschichte behandelt die Zeit von 1815 bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts und ist ein ebenso detailliertes wie umfassendes Kompendium der Erscheinungsformen unterschiedlicher internationaler Organisationen. Die knapp 800, eng bedruckten Textseiten sind in 17 Teile gegliedert, mit insgesamt 44 Einzelkapiteln. Der Aufbau ist chronologisch: Dem 19. und beginnenden 20. Jahrhundert widmen sich die ersten fünf Teile des Buches, die neben dem Wiener Kongress und den Haager Konferenzen auch die Evolution sozialer Bewegungen zur Abschaffung der Sklaverei, die Herausbildung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz oder diverser Arbeiter- und Frauenverbände nachzeichnet. Dies illustriert gut, dass Reinalda den Begriff der internationalen Organisation nicht nur auf

zwischenstaatliche Kooperation beschränkt, sondern auch nichtstaatliche Verbände und Organisationsformen einbezieht. Tatsächlich belegt das Buch, dass die Impulse aus gesellschaftlichen Entwicklungen und Zusammenschlüssen derart eng mit staatlichen Kooperationsformen verbunden sind, dass es nicht angemessen wäre, sie isoliert voneinander zu betrachten.

Auch für die folgenden elf Teile, die dem 20. Jahrhundert gewidmet sind, ist eine grob chronologische, nun aber auch thematisch ausdifferenzierte Gliederung zu erkennen: Behandelt werden detailliert der Völkerbund und die Vereinten Nationen als Systeme kollektiver Sicherheit, aber auch die Internationale Arbeitsorganisation und regionale Organisationen (mit einem Schwerpunkt auf der Zeit nach 1980). Für die Zeit des Kalten Krieges werden Fragen der Entkolonialisierung sowie der Sicherheits- und Wirtschaftspolitik einzeln behandelt. Dem Einfluss von nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) auf Fragen der Menschenrechte, der Entwicklungszusammenarbeit und des Umweltschutzes wird ebenso ein eigener Teil gewidmet. Hierin findet sich unter anderem ein Kapitel über die normative Rolle von NGOs, die modellhaft am Beispiel von Amnesty International nachgezeichnet wird. Während die neunziger Jahre mit zwei Teilen zu neuen Herausforderungen der Friedenssicherung und der Globalisierung behandelt werden, stellen gerade die achtziger Jahre für Reinalda einen besonderen Kristallisationspunkt der Herausbildung und Infragestellung internationaler Organisationen dar. Dies wird nicht zuletzt dadurch deutlich, dass dem amerikanischen Präsidenten Ronald Reagan beziehungsweise den ‚Reagonomics‘ mehrere Teilkapitel gewidmet sind, während der Fall der Berliner Mauer und das Ende des Kalten Krieges vergleichsweise knapp dargestellt werden. Die Bretton-Woods-Institutionen werden ausführlich diskutiert; die Entwicklung der Europäischen Gemeinschaft und der Europäischen Union wird dagegen nur in Unterkapiteln behandelt. Damit ist klar, dass diese Geschichte notwendigerweise auch ihre eigenen Schwerpunkte gesetzt hat und jüngere Entwicklungen bevorzugt vor älteren Entwicklungen behandelt werden.

So sehr das chronologische Prinzip dominiert, zeigt sich Reinalda zugleich bemüht, strukturelle Fragen aufzunehmen und seine Darstellung in die theoretische Debatte zu internationalen Organisationen einzubetten. Das knapp 12-seitige Einstiegs-

kapitel zur Herausbildung internationaler Organisationen bietet in diesem Zusammenhang eine konzise Darstellung der wesentlichen Erkenntnisse und Ansätze politikwissenschaftlicher Forschung und liefert eine Reihe von Begrifflichkeiten und Konzepten, die in der nachfolgenden Darstellung aufgenommen werden. So nutzt Reinalda konstruktivistische Kategorien – nicht zuletzt, um die Impulse von (transnationalen) NGOs für internationale Organisationen erfassen zu können.

