

Gesundheit als globales öffentliches Gut: eine politische Herausforderung im 21. Jahrhundert

Iлона KICKBUSCH¹

“A public good is one that the public decides to treat as a public good.”

Malkin and Wildavsky 1993

Von der nationalen zur globalen Gesundheit

Gesundheit war stets eine wichtige Komponente in der Entwicklung europäischer Nationalstaaten und ein zentrales Element der Modernisierung. (Kickbusch, in press) Die frühe Etablierung einer *öffentlichen* Zuständigkeit für die Gesundheitsvorsorge (public Health) hat die europäischen Gesellschaften verändert: die Hygiene, die Abwasserentsorgung, der Arbeitsschutz, die Seuchenbekämpfung, die Impfung, sie alle haben grundlegend zur hohen Lebenserwartung, dem wirtschaftlichen Wachstum und der signifikanten demographischen Veränderung unserer Gesellschaften beigetragen. Gerade die historische Entwicklung der *öffentlichen* Gesundheit in Europa macht deutlich, dass die *Öffentlichkeit* und die *Privatheit* eines Gutes zwar in der ökonomischen Theorie festgelegt werden kann – es sich in der Realität aber vorrangig um eine politische und soziale Entscheidung handelt, unter welche Kategorie ein Gut fällt. Der Begriff des *öffentlichen* Gutes, ist in seinem Kern – ebenso wie der Begriff Gesundheit – ein politischer Begriff, der dem sozialen Wandel unterworfen ist.

Die Idee Gesundheit als kollektives Gut *und* als individuelles Bürgerrecht zu fassen ist durch soziale und politische Bewegungen vorangetrieben und ausgeweitet worden – Antrieb waren häufig extreme gesellschaftliche Ungleichheiten (z.B. der Arbeiterklasse) oder soziale Benachteiligungen, die den Zutritt verwehrt haben, oder zur Diskriminierung führten (z.B. der Frauen). Eine verlässliche *öffentliche* Gesundheitsvorsorge und das Recht auf universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung wird häufig als zentraler Bestandteil des europäischen sozialen Modells definiert, dem zwei Hauptmerkmale zugeschrieben werden: die sozialen Rechte der Bürger und die bedeutende Rolle des Staates. Als Konsequenz wird ein wichtiger Teil der „Gesundheitsgüter“ in die öffentliche Domäne als Staatsaufgabe platziert: alle Bürger profitieren davon, dass das Trinkwasser sauber ist, die Kinder geimpft werden und die Medikamente sicher sind. Auch die traditionelle Ökonomie gesteht dies zu. Die neuere Ge-

¹ Prof. Dr. Dr. h.c., internationale Gesundheitsexpertin, <http://www.ilonakickbusch.com/home/index.shtml>.

sundheitsökonomie – so z.B. der Bericht der Sachs Kommission² – spricht in diesem Fall von der Investition in Gesundheit als Staatsaufgabe.

Trotzdem besteht natürlich eine ausgiebige Diskussion darüber, welcher Teil von Gesundheit ein öffentliches und welcher ein privates Gut ist, was zuviel und was zuwenig Staat im Bereich der Gesundheitsmassnahmen darstellt. Dies muss immer neu öffentlich und gesellschaftlich verhandelt werden. Diese Thematik durchzieht die politische Diskussion nicht erst seit der Einrichtung der öffentlichen Gesundheitsämter oder der Kritik des „nanny state“ durch Margaret Thatcher: die Quarantäne und der cordon sanitaire mussten stets mit den Mitteln des Obrigkeitsstaates durchgesetzt werden und der Pockenimpfung wurde ursprünglich eben so wenig vertraut wie den Maßnahmen der Cholerabekämpfung – auf der linken wie auf der rechten Seite des politischen Spektrums. Alle Definitionen von *public health* gehen jedoch von einer kollektiven Verantwortung für die *öffentliche* Gesundheitsvorsorge auf nationaler Ebene aus. Gerade deswegen ist sie auch in den letzten zwanzig Jahren in fast allen reichen Ländern angesichts des Anwachsens des medizinischen Versorgungssystems vernachlässigt worden. Man meinte die Kontrolle ansteckender Krankheiten voll im Griff zu haben und delegierte die Kontrolle der nicht übertragbaren Krankheiten auf die Verantwortung der einzelnen Bürger. Beides funktioniert so nicht mehr.

