

Das Recht auf Gesundheit und soziale Sicherheit: Neue Formen der Zusammenarbeit – „Global Health Partnerships“

SONJA WEINREICH

Jedes Jahr erkranken weltweit 500 Millionen Menschen an Malaria, infizieren sich vier Millionen Menschen mit HIV und neun Millionen mit Tuberkulose. Jeden Tag sterben 28.000 Kinder unter fünf Jahren an Krankheiten, denen man vorbeugen kann oder die heilbar sind. 1400 Frauen sterben täglich an Komplikationen während ihrer Schwangerschaft, von denen die meisten zu verhindern wären. Um die Millennium-Entwicklungsziele zu erreichen, muss noch schneller und effektiver gehandelt werden. Die Suche nach neuen Ressourcen und nach verstärktem Engagement hat zu neuen Formen der internationalen Zusammenarbeit geführt: „Global Health Partnerships“ (GHPs; zu deutsch globale Gesundheits-Partnerschaften). Der Beitrag stellt diese neue Formen der Zusammenarbeit dar und diskutiert ihre Leistungen, Schwächen und Potentiale.

Seit einigen Jahren ist in Entwicklungsländern – vor allem in Afrika – ein besorgniserregender Trend zu beobachten. Während sich von etwa 1950 bis 1990 die Gesundheitssituation und Lebenserwartung in den Entwicklungsländern verbessert hatte, ist sie in Afrika südlich der Sahara in den letzten Jahren wieder drastisch zurückgegangen. Die hohe Krankheitslast wird durch Infektions- und Armutskrankheiten verursacht und durch unzureichend ausgestattete Gesundheitssysteme. Die Hauptursache für den Rückgang der Lebenserwartung ist die HIV/Aids Epidemie. Fortschritte bei der Gesundheit haben bei den Millennium-Entwicklungszielen einen hohen Stellenwert. Um diese zu erreichen, muss schneller und effektiver gehandelt werden, muss mehr Geld in den Gesundheitssektor fließen. Um dies zu realisieren, haben sich neue Formen der internationalen Zusammenarbeit etabliert, die „Global Health Partnerships“ (GHPs).

Neue Instrumente der Ressourcenmobilisierung

Im Gesundheitsbereich sind die dominante Form dieser neuen Instrumente die GHPs¹. Die Definition setzt sich folgendermaßen zusammen: „Global“ bezieht sich auf Gesundheitsprobleme, die über nationale Grenzen hinausgehen und die Aktivitäten auf globaler Ebene erfordern. „Partnerschaft“ ist definiert als „eine kollaborative Partnerschaft von mehreren Organisationen in der Verfolgung eines gemeinsamen Zieles“.² „Gesundheit“ wird nicht nur als ein passiver Zustand verstanden, der durch Abwesenheit von Krankheiten gekennzeichnet ist, sondern als ein aktiver Prozess, in dem Ein-

zelne, Gemeinschaften und Gesellschaften einen Zustand des Wohlbefindens schaffen und erhalten.³ Die bisherigen Akteure – die „traditionellen Geber“, Regierungen und Zusammenschlüsse von Regierungen – werden ergänzt durch nicht-staatliche Akteure: Dazu zählen der private Sektor, Stiftungen und Nichtregierungsorganisationen. Es gibt mehr als 80 GHPs. Viele davon sind relativ klein und spezialisiert. GHPs sind divers: Einige sind Finanzierungsinstrumente, andere dienen vorrangig der Advocacy-Arbeit und Strategiebildung. Alle haben sie das Ziel, das Thema Gesundheit beziehungsweise den Kampf gegen einzelne Krankheiten auf die internationale Agenda zu setzen und Ressourcen einzuwerben.

Mit dem Entstehen der GHPs ist auch „Global Governance for Health“ eng verknüpft. Dieses beschreibt nicht nur Aktionen von Regierungen, sondern auch die Strukturen und Prozesse, durch die die globalen Gesundheitsprobleme angegangen werden, also auch solche der nicht-staatlichen Akteure.⁴ Governance befasst sich vor allem mit folgenden Fragen: Wer entscheidet über globale Gesundheitsprobleme und Prioritäten und die Lösungen? Wie sind Verantwortlichkeit und Effizienz geregelt?