Reinalda hat einen (ge)wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis internationaler Organisationen geleistet, indem er ihr Werden, ihr Wirken und ihren Wandel in einen historischen Kontext verortet, der davor schützt, allzu schnell die vermeintliche Übermacht oder das ebenso schnell attestierte Versagen internationaler Organisationen auszurufen. Seine Darstellung lebt wesentlich davon, dass er sowohl eine besondere Expertise in der Analyse sozialer Bewegungen als auch zwischenstaatlicher Organisationen mit einbringen konnte. Unzweifelhaft hat er bei dem Versuch, die Entwicklung und Bedeutung internationaler Organisationen für die Bearbeitung sicherheitspolitischer, wirtschaftlicher und humanitärer Probleme auf allen Kontinenten und über zwei Jahrhunderte hinweg nachzuzeichnen, auch persönliche Schwerpunkte gesetzt.

Reinaldas Fazit ist durchaus optimistisch: Gerade die historische Einordnung von Krisenzeiten in-

ternationaler Organisationen lasse diese nicht selten als Phasen gesteigerter und erneuerter Dynamik erscheinen, in denen ihre Mitgliedstaaten und die Mitarbeiter nach einer Weile häufig neue Aufgaben und Tätigkeitsbereiche etabliert beziehungsweise verteidigt hätten. Darin lässt sich eine Teleologie erkennen, die angesichts neuerer Debatten in der Geschichtswissenschaft (die sich zunehmend der Epoche internationaler Organisationen widmet) sicher auch kritisch betrachtet werden kann. Fest steht jedoch, dass die Geschichte internationaler Organisationen – bei allen Brüchen und Krisen – vor allem eine Geschichte von Gründungen ist; ›Schließungen‹ bestehender Organisationen sind dagegen kaum zu verzeichnen. Dies dem bloßen Selbsterhaltungstrieb ihrer Mitarbeiter zuzurechnen, würde zu kurz greifen. Es ist vielmehr das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure und Handlungslogiken, das die Geschichte internationaler Organisationen zwischen Einzelinteresse, Normenwandel und Machtverschiebungen bestimmt. Auch dies wird in Reinaldas Buch deutlich: Offensichtlich ist das Wirken internationaler Organisationen bei der Bewältigung von Weltproblemen nicht per se als ›gut‹, ›hilfreich‹, ›ziel führend‹ oder ›sinnvoll‹ zu werten. Dass sie jedoch als ›relevant‹ für die Weltpolitik nicht nur der letzten Jahrzehnte zu gelten haben, wird durch diese Geschichte, die sie durchweg als Untersuchungsobjekt aus eigenem Recht versteht, augenfällig belegt.

Rückschau: Aus Heft 4/2002

Im April dieses Jahres war die erforderliche Anzahl von Ratifikationen erreicht, um das Inkrafttreten des Statuts des Internationalen Strafgerichtshofs zum 1. Juli zu ermöglichen. Mit den Vertretern von zehn Staaten, die an diesem Tag ihre Ratifikationsurkunden hinterlegten, traf der Rechtsberater der Vereinten Nationen, Untergeneralsekretär Hans Corell, am 11. April am UN-Sitz zusammen. Mittlerweile beläuft sich die Zahl der Vertragsstaaten auf 78. Das Zustandekommen des Römischen Statuts und den Fortgang der Arbeiten zur Errichtung des neuen Gerichts hat in dieser Zeitschrift Hans-Peter Kaul geschildert (Durchbruch in Rom. Der Vertrag über den Internationalen Strafgerichtshof, VN 4/1998 S.125ff.; Der Aufbau des Internationalen Strafgerichtshofs. Schwierigkeiten und Fortschritte, VN 6/2001 S. 215ff.).



Vereinte Nationen 4/2002

139

Personalien

Friedensicherung

Die Arbeit von Margot Wallström (vgl. Personalien, VN, 2/2010, S. 83) als Sonderbeauftragte des Generalsekretärs für sexuelle Gewalt in Konflikten setzt **Zainab Hawa Bangura** fort. UN-Generalsekretär Ban Ki-moon gab die Ernennung der Aktivistin aus Sierra Leone am 22. Juni 2012 bekannt. Als Sonderbeauftragte setzt sie sich unter anderem dafür ein, dass sexuelle Gewalt als Kriegsverbrechen anerkannt und geahndet wird. Die 52-jährige, erfahrene Politikerin verließ für die neue Aufgabe ihren Posten als Ministerin für Gesundheit und Sanitärversorgung in Sierra Leone.