Noch entscheidender aber ist, dass sich die öffentliche Gesundheitsvorsorge nicht mehr allein auf national staatlicher Ebene betreiben lässt. Sowohl die Determinanten von Gesundheit sind zunehmend global und außerhalb der Kontrolle nur eines Staates oder einer Gruppe von Staaten, auch die Auswirkungen des eigenen national staatlichen Handelns – z.B. die Vernachlässigung der Ueberwachungsmassnahmen für Infektionskrankheiten – sind global (Jamison, et al., 1998). Weder der Grippevirus noch die internationale Tabakindustrie scheuen sich um nationale Grenzen, ebenso wenig wie globale kriminelle Netzwerke und illegale Migranten. Gesundheitsprobleme in bisher weit entfernten Ländern kommen aufgrund der schnellen Transportwege für Menschen und Waren immer näher heran und die Schutzmassnahmen für die eigene Bevölkerung sind mit hohen finanziellen Kosten und hohem politischen Kapital verbunden. Trotzdem tun sich die Nationalstaaten schwer – auch im Rahmen der EU – gemeinsam zu handeln.

Nach dem Ausbruch von SARS und der „Vogelgrippe“ scheint sich die globale Gesundheitswelt von Grund auf zu ändern – eine globale Gesundheitskonferenz jagt die nächste um einen internationalen Konsens zur Zusammenarbeit in „health security“ (Gesundheitssicherheit) herzustellen – aber auch um der eigenen Bevölkerung zu zeigen, dass man handlungsbereit ist. Auch Länder, die noch vor kurzem die Verabschiedung des Internationalen Gesundheitsreglements (International Health Regulations) verzögern wollten, sind nun bereit über ein früheres Inkrafttreten des Abkommens nachzudenken. Wie schon zu Zeiten der ersten internationalen Gesundheitsvereinbarungen in der Mitte des 19. Jahrhunderts sind derzeit die Außenministerien ebenso – wenn nicht mehr – beteiligt als die Gesundheitsexperten – denn es geht nicht nur um bessere Kooperation zwischen den Ländern, es geht auch um die Bereitschaft zum Wohl der internationalen Gemeinschaft einen Teil der eigenen staatlichen Souveränität zur Disposition zu stellen.

Von der Entwicklungshilfe zur Finanzierung von Gesundheit als globalem öffentlichem Gut

Jede Revolution des Gesundheitswesens bringt nicht nur einen Wandel der Krankheitsbilder mit sich, sondern auch ein Umdenken über die politischen Eckpfeiler und Ansätze. Wenn

² WHO Commission on Macroeconomics and Health [2001]: Macroeconomics and health: investing in health for economic development, December 2001.

Gesundheit und Krankheit nicht mehr als naturgegebene Zustände betrachtet werden dann gibt es immer mehr mögliche Lösungen, seien sie medizinisch, ökonomisch oder sozial. Der wissenschaftliche Fortschritt treibt die Machbarkeit vor sich her - durch die Einführung anti-retroviraler Medikamente ist beispielsweise HIV/AIDS behandelbar geworden - aber entscheidend war die politische Bereitschaft, das Mögliche auch breit verfügbar zu machen. Im Falle der Aidsmedikamente erfolgte dies erst durch eine breite soziale Bewegung, die die Gesundheitsziele mit der Debatte über Menschenwürde, Gleichheit und soziale Gerechtigkeit verband.