Der Globale Fonds

Der „Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria“ (GF)⁵ ist ein Finanzierungsinstrument und führt selbst keine Programme durch. Er wurde 2002 auf Initiative vom damaligen UN Generalsekretär Kofi Annan und den G8-Staaten und auf Beschluss der UN Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids gegründet, um zusätzliche Ressourcen zur

Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zu schaffen. Die drei Krankheiten fordern zusammen die meisten Todesfälle weltweit, etwa sechs Millionen jährlich. Bis August 2007 hat der GF 8,4 Milliarden US-Dollar für Programme in 136 Ländern zugesagt oder schon vergeben. Davon gingen 54 Prozent an Aids-, 17 Prozent an TB- und 24 Prozent an Malariaprojekte. Damit stellt der GF für Aids etwa 20 Prozent der global aufgewandten Ressourcen, für TB und Malaria bis zu 60 Prozent.

Der Globale Fonds hat einige innovative Ansätze umgesetzt: Auf der Governance Ebene (Vorstand) sind außer den Geberländern auch Empfängerländer, NRO, betroffene Gemeinden (*affected communities*), der private Sektor und Stiftungen vertreten. Der Globale Fonds hat den Anspruch, die betroffenen Länder selbst über ihre Programme entscheiden zu lassen (*country ownership*). Länder stellen Finanzierungsanträge, die auf der Basis ihrer technischen Eignung von einem internationalen Expertengremium angenommen oder abgelehnt werden. Koordinierungsgremien auf Länderebene (*Country Coordinating Mechanisms*; CCMs) stimmen die Antragstellung ab und überwachen die Durchführung der vom GF finanzierten Programme. Auf diesen CCMs müssen 40 Prozent der Sitze von NRO besetzt werden. Ab der Finanzierungsrunde 2008 soll ein Mechanismus greifen, der die Mittelvergabe an den nicht-staatlichen Sektor erleichtert. NRO und auch der Globale Fonds selbst empfehlen dies unter anderem deshalb, weil der Nicht-Regierungssektor bei der Durchführung der

1 Auch *Global Health Initiatives* usw. Die Bezeichnungen werden verschieden gebraucht und auch die Definitionen unterscheiden sich bzw. fehlen häufig ganz.

2 Nicolaus Lorenz: *Effectiveness of global health partnerships: will the past repeat itself?*, *Bulletin of the World Health Organisation*, July 2007, 85(7), S. 567.

3 Vgl. *European Foundation Centre 2006: European Perspectives on Global Health*, <http://www.etc.be/agenda/event.asp?EventID=4209>.

4 Governance bedeutet hier also wesentlich mehr als „Regierungsführung“.

5 <http://www.theglobalfund.org/en/>.

Programme tendenziell bessere Ergebnisse erzielt als die Regierungen selbst.⁶

Die GAVI Allianz

GAVI Allianz (früher: Globale Allianz für Impfungen und Immunisierung, *Global Alliance for Vaccines and Immunization*)⁷ ist ein Finanzierungsinstrument und versteht sich als öffentlich-private Partnerschaft (PPP), bestehend aus Regierungen von Entwicklungs- und Industrieländern, Forschungsinstituten, Herstellern von Impfstoffen, dem Kinderfonds der Vereinten Nationen (UNICEF), der Weltgesundheitsorganisation (WHO), NRO und der Bill und Melinda Gates Stiftung. Sie wurde 2000 gegründet, mit dem Ziel, Kindern in armen Ländern Zugang zu Impfungen zu verschaffen.⁸ Die Allianz hat durch den GAVI Fonds (in den Regierungen der Industrieländer und private Geber einzahlen) bis Dezember 2006 3,6 Milliarden US-Dollar erhalten und teilweise schon ausgezahlt. Durch die neue *International Finance Facility for Immunization* (IFFI), an der sich unter anderem Brasilien, Norwegen und Frankreich beteiligen, sollen bis 2016 vier Milliarden US-Dollar bereitgestellt werden.