Parfait Onanga-Anyanga aus Gabun ist der neue Sonderbeauftragte für Burundi und Leiter des Büros der Vereinten Nationen in Burundi (BNUB). Er folgt auf die Schwedin Karin Landgren, die den Posten von Januar 2011 innegehabt hatte. Onanga-Anyanga wurde von Ban Ki-moon am 7. Juni 2012 ernannt. Von 2007 bis zu seinem Amtsantritt hat er das Büro des Stellvertretenden UN-Generalsekretärs geleitet. Von 2005 bis 2007 war der 1960 geborene Politikwissenschaftler Sonderberater der Präsidenten der 60. und 61. Generalversammlung.

Gesundheit

UN-Generalsekretär Ban Ki-moon ernannte im Sommer 2012 drei neue Sondergesandte für HIV/Aids. Die Tansanierin **Asha-Rose Migiro** ist seit Juli 2012 für HIV/Aids in Afrika zuständig. Sie löst Elizabeth Mataka aus Sambia ab, die diesen Posten seit dem Jahr 2007 innegehabt hatte.



Parfait Onanga-Anyanga
UN-Foto: Eskinder Debebe

Bereits während ihrer Amtszeit als Stellvertretende UN-Generalsekretärin von 2007 bis 2012 (vgl. Personalien, VN, 1/2007, S. 31) hatte sich Migiro für verbesserte Maßnahmen im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit weltweit, aber vor allem in Afrika, eingesetzt. Auf ihrem neuen Posten will sie sich dafür engagieren, den weltweiten Zugang zu HIV-Präventionsmaßnahmen, -Behandlungsmethoden und Hilfeleistungen sicherzustellen.

Für HIV/Aids in Osteuropa und Zentralasien ist seit Juli 2012 der Franzose **Michel D. Kazatchkine** zuständig. Von 2007 bis März 2012 war er Direktor des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Zuvor war er von 2004 bis 2007 Vorsitzender des Technischen Beratungsausschusses der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für HIV/Aids sowie Mitglied der Technischen Beratungsgruppe der WHO für Tuberkulose.

Neuer Sondergesandter für HIV/Aids in Asien und Pazi-

fik ist seit Juli 2012 **J.V.R. Prasada Rao**. Rao kann auf 14 Jahre Erfahrungen in der HIV/Aids-Bekämpfung und -Prävention in seinem Heimatland Indien und im UN-Rahmen zurückblicken. So war er unter anderem Sonderberater des Exekutivdirektors von UNAIDS.

Kinder

Die Algerierin **Leila Zerrougui** folgt Radhika Coomaraswamy aus Sri Lanka als neue Sonderbeauftragte des Generalsekretärs für Kinder und bewaffnete Konflikte. Ban Ki-moon ernannte die 56-jährige Menschenrechtsexpertin am 14. Juli 2012. Zerrougui verließ dafür ihren Posten als stellvertretende Leiterin der UN-Mission in Kongo (MONUSCO). Zuvor war sie von 2001 bis 2008 zunächst Mitglied und später Vorsitzende der Arbeitsgruppe für willkürliche Inhaftierungen.

Sekretariat

Der seit Juni 2012 tätige Untergeneralsekretär für Kommunikation und Öffentlichkeits-



Leila Zerrougui
UN-Foto: Paulo Filgueiras

arbeit **Peter Launsky-Tieffenthal** (vgl. Personalien, VN, 4/2012, S. 183) ist nun auch Koordinator für Fragen der Mehrsprachigkeit im Sekretariat. Der Österreicher soll Strategien entwickeln, um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sprachendiensten der UN zu verbessern sowie um einschlägige Resolutionen und Empfehlungen umzusetzen.

Seit März 2012 ist die Argentinierin **Susana Malcorra** Chefin des Exekutivbüros des UN-Generalsekretärs. Die 58-jährige studierte Elektroingenieurin ist eine Expertin in Managementfragen. Zuletzt war sie von März 2008 an Leiterin der Hauptabteilung Unterstützung der Feldeinsätze (DFS) (vgl. Personalien, VN, 2/2008, S. 86). Den neuen Posten im Exekutivbüro übernahm sie von dem Inder Vijay Nambiar.