Die Grenzen bisheriger Politikmodelle und Vorgehensweisen in der Entwicklungspolitik zeigen sich immer deutlicher - der Unterschied von 40 Jahren in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen Somalia und Japan wird in einer globalen Welt inakzeptabel. Die Verantwortung der reichen Länder - auch für Gesundheit - ist bisher vorrangig als Entwicklungshilfe und Armutsbekämpfung durchgeführt worden - mit sehr gemischten Ergebnissen. Eine ganze Anzahl von Ländern - besonders in Afrika - hat heute einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung als vor 20 Jahren. Deshalb auch verabschiedeten die Vereinten Nationen im Jahr 2000 auf ihrem Jahrtausendgipfel die „Millennium Development Declaration“, eine Vereinbarung, um die weltweite Armut zu bekämpfen³. Drei der damit verbundenen „Millennium Development Goals“ (MDGs), welche es bis zum Jahr 2015 zu erreichen gilt, gehen explizit auf Gesundheit ein:

- die Ausbreitung von HIV/AIDS, Tuberkulose und anderen Krankheiten zu stoppen und zurückzudrängen,
- die Sterblichkeitsrate bei unter Fünfjährigen um zwei Drittel zu reduzieren,
- die Müttersterblichkeit um drei Viertel zu reduzieren.

Ein Index, der vom Zentrum für globale Entwicklung („Center für Global Development“) erstellt wurde und „Commitment to Development“-Index genannt wird, führt 21 der reichsten Länder der Welt auf.⁴ Er bewertet ihr Engagement hinsichtlich von sieben Bereichen: Entwicklungshilfe, Handel, Investitionen, Migration, Umwelt, und Beitrag zur internationalen Sicherheit und Friedenswahrung. Fazit: „Kein reiches Land schöpft sein Potenzial aus, um armen Ländern zu helfen.“ Die Schweiz liegt seit drei Jahren unbeweglich auf Platz 13. In zunehmendem Maße verschwindet die Unterscheidung von „wir“ und „die anderen“ wie dieser Index schon aufzeigt. Es geht nicht nur um Entwicklungshilfe sondern um Handel und Investitionen, um offene Gesellschaften und um Umweltbewusstsein. Zum Beispiel waren die wirtschaftlichen Folgen der kurzlebigen „Severe Acute Respiratory Syndrome“ (SARS)-Epidemie in Kanada und Asien immens. Es wird geschätzt, dass die wirtschaftlichen Folgekosten von SARS ca.30 Milliarden US-Dollar erreicht haben, zumeist durch stornierte Reisen (als Auswirkung auf den Dienstleistungssektor und die Fluggesellschaften) und sinkende Investitionen⁵. Die Kosten einer globalen Grippeepidemie werden von der Weltbank auf 800 Milliarden US Dollar geschätzt, wobei die Folgen einer globalen Rezession bei dieser Zahl nicht eingerechnet sind.

Auch die globale Verbreitung der Tabak- und Adipositasepidemien zeigt erschreckende Zahlen: Tabak fordert jährlich etwa fünf Millionen Todesopfer, insbesondere in armen Bevölkerungsschichten und Ländern. Die Epidemie der Fettsucht weitet sich besonders auf die Nationen mit niedrigem und mittlerem Einkommen aus. Als Ursachen dieser Epidemie verweist die WHO auf wirtschaftliches Wachstum, Modernisierung, Urbanisierung und Globa-

³ <http://www.un.org/millenniumgoals>.

⁴ Ranking the rich 2004, Foreign Policy, May/June 2004.

⁵ United Nations Secretariat report: Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Report by the Secretariat, January 23, 2004.

lisierung des Lebensmittelmarktes.⁶ Ungefähr 177 Millionen Menschen leben derzeit mit Diabetes und die Zahl der Menschen mit dieser Krankheit wird sich schätzungsweise bis 2030 verdoppeln, insbesondere in den Entwicklungsländern deren Gesundheitssysteme in keiner Weise auf diese Krankheiten vorbereitet sind, weder professionell noch finanziell.