STOP TB PARTNERSCHAFT UND ROLL BACK MALARIA (RBM)

Die Stop TB Partnerschaft⁹ wurde im Jahr 2000 gegründet. Sie ist ein Netzwerk von mehr als 500 internationalen Organisationen, mit der WHO als Leitorganisation, Regierungen, dem privaten Sektor und Nicht-Regierungsorganisationen. Die RBM Initiative¹⁰ wurde 1998 von WHO, UNICEF, dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) und der Weltbank gegründet. Die Stop TB Partnerschaft und RBM sind keine Finanzierungsinstrumente, sondern ihre Aufgaben sind Koordination, Advocacy, technische Unterstützung und Setzen von Standards.¹¹

Stiftungen und privater Sektor

Unternehmen beteiligen sich bisher nicht wesentlich an Ressourcen für globale Ge-

sundheit – beim Globalen Fonds bringen sie nur einen Bruchteil der Mittel auf. Die Rolle speziell der multinationalen pharmazeutischen Firmen bei der Bekämpfung der die Entwicklungsländer betreffenden Krankheiten wird von der Zivilgesellschaft scharf kritisiert, da sie mit ihrer Patent- und Preispolitik – bis auf Ausnahmen – den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten eher behindern als fördern. Die pharmazeutische Industrie hat wiederholt ihr Interesse an Medikamentenspenden artikuliert. Der Globale Fonds zieht finanzielle Beiträge vor und hat Medikamentenspenden bisher nicht akzeptiert, da sie nicht nachhaltig sind. Private Stiftungen, vor allem US-amerikanische, haben bedeutende Ressourcen für globale Gesundheit bereit gestellt. Die wichtigste ist die Bill und Melinda Gates Stiftung,¹² die durch ihr *Global Health Program* mehr als 6 Milliarden US-Dollar für globale Gesundheit ausgegeben hat, vor allem für Forschung und Implementierung von Programmen in einzelnen Ländern.

Wirkungen und Erfolge

Die Unterschiedlichkeit der GHPs erfordert eine differenzierte Betrachtung, die die verschiedenen Zielsetzungen und Arbeitsweisen berücksichtigt. GHPs haben eine Reihe von positiven Wirkungen erzielt:

- GHPs haben erhebliche neue Mittel für Gesundheit mobilisiert. Dadurch konnten mehr als zwei Millionen Menschen in Entwicklungsländern Zugang zu lebenserhaltender antiretroviraler Behandlung für Aids erhalten, das ist ein 20facher Anstieg in vier Jahren. Der Globale Fonds hat davon die Behandlung für 1,1 Millionen Menschen finanziert – außerdem wurden durch GF-finanzierte Programme 2,8 Millionen Menschen mit Tuberkulosebehandlung versorgt und 30 Millionen Familien erhielten Moskitonetze zur Malariaphylaxe. GAVI hat die Impfraten zum Teil wesentlich erhöht.¹³
- GHPs haben Aids, Malaria, Poliomyelitis und andere „vernachlässigte Krankheiten“ auf die internationale und auf

ationale politische Agenden gesetzt. Dies erhöht das Engagement und setzt weitere Ressourcen frei.

- Sie haben die zivilgesellschaftliche Beteiligung in der Governance der Institutionen, der Politikgestaltung und als Empfänger von Geldern verstärkt, wie dies bei „traditionellen“ Gebern, wie den Regierungen der Industrieländer, normalerweise nicht der Fall war und ist.
- Einige GHPs haben zur Strategie- und Politikgestaltung und der Koordination der Partneranstrengungen in der Entwicklungszusammenarbeit beigetragen. Dies gilt vor allem für die Initiativen mit Beteiligung von UN-Organisationen. Die Politiken unterliegen einer größeren inhaltlichen Mitbestimmung, gerade auch von zivilgesellschaftlicher Seite, als bei staatlichen Gebern.

Schwächen und Herausforderungen

Das rasche Wachstum der GHPs hat jedoch auch neue Bedenken und Probleme geschaffen oder verstärkt, die sich vor allem auf nationaler Ebene in den Entwicklungsländern auswirken. Die meisten dieser Probleme sind jedoch keine von den GHPs geschaffenen, da sie auch bei den traditionellen Gebern schon bestehen. Sie werden jedoch verstärkt. Teilweise sind diese Probleme von den GHPs erkannt und es gibt Initiativen, sie zu beheben. Wesentliche Herausforderungen sind:

6 Global Fund 2007: *An evolving partnership – The Global Fund and Civil Society*, http://www.theglobalfund.org/en/media_center/publications/evolvingpartnership/.

7 <http://www.gavialliance.org/>.

8 *GAVI Alliance Fact sheet* http://www.gavialliance.org/resources/FS_GAVI_Overview_Feb07_web_EN.pdf.

9 <http://www.stoptb.org/>.