Nachruf

Am 4. September 2012 verstarb Prof. Dr. **Friedemann Büttner** im Alter von 74 Jahren. Büttner war ein ausgewiesener Fachmann für den Nahen Osten. Von 1979 an war er Professor an der Freien Universität Berlin und leitete dort bis zum Jahr 2003 die Arbeitsstelle Politik des Vorderen Orients. Mit der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen verband ihn die langjährige Mitgliedschaft, die Mitarbeit im Bundesvorstand und seine Autorentätigkeit für die Zeitschrift VEREINTE NATIONEN. Er verfasste zahlreiche Beiträge und Standpunkte zum Thema Naher Osten.

Zusammengestellt von Monique Lehmann und Anja Papenfuß.

Dokumente der Vereinten Nationen

In der folgenden Übersicht sind die Resolutionen der Generalversammlung sowie die Resolutionen und die Erklärungen des Präsidenten des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen mit einer kurzen Inhaltsangabe und den (etwaigen) Abstimmungsergebnissen von **Dezember 2011 bis August 2012** aufgeführt. Die

Dokumente sind alphabetisch nach Ländern, Regionen oder Themen sortiert. In der jeweiligen Rubrik erfolgt die Auflistung chronologisch (das älteste Dokument zuerst). Diese Dokumente im Volltext sind zu finden über die Webseite des Deutschen Übersetzungsdienstes: <http://www.un.org/Depts/german>

Generalversammlung				
	UN-Dok.-Nr.	Datum	Gegenstand	Abstimmungsergebnis
Entwicklung	A/RES/66/288 + Anhang	27.7.2012	Die Generalversammlung billigt das Ergebnisdokument der Konferenz der Vereinten Nationen über nachhaltige Entwicklung mit dem Titel »Die Zukunft, die wir wollen« , die vom 20. bis 22. Juni 2012 in Rio de Janeiro stattgefunden hat. Darin sind sich die Mitgliedstaaten der Notwendigkeit bewusst, die nachhaltige Entwicklung weiter systematisch auf allen Ebenen zu etablieren, ihre wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Aspekte zu integrieren und so eine nachhaltige Entwicklung in allen ihren Dimensionen herbeizuführen.	Ohne förmliche Abstimmung angenommen
Menschenrechte	A/RES/66/137 + Anlage	19.12.2011	Die Generalversammlung nimmt die in der Anlage zu dieser Resolution enthaltene Erklärung der Vereinten Nationen über Menschenrechtsbildung und -ausbildung an. Laut Erklärung soll jeder Mensch das Recht haben, Informationen über alle Menschenrechte und Grundfreiheiten zu kennen, zu suchen und zu empfangen, und soll Zugang zu Menschenrechtsbildung und -ausbildung haben.	Ohne förmliche Abstimmung angenommen
Nahost	A/RES/66/253 B* * Damit wird die Resolution 66/253 vom 16. Februar 2012 zu Resolution 66/253 A	3.8.2012	Die Generalversammlung verurteilt entschieden die nach wie vor ausgedehnten und systematischen schweren Verletzungen der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch die syrischen Behörden und regierungstreue Milizen sowie jegliche Gewalt, ungeachtet dessen, von wem sie ausgeht, einschließlich terroristischer Handlungen. Die Generalversammlung fordert die syrischen Behörden auf, sofort allen Menschenrechtsverletzungen und Angriffen auf Zivilpersonen ein Ende zu setzen . Sie verlangt, dass die syrischen Behörden ihre völkerrechtlichen Verpflichtungen streng einhalten und chemische oder biologische Waffen oder dazugehöriges Material weder einsetzen noch an nichtstaatliche Akteure weitergeben.	+133; -12 (u.a. China, Iran, Demokratische Republik Korea, Kuba, Russland und Syrien); =31
Sicherheitsrat				
	UN-Dok.-Nr.	Datum	Gegenstand	Abstimmungsergebnis
Afrika	S/RES/2056(2012)	5.7.2012	Der Sicherheitsrat fordert alle nationalen Akteure in Mali auf , die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, die es den Übergangsbehörden ermöglichen, die volle Wiederherstellung und Erhaltung der verfassungsmäßigen Ordnung zu gewährleisten . Er nimmt davon Kenntnis, dass die Wirtschaftsgemeinschaft der westafrikanischen Staaten (ECOWAS) das Nationale Komitee nicht als rechtmäßige Institution des Übergangs anerkannt hat, und beschließt, dass das Nationale Komitee aufzulösen ist . Der verurteilt den am 21. Mai 2012 verübten tätlichen Angriff auf den Interimspräsidenten Malis Dioncounda Traoré , fordert dessen möglichst baldige sichere Rückkehr und verlangt, dass die Täter vor Gericht gestellt werden.	Einstimmige Annahme
Côte d'Ivoire	S/RES/2062(2012)	26.7.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, das Mandat der Operation der Vereinten Nationen in Côte d'Ivoire (UNOCI) bis zum 31. Juli 2013 zu verlängern . Er beschließt ferner, dass sich die UNOCI stärker darauf konzentrieren wird, die Regierung bei der Entwaffnung, Demobilisierung und Wiedereingliederung und der Reform des Sicherheitssektors zu unterstützen. Der Rat billigt die Empfehlung des Generalsekretärs, die Militärkomponente der UNOCI möglichst bald um die Stärke eines Bataillons zu verkleinern, und beschließt daher, dass die Militärkomponente auf eine genehmigte Personalstärke von 8 837, davon 8 645 Soldaten und Stabsoffiziere und 192 Militärbeobachter, reduziert wird .	Einstimmige Annahme