Ausgehend von diesen Fragestellungen ergibt sich ein neuer konzeptioneller public health Ansatz: gleichzeitige Verantwortung von Regierungen gegenüber der inländischen und sowie der globalen Gesundheit – das bedeutet bewusst die Verantwortung für externe Effekte der eigenen Politik zu übernehmen und jene Länder zu unterstützen, die nicht in der Lage sind eigene public health Systeme aufzubauen, oder welche eine Kompensation für wirtschaftliche Verluste benötigen – z.B. die Kosten der Tötung von Geflügel oder dem Einschränken des Tabakanbaus. Es besteht also ein historisches Anknüpfen an den Begriff des öffentlichen/staatlichen Handelns, wie es in der kollektiven public health Tradition der Fall ist.

Diese gemeinsame weltweite Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung wird zunehmend als globales öffentliches Gut (GPG) angesehen. Das verändert sowohl das Denkmodell wie auch die Vorgehensweise und die Finanzierung von „global public health“. Inge Kaul definiert globale öffentliche Güter über einen „*ausschließenden, nicht rivalisierenden Nutzen, der über Grenzen, Generationen und Populationen hinaus wirkt*“ (Kaul et al., 1999). Die drei zusätzlichen Kriterien dieser Definition müssen besonders hervorgehoben werden, weil sie sich auf bedeutsame Verteilungseffekte beziehen:

- Die externen Effekte müssen für mehr als eine Ländergruppe gelten (also nicht nur für die EU, die G8 oder G 77).
- Es dürfen nicht nur einzelne Bevölkerungsgruppen in bestimmten Ländern von den positiven oder negativen Auswirkungen des Gutes betroffen sein.
- Es muss auch eine zeitliche Dimension „zwischen Generationen“ eingebaut werden, um den Aspekt der Nachhaltigkeit zu berücksichtigen.

Woodward und Smith (Woodward et al., 2003) weisen auf Probleme mit diesen Kriterien hin, da sie gerade im public health Bereich zu Ausgrenzungen führen könnten, z.B. in Bezug auf Frauengesundheit oder auf gezielte Programme in bestimmten Regionen z.B. Chagas disease. Sie betonen daher, dass für globale öffentliche Güter eigentlich nur zwei Kriterien zentral sind: ein hohes Maß an „*publicness*“ (*öffentlichem Interesse oder Gemeinwohl*) *über nationale Grenzen hinweg*. Sicherlich erscheint die Definition von Inge Kaul fast ebenso unerreichbar wie die ideale Definition von öffentlichen Gütern in der Ökonomie, aber sie beleuchtet doch wichtige Kriterien, die in der Politikentwicklung bedeutsam werden, wenn es gilt internationale Investitionen zu steuern und sich der Machtfrage zu stellen. Als globale Priorität gilt doch häufig nur das, was die reichsten Länder als Problem definiert haben, oder wovor ihre Bevölkerung sich besonders bedroht fühlt - dementsprechend wird die Kategorie des „Globalen“ eingeführt. Inge Kaul hat inzwischen neben der Verteilungsgerechtigkeit noch eine zusätzliche Dimension in die Diskussion um globale öffentliche Güter eingeführt, die gerade für den Bereich des public health zentral ist: den der Öffentlichkeit. Auch hier unterscheidet sie drei Aspekte:

- Öffentlichkeit des Konsums
- Öffentlichkeit der Entscheidungsfindung
- Öffentlichkeit der Verteilung (Martens and Hain., 2002)

⁶ WHO: Preventing Chronic diseases: A Vital Investment. Geneva 2005.