10 <http://www.rbm.who.int/>.

11 WHO Bulletin, August 2007, Vol. 85, Nr. 8, <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/8/06-039529-ab/en/index.html>.

12 <http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/>.

13 The Lancet 2006, Sept 18, 368:1088, C. Lu et al: *Effect of the Global Alliance for Vaccines and Immunisation on diphtheria, tetanus, and Pertussis vaccine coverage: an independent assessment*, <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/0140-6736/PIIS0140673606693379.pdf>.

- Die GHPs sind in der Gefahr, die je eigenen Strukturen der Länder zu ignorieren und parallele Strukturen zu schaffen. Der Globale Fonds wurde häufig kritisiert, weil sein Koordinierungsmechanismus Verdoppelungen schafft und vorhandene Ressourcen umverteilt. In vielen Ländern jedoch haben die CCMs integrative Funktion und binden verschiedene Stakeholder – vor allem auch die Zivilgesellschaft – in die nationale Planung und Durchführung der Bekämpfung der Krankheiten ein.
- Die Koordination mit anderen Gebern ist häufig nicht ausreichend. So beklagte die Organisation Ärzte ohne Grenzen in 2006, dass die neuen Medikamente für Malariabehandlung nicht an Ort und Stelle ankommen, da *Roll Back Malaria* und die Geber nicht koordiniert handeln.¹⁴ Häufig entstehen so hohe Transaktionskosten für die Empfängerländer, weil sie mit verschiedenen GHPs und Gebern zu verhandeln haben.¹⁵
- Eine Studie der WHO kommt zu dem Schluss, dass die Erfolge bei der Verbesserung der Impfraten in Afrika – verglichen mit den eingesetzten Mitteln – nicht ausreichend sind. Große GHPs, wie die GAVI Allianz, haben zwar den Ressourcenfluss wesentlich erhöht, sie haben jedoch ihre eigenen Agenden und die Empfängerländer folgen diesen anstelle ihren eigenen.
- In armen Ländern gibt es durch den *brain drain* und die Vernachlässigung der Gesundheitssektoren einen eklatanten Mangel an Fachkräften und Infrastruktur. Ein wichtiges Ziel sollte daher die Bildung entsprechender Kapazitäten sein. Die GHP sind jedoch „krankheitsfokussiert“ und weniger an Förderung der Gesundheitsstrukturen interessiert. Der Globale Fonds fördert zwar Gesundheitssysteme bis zu einem gewissen Grad, wenn sie der Bekämpfung von HIV/Aids, TB oder Malaria dienen. Da die Stärkung der Gesundheitssysteme als ein wichtiges Ziel erkannt wird, will der Globale Fonds in 2007

Lösungen hierfür finden. Daneben gibt es Ansätze, die Zivilgesellschaft als Empfänger zu stärken.

- Geber neigen dazu, sich nach anfänglichen Erfolgen (oder Misserfolgen) aus der Finanzierung von Gesundheit zurückziehen. Die Schaffung und Erhaltung von Gesundheit allein aus eigenen Mitteln ist jedoch für die Entwicklungsländer nicht möglich. Sie benötigen verlässliche und vorhersagbare Ressourcen und technische Unterstützung der internationalen Gemeinschaft. Der Globale Fonds trägt dem Rechnung, in dem er in Zukunft seine Zuwendungen verstärkt in nationale Strategien eingebunden werden, nicht nur wie bisher in spezifische Programme.¹⁶

Herausforderungen für die Zivilgesellschaft

Die GHPs, vor allem der Globale Fonds, eröffnen neue Möglichkeiten der Partizipation der Zivilgesellschaft – von betroffenen Menschen und ihren Organisationen sowie von nationalen und internationalen NRO. Gerade die Aids-Epidemie hat der Zivilgesellschaft indirekt größere Bedeutung zukommen lassen, weil in der Gesundheitsarbeit das Prinzip der „bedeutungsvollen Partizipation von Menschen, die mit HIV und Aids leben“ mittlerweile allgemein anerkannt wird. Damit entstehen neue partizipatorische Modelle von Global Governance. Dies wird jedoch unterschiedlich umgesetzt. So ist die Zivilgesellschaft bei UNAIDS als einziger UN-Organisation im Vorstand vertreten, allerdings ohne Stimmrecht. Die neuen Partizipationsformen machen auch einen neuen Diskurs innerhalb der zivilgesellschaftlichen Organisationen notwendig: Wie muss auf die neuen Herausforderungen reagiert werden und wie können sie sich umfassend und effektiv einbringen?