Sicherheitsrat				
	UN-Dok.-Nr.	Datum	Gegenstand	Abstimmungs- ergebnis
Internationale Strafgerichte	S/RES/2054(2012)	29.6.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, dass Richter William H. Sekule (Vereinigte Republik Tansania), Richter Solomy Balungi Bossa (Uganda) und Richter Mparany Mamy Richard Rajohnson (Madagaskar) ungeachtet dessen, dass ihre Amtszeit am 30. Juni 2012 abläuft, ausnahmsweise weiter beim Internationalen Strafgerichtshofs für Ruanda tätig sein dürfen, und zwar bis zum 31. Dezember 2012 oder bis zur Erledigung des Falls Ngirabatware , mit dessen Behandlung sie vor Ablauf ihrer Amtszeit begonnen haben. Ferner nimmt er Kenntnis von der Absicht des Gerichtshofs, die gesamte verbleibende richterliche Arbeit bis zum 31. Dezember 2014 abzuschließen.	Einstimmige Annahme
Irak	S/RES/2061(2012)	25.7.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, das Mandat der Hilfsmission der Vereinten Nationen für Irak (UNAMI) bis zum 24. Juli 2013 zu verlängern.	Einstimmige Annahme
Jemen	S/RES/2051(2012)	12.6.2012	Der Sicherheitsrat ist besorgt über die politische, sicherheitsbezogene, wirtschaftliche und humanitäre Situation in Jemen. Er bekräftigt die Notwendigkeit, die Initiative des Golf-Kooperationsrats und ihren Umsetzungsmechanismus im Einklang mit Resolution 2014(2011) vollständig und rasch durchzuführen. Er fordert alle Seiten auf, sofort der Anwendung von Gewalt zur Erreichung politischer Ziele zu entsagen und stellt fest, dass die zweite Phase des Übergangsprozesses unter anderem darauf ausgerichtet sein soll, Verfassungs- und Wahlreformen durchzuführen und spätestens im Februar 2014 allgemeine Wahlen abzuhalten. Der Rat verlangt überdies die Einstellung aller Handlungen, die das Ziel verfolgen, die Regierung der nationalen Einheit und den politischen Übergang zu untergraben.	Einstimmige Annahme
Libanon	S/RES/2064(2012)	30.8.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, das Mandat der Interimstruppe der Vereinten Nationen in Libanon (UNIFIL) bis zum 31. August 2013 zu verlängern.	Einstimmige Annahme
Nahost	S/RES/2059(2012)	20.7.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, das Mandat der Aufsichtsmission der Vereinten Nationen in Syrien (UNSMIS) um einen abschließenden Zeitraum von 30 Tagen zu verlängern und danach nur dann zu verlängern, wenn der Generalsekretär berichtet und der Sicherheitsrat bestätigt, dass der Einsatz schwerer Waffen beendet wurde und alle Seiten das Ausmaß der Gewalt genügend verringert haben.	Einstimmige Annahme
Ostafrikanisches Zwischenseen- gebiet	S/RES/2053(2012)	27.6.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, das in der Resolution 1925(2010) festgelegte Mandat der Stabilisierungsmission der Organisation der Vereinten Nationen in der Demokratischen Republik Kongo (MONUSCO) bis zum 30. Juni 2013 zu verlängern. Der Rat bekräftigt, dass bei Beschlüssen über den Einsatz der verfügbaren Fähigkeiten und Mittel dem Schutz der Zivilbevölkerung Vorrang eingeräumt werden muss, und ermutigt zum weiteren Einsatz der von der MONUSCO durchgeführten innovativen Maßnahmen zum Schutz von Zivilpersonen.	Einstimmige Annahme
Somalia	S/RES/2060(2012)	25.7.2012	Der Sicherheitsrat beschließt, das in Resolution 1558(2004) genannte und mit späteren Resolutionen verlängerte Mandat der Überwachungsgruppe für Somalia und Eritrea bis zum 25. August 2013 zu verlängern. Er ersucht den Generalsekretär, so rasch wie möglich die notwendigen Verwaltungsmaßnahmen zu treffen, um die Überwachungsgruppe für einen Zeitraum von dreizehn Monaten ab dem Datum dieser Resolution wiedereinzusetzen und dabei gegebenenfalls den Sachverstand der Mitglieder der mit früheren Resolutionen eingesetzten Überwachungsgruppe heranzuziehen. Er begrüßt die in den Schlussberichten der Überwachungsgruppe vom 27. Juni 2012 (S/2012/544 und S/2012/545) enthaltenen Bemerkungen und Empfehlungen, eine gemeinsame Finanzverwaltungskommission einzusetzen, um die Verwaltung der öffentlichen Mittel Somalias und die damit zusammenhängende Transparenz und Rechenschaftslegung zu verbessern.	Einstimmige Annahme
Zentralafrika	S/PRST/2012/18	29.6.2012	Der Sicherheitsrat verurteilt mit Nachdruck die in Teilen Zentralafrikas stattfindenden Angriffe der Widerstandsarmee des Herrn (LRA), die eine anhaltende Bedrohung für die regionale Sicherheit darstellen. Der Rat verlangt die sofortige Beendigung aller Angriffe der LRA, insbesondere auf Zivilpersonen, fordert die Führer der LRA nachdrücklich auf, alle Entführten freizulassen, und besteht darauf, dass alle Elemente der LRA diese Praktiken beenden, ihre Waffen abliefern und sich demobilisieren lassen.	