Dies unterstreicht nochmals den politischen und normativen Charakter öffentlicher Güter – Kaul geht davon aus, dass ihre Bereitstellung öffentlich verhandelt werden muss – das bedeutet (Martens and Hain., 2002b) den Schritt von einem technischen zu einem politischen Konzept von globalen öffentlichen Gütern.

Was ist ein globales öffentliches Gut bezogen auf die Gesundheit.

Es gibt mehrere Wege dies zu betrachten:

- Gesundheit selbst kann als öffentliches Gut definiert werden, das bedeutet, dass die globale Gesellschaft den Wert der Gesundheit anerkennt und schützt, oder
- bestimmte globale öffentliche Güter *für* Gesundheit werden identifiziert.

Beides ist sicherlich legitim und notwendig. Einerseits muss angesichts der globalen Ungleichheit die normative Debatte über den gerechten Zugang zur Gesundheit weiter geführt werden - andererseits müssen aber ganz konkrete Handlungsbereiche definiert werden, um Verantwortlichkeiten und Finanzierungsformen klar zu bestimmen. Martens und Hain (2002) schlagen vor, ganz pragmatisch vorzugehen und die Konsensbereiche der Millenniumsdeklaration – die acht Millenniumsziele – als globale öffentliche Güter zu definieren. Das wäre dann im Gesundheitsbereich „insbesondere der Schutz vor HIV/ AIDS und anderen schweren Infektionskrankheiten“ – mit dieser Entscheidung als Basis würde man dann die Systeme definieren, die es braucht um diese globalen öffentlichen Güter bereitzustellen (global public goods delivery systems).

Woodward und Smith (2003) hingegen gehen von der Annahme aus, dass Gesundheit per se kein öffentliches Gut sei. Zugleich weisen sie aber darauf hin, dass einige wichtige Bereiche der Gesundheit durchaus als öffentliche Güter gefasst werden können, weil sie sich besonders durch ihre potentielle transnationale Externalität bestimmen.

Der erste grosse Bereich ist die Prävention und Eindämmung von Infektionskrankheiten. Die Infektion bei einer Person zu verhindern ist von Vorteil sowohl für den einzelnen, für die Nation wie auch für das globale Umfeld als ganzes – die SARS-Epidemie hat dies deutlich gezeigt. Zugleich begrenzen Woodward und Smith den GPG Status nur auf jene Infektionskrankheiten, die sie als global erachten: HIV/AIDS, Tuberkulose, ausrottbare Krankheiten wie Polio und Anti Mikrobial resistente Krankheiten. Malariabekämpfung wäre nach dieser Definition kein Beitrag zur GPG.

Der zweite große Bereich mit GPG Qualität sind die ökonomischen Externalitäten. Eine hohe Krankheitslast beeinflusst die ökonomische Entwicklung – wie von der Kommission zur Makroökonomie und Gesundheit aufgezeigt – und beeinträchtigt so in ihrer kumulativen Wirkung die Entwicklung weit über den einzelnen Haushalt und auch das einzelne Land hinaus. Daraus leiten Woodward und Smith die Notwendigkeit der Armutsbekämpfung als globales öffentliches Gut ab. Es erscheint jedoch verkürzt, hier nur mit einer ökonomischen nicht auch mit einer werteorientierten Argumentation – wie bei Martens und Hain – vorzugehen.

Als dritten grossen Bereich kann man dann jene Systeme definieren, die es braucht um diese globalen öffentlichen Güter bereitzustellen. (global public goods delivery system). Das sind Wissen und Technologie, Gesundheitssysteme und regulative Systeme und Politikabsprachen. Sicherlich kann man in dieser Breite argumentieren - die globale Verflechtung hat gezeigt, dass Ausbrüche von Krankheiten fast jeder Art eine Gefährdung der nationalen, internationalen und humanen Sicherheit bedeuten können. Das bedeutet jedoch, eine Vielfalt von Maßnahmen, die von der bisherigen Entwicklungshilfe nicht wesentlich zu unterscheiden

sind nur in einen anderen argumentativen Zusammenhang zu stellen und als globales öffentliches Gut zu bezeichnen. Dafür kann man m.E. auch ohne diese Kategorie argumentieren.