GERMAN REVIEW ON THE UNITED NATIONS | Abstracts

VOLUME 60 | 2012 | No. 5

The WHO in the Global Health System

Yves Beigbeder

pp. 195–201

The World Health Organization in Transition. 'Health for All' Is Still the Overarching Goal

The World Health Organization (WHO) has run through several ups and downs in its 64 year-history. But the last couple of years confronted it with particularly big challenges: First, the rather hapless management of the H1N1 flu pandemic in 2009/2010 and then a profound budget crisis in 2011. Both resulted in ever stronger demands for reforming the WHO. The ongoing process focuses on the role and identity of the WHO, on its comparative advantages as an intergovernmental organization with limited resources in a competitive public health environment. WHO's budget nowadays is mainly financed by voluntary contributions, resulting in a partial 'privatization'. The number of public-private partnerships with WHO participation has been criticized as excessively dependent on the private sector. Proximity to the pharmaceutical industry and dependency on voluntary contributions are the biggest challenges that the organization needs to tackle over the coming years.

Cornelia Ulbert

pp. 202–207

Ramping up for Reform or Doomed to Irrelevance? The WHO in Search of a New Role in Global Health

The role of the World Health Organization has changed significantly since its inception in 1948. Up to the 1990s, the WHO was not challenged as the leading organization in international health. Today it finds itself marginalized in a landscape characterized by multiple players in a system of global health governance with numerous institutions, sometimes conflicting norms and processes which are poorly coordinated. For the future of the WHO, much will depend on the outcome of a reform process that is currently underway. There is still the risk that it will be doomed to irrelevance unless its member states agree on a number of core functions through which the WHO could make a real difference in global health. Only if the member states will fund these functions properly, and are willing to back them up institutionally, the WHO will be able to take over leadership again.

Anja Mihr

p. 208

Comment: Integrating Human Rights Education into Everyday Life

In December 2011, the UN General Assembly adopted the United Nations Declaration on Human Rights Education.

The Declaration aims at mainstreaming human rights education and training into all spheres of society. Regarded as common endeavor of the state, private actors and non-governmental organizations, the declaration presents a new concept which needs to be implemented by member states, but it is doubtful whether states will be willing to adapt the existing traditional concepts of civil education.

Marc Engelhardt

pp. 209–213

World Health Organization: Reflecting its Core Functions

In the debate on its reform, the World Health Organization is frequently compared to newer health initiatives, many of which are public-private partnerships. Since they have taken over many of the WHO's former tasks, many experts argue the organization will have to scale down and concentrate on its core functions. But what are these? Some analysts see them mainly in regulatory functions such as providing access to essential medicines. Others believe that the promotion of accessible and affordable primary health care is the main responsibility of the WHO. A recurring question is whether the WHO should and could defend its long-standing role as "directing and coordinating authority on international health work" in the diversified and competitive field of global health or rather act as a convener. All the while, one thing is certain: even with a return to 'core functions', the WHO's core budget must be substantially increased and secured.

Anand Grover · Fiona Lander

pp. 214–218

The Right to Health in Theory and Practice

The right to health is an expansive right which constitutes an important tool in mediating broader social change, and in protecting the most vulnerable and marginalized members of communities. This article reflects upon the development of the right during the mandate of the current United Nations Special Rapporteur on the Right to Health, and considers the challenges the mandate faces moving forward. Some problems that are common to many countries and that have been addressed by the Rapporteur include criminalization of various forms of conduct including sex work, homosexuality and abortion, amongst others, and lack of access to health services and medicines for rural and indigenous persons, whilst emerging problems relate to non-communicable disease and mental health, and incorporation of the right to health into development aid.

IMPRESSUM

VEREINTE NATIONEN

Zeitschrift für die Vereinten Nationen und ihre Sonderorganisationen.
Begründet von Kurt Seinsch. ISSN 0042-384X

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen (DGVN), Berlin.

Chefredakteurin: Anja Papenfuß

Redaktionsassistent/DTP: Monique Lehmann

Redaktionsanschrift: VEREINTE NATIONEN

Zimmerstr. 26/27, D-10969 Berlin
Telefon: +49 (0)30 | 25 93 75-10
Telefax: +49 (0)30 | 25 93 75-29
E-Mail: zeitschrift@dgvn.de
Internet: www.dgvn.de/zeitschrift.html

Druck und Verlag:

BWV · Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH
Markgrafenstraße 12-14, D-10969 Berlin
Telefon: +49 (0)30 | 84 17 70-0
Telefax: +49 (0)30 | 84 17 70-21
E-Mail: bwv@bwv-verlag.de
Internet: www.bwv-verlag.de

Erscheinungsweise: zweimonatlich
(Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember)

Bezugspreise des BWV:

Jahresabonnement Printausgabe 63,- Euro*
Jahresabonnement Onlineausgabe 63,- Euro
Jahresabonnement Print- und Onlineausgabe 79,- Euro*
Einzelheft 13,- Euro*
*Alle Preise inkl. MwSt., zzgl. Porto.

Bestellungen nehmen entgegen:

Silke Pinther Tel.: +49 (0)30 | 84 17 70-22
Fax: +49 (0)30 | 84 17 70-21
E-Mail: pinther@bwv-verlag.de
sowie der Buchhandel.

Kündigung drei Monate vor Kalenderjahresende. Zahlungen im Voraus an:
BWV · Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH,
Postbank Berlin, Konto Nr.: 28 875 101,
BLZ 100 100 10, IBAN DE 39 1001 0010 00288751 01,
SWIFT (BIC): PBNKDEFF.