Wichtiger und hilfreicher erscheint es mir den ganz klassischen Weg der öffentlichen Gesundheit einzuschlagen und auf die globale Ebene zu transferieren. Es geht um Gesundheitsschutz und -vorsorge sowohl der reichen wie der armen Länder in einer transnationalen Interdependenz. Es zeichnet sich ab, dass es dafür einer klaren Anzahl von Mechanismen bedarf, auf die sich alle Länder verpflichten z.B.:

- ein für all Staaten verpflichtendes Regelsystem
- ein internationales Überwachungs- und Meldesystem
- Medikamenten- und Impfstoffentwicklung, Bereitstellung und Lagerung
- ein verlässliches Netz von Labors und qualifiziertem Fachpersonal
- eine schnelle international versierte Einsatztruppe
- ein Kompensationssystem für ökonomische Verluste.

Sowohl die Überwachung wie die schnelle Reaktion müssen gewährleistet sein. Die internationalen Organisationen und die Vereinten Nationen gewinnen von daher eine neue Bedeutung. Durch das neue Internationale Gesundheitsreglement wird die Rolle der WHO in der globalen Gesundheitsüberwachung ausgedehnt und ihre Interventionsmacht im Kontext der internationalen Gesundheitsauflagen erweitert (Kickbusch, 2003).

Die Finanzierung globaler öffentlicher Güter

Die WHO-Mitgliedstaaten und der private Sektor müssen im Einklang mit internationalen Organisationen ein solches System bereitstellen und gemeinschaftlich finanzieren. Inge Kaul schlägt in ihren Überlegungen über globale öffentliche Güter deshalb vor, klar zwischen der Bereitstellung und Finanzierung globaler öffentlicher Güter und Entwicklungshilfe zu unterscheiden. Auf nationaler Ebene werden öffentliche Güter aus dem Staatshaushalt finanziert – auf der globalen Ebene ist dies komplizierter, da es ja keinen einzelnen zentralen globalen Handlungsträger gibt. Sicherlich kann argumentiert werden, dass durch gemeinsames Handeln und Investition in Krankheitsverhütung kurz und langfristig signifikante Summen eingespart werden – dies wird immer wieder in Hinblick auf die Ausrottung der Pocken und der Eindämmung der Kinderlähmung argumentiert. So könnten z.B. durch die Ausrottung der Kinderlähmung in den nächsten 40 Jahren Behandlungs- und Impfkosten in Höhe von ca. 33 Milliarden US Dollar eingespart werden (Stansfield et al., 2002).

Martens und Hain (2002) legen eine detaillierte Übersicht über die Finanzierungsmöglichkeiten globaler öffentlicher Güter vor. Die Hauptmechanismen sind die Internalisierung externer Effekte durch Marktlösungen, Steuern, Entgelte und Gebühren, die Mittel aus nationalen Budgets und die Mittel der internationalen Organisationen. Als Modell wird immer wieder die Globale Umweltfazilität (GEF) angeführt, besonders wegen der Parität zwischen reichen und armen Ländern in den Entscheidungsgremien der GEF. Derzeit wird auch mit einigen neuen Sonderfonds experimentiert, z.B. der globale Fonds zu AIDS, Tuberkulose und Malaria sowie einer Vielzahl neuer Allianzen, die im globalen Gesundheitsbereich entstanden sind. Viele davon werden von der Bill und Melinda Gates Foundation unterstützt. Diese neuen privaten Finanzquellen nehmen an Bedeutung zu.

Am wichtigsten ist es jedoch von vorneherein von unterschiedlichen Budgets der Entwicklungshilfe und für globale öffentliche Güter auszugehen. Dabei könnten separate Budgets für internationale Gemeinschaftsaufgaben eingerichtet werden – so zum Beispiel im Umweltministerium für die Gewährleistung der Biodiversität und im Gesundheitsministerium für die

internationale Krankheitsüberwachung. Diese Gelder werden lokal, national und international eingesetzt, weil es ja sowohl um bessere nationale Infrastrukturen geht – kein Land ist derzeit wirklich völlig auf eine globale Grippepandemie vorbereitet – wie um internationale Kooperation. (Kaul et al., 2002) Es geht auch um eine neue Form von Effizienz – denn Krisenbekämpfung ist teuer, im Sinne der menschlichen wie auch der finanziellen Kosten. Tatsächlich sollte die Koordinations- und Führungsrolle der zuständigen Fachorganisationen – wie der WHO – die Abwicklungskosten für Länder und für freiwillige Spender deutlich reduzieren.

Die Parallele zu den national staatlichen Budgets ist offensichtlich: Strassen werden nicht aus den Geldern für den Transfer von Sozialleistungen bezahlt. Von daher sollten die reichen Länder ganz klar unterscheiden welche Gelder im „internationalen Sozialetat“ sind – die Entwicklungshilfe – und welche für die Herstellung und Aufrechterhaltung globaler öffentlicher Güter eingesetzt werden sollen. Es könnten dann internationale „issue accounts“ eingerichtet werden, die wichtige Spezialbereiche abdecken, so z.B. ein globales Überwachungssystem für Infektionskrankheiten. Auch der globale private Sektor sollte zu diesen „issue accounts“ beitragen –z.B: durch eine Abgabe, die auf internationale Mobilität (Flugtickets u.a.m.) ausgerichtet ist. Der Finanzbedarf eines solchen Systems sollte klar abgeschätzt werden und durch verschiedene Finanzierungsquellen und – optionen abgedeckt werden.

Globale öffentliche Güter reflektieren auch die Werte einer globalen Gesellschaft

Amartya Sen (1999) hat immer darauf bestanden, dass ein Verständnis von Gesundheit als Wert ebenso wichtig ist, wie das utilitaristische Prinzip der Gesundheit als Mittel zur Entwicklung. Die Wertgrundlage von globalen Gesundheitsmaßnahmen ist zunehmend undeutlich und unklar geworden. Die Ausrichtung auf „Gesundheit für alle“ aus den 1980ern wird ersetzt durch eine Perspektive der Investierbarkeit in Gesundheit in den 1990ern, angeführt durch die Weltbank, welche das Paradigma der wirtschaftlichen Investition in das Zentrum der Gesundheitsdebatte gerückt hat. Seit dem Ende des Kalten Krieges ist „Gesundheit“ ein integraler Bestandteil der Reduzierung von Armut und der Strategien von sozialen Sicherungsnetzen in der internationalen Gemeinschaft geworden. Die neue Debatten über Gesundheit spiegeln sich in den Diskussionen um die Globalisierung, die Menschenrechte, die globalen öffentlichen Güter (GPGs) und schlussendlich eines globalen Sozialvertrags. Die Debatte um neue globale Finanzierungsmechanismen ist im Kern eine über die Werte: Nach welchem Prinzip sollte Wohlstand auf globaler Ebene geteilt werden? Was erkennen wir als gemeinsame globale Aufgabe an? Gesundheit als öffentliches Gut zu verstehen und zu diskutieren ist m.E. ein guter Anfang diesen großen Fragen näher zu kommen. Martens und Hain (Martens, et al. 2002) geben ein schönes Beispiel: auf national Ebene wird man selten die Kosten für Verkehrsschilder und Ampeln einsparen, aber dafür die höheren Kosten für Verkehrsunfälle in Kauf nehmen. Derzeit tun wir gerade dies noch auf der internationalen Ebene. Es könnte uns sehr teuer zu stehen kommen.