Für **Mitglieder** der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung und Anzeigenannahme:

Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH
Brigitta Weiss
Tel.: +49 (0)30 | 84 17 70-14
Fax: +49 (0)30 | 84 17 70-21
E-Mail: weiss@bwv-verlag.de

Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht notwendigerweise die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder.

VEREINTE NATIONEN wird auf Recycling-Papier aus 100% Altpapier gedruckt.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR DIE VEREINTE NATIONEN

Vorstand

Detlef Dzembitzki (Vorsitzender)
Dr. Ekkehard Griep (Stellv. Vorsitzender)
Jürgen Klimke, MdB (Stellv. Vorsitzender)
Ana Dujic (Schatzmeisterin)
Hannah Birkenkötter
Matthias Böhning
Matthias Eiles
Dr. Michael Lysander Fremuth
Prof. Dr. Manuel Fröhlich
Winfried Nachtwei
Marina Schuster, MdB
Dr. Sven Simon
Katharina Tolle

Präsidium

Dr. Hans Arnold
Gerhart R. Baum
Dr. Hans Otto Bräutigam
Dr. Eberhard Brecht
Dr. Fredo Dannenbring
Prof. Dr. Klaus Dicke
Bärbel Dieckmann
Hans Eichel
Manfred Eisele
Prof. Dr. Tono Eitel
Prälat Dr. Bernhard Felmberg
Joschka Fischer
Dr. Alexander Gunther Friedrich
Hans-Dietrich Genscher
Dr. Wilhelm Höynck
Prof. Dr. Klaus Hüfner
Prälat Dr. Karl Jüsten
Dr. Dieter Kastrup
Dr. Hans-Peter Kaul
Dr. Inge Kaul
Dr. Klaus Kinkel
Dr. Manfred Kulesa
Armin Laschet
Dr. Hans Werner Lautenschlager
Prof. Dr. Klaus Leisinger
Walter Lewalter
Prof. Dr. Jens Naumann
Karl Theodor Paschke
Dr. Gunter Pleuger
Detlev Graf zu Rantzau
Prof. Wolfgang Schomburg
Prof. Dr. Dr. Sabine von Schorlemer
Dr. Irmgard Schwaetzer
Reinhard Schweppe
Prof. Dr. Bruno Simma
Michael Steiner
Dr. Frank-Walter Steinmeier
Prof. Dr. Rita Süßmuth
Dr. Helga Timm
Prof. Dr. Klaus Töpfer
Prof. Dr. Christian Tomuschat

Dr. Günther Unser
Prof. Dr. Hans-Joachim Vergau
Prof. Dr. Ernst Ulrich von Weizsäcker
Dr. Rainer Wend
Dr. Guido Westerwelle
Heidemarie Wieczorek-Zeul
Prof. Dr. Rüdiger Wolfrum

Redaktionsbeirat

Friederike Bauer
Thorsten Benner
Dagmar Dehmer
Dr. Michael Lysander Fremuth
Prof. Dr. Manuel Fröhlich
Dr. Ekkehard Griep
Prof. Dr. Klaus Hüfner
Gerrit Kurtz
Thomas Nehls
Dr. Martin Pabst
Dr. Sven Simon

Landesverbände

Landesverband Baden-Württemberg
Vorsitzender:
Prof. Dr. Karl-Heinz Meier-Braun
karl-heinz.meier-braun@swr.de

Landesverband Bayern
Vorsitzende: Ulrike Renner-Helfmann
info@dgvn-bayern.de

Landesverband Berlin-Brandenburg
Vorsitzender: Dr. Lutz-Peter Gollnisch
dgvn-bb@dgvn.de

Landesverband Hessen
Vorsitzender: Dustin Dehé
info@dgvn-hessen.org

Landesverband Nordrhein-Westfalen
Vorsitzender: Thomas Weiler
kontakt@dgvn-nrw.de

Landesverband Sachsen,
Sachsen-Anhalt, Thüringen
Vorsitzender: Kai Ahlborn
lv-sachsen@dgvn.de

Generalsekretariat

Dr. Beate Wagner, Generalsekretärin
Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen
Zimmerstr. 26/27, D-10969 Berlin
Telefon: 030 | 25 93 75-0
Telefax: 030 | 25 93 75-29
E-Mail: info@dgvn.de
Internet: www.dgvn.de