Obwohl die GHPs neue Ressourcen erschlossen haben, decken sie den Bedarf für globale Gesundheit nicht. Allein für die Bekämpfung von Aids in den Ländern mit nie-

drigem und mittlerem Einkommen fehlen von den für 2007 benötigten 18 Milliarden US-Dollar acht Milliarden. Die Geberländer werden in einer von der Bundesregierung im September 2007 geplanten Geberkonferenz aufgefordert, Zahlungsverpflichtungen für die nächsten Jahre einzugehen. Das „Aktionsbündnis gegen AIDS“ – ein Zusammenschluss von mehr als 100 deutschen NRO und 270 Basisgruppen – betrachtet den Globale Fonds als ein wichtiges Finanzierungsinstrument und hat von der Bundesregierung seit Jahren gefordert, sich adäquat an der Ressourcenausstattung des Globalen Fonds zu beteiligen und begrüßt das verstärkte Engagement der Bundesregierung

NRO fordern, dass die Zivilgesellschaft auf allen Ebenen, vor allem auch auf Governance-Ebene der GHP – und darüber hinaus auch bei den traditionellen Gebern, adäquat repräsentiert ist. Das Aktionsbündnis gegen AIDS und andere NRO erkennen die schon bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der Zivilgesellschaft beim Globalen Fonds an, möchten diese jedoch in allen Bereichen auch tatsächlich umgesetzt sehen. NRO haben eine entscheidende Funktion, wenn es darum geht, die Akteure zu überwachen und Verantwortlichkeit und Transparenz einzufordern. Der Globale Fonds veröffentlicht schon jetzt alle Anträge und Informationen zu lokalen Strukturen auf seiner Website. Derartige Prinzipien müssen auch auf andere „traditionelle“ Geber ausgeweitet werden. Zivilgesellschaft hat außerdem eine entscheidende und zunehmende Bedeutung als Empfänger von Mitteln der Entwicklungszusammenarbeit. Dazu benötigen die NRO Kapazitätsbildung und technische Unter-

14 MSF Pressemitteilung: *Malaria still kills needlessly in Africa*, April 2006: <http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?component=pressrelease&objectid=BAFCEEAG-D4A6-9319-419A4692F1C97DFC&method=full.html>.

15 *High Level Forum on the Health MDGs: Best practice principles for global health partnership activities at country level*.

16 Globaler Fonds 2007: <http://www.theglobalfund.org/en/about/board/fifteenth/>.

stützung. Zivilgesellschaft leistet den wesentlichen Beitrag, dass verletzte Gruppen wie Frauen, Migranten und Minderheiten Zugang zu Gesundheitsversorgung erhalten. So hat der Globale Fonds den Anspruch, dass „Menschen die mit den Krankheiten leben“ auf der globalen und der nationalen Governance Ebene beteiligt sind. Dies war von der Zivilgesellschaft eingefordert worden und muss noch weiter umgesetzt werden.

Das Recht auf soziale Sicherheit und Gesundheit verwirklichen

Durch Schaffung und Erhaltung von Gesundheit wird auch das Recht auf soziale Sicherheit gefördert. Vielen Menschen fehlen die Voraussetzungen, die für den Erhalt von Gesundheit notwendig sind, wie Ernährung, Zugang zu sauberem Wasser, gesundes Wohnen, eine gewaltfreie Umwelt und soziale Grunddienste. GHPs tragen durch Vergabe von Mitteln an die Entwicklungsländer, durch Mobilisierung von zusätzlichen Ressourcen und die Aufmerksamkeit, die die Gesundheitsprobleme international gewinnen, zur Förderung des Rechts auf Gesundheit und sozialer Sicherheit bei. Durch Finanzierung von Programmen reduzieren sich die Ausgaben für Gesundheit, da etwa Medikamente im Rahmen der Programme finanziert werden und sie an die Betroffenen kostenlos abgegeben werden können. Damit erhöht sich der Zugang zu Medikamenten und der Gesundheitsstatus der Menschen verbessert sich.

GHPs können auch zur Verhinderung von Gesundheitsausgaben in Notlagen beitragen: Denn im Falle von Krankheit sind viele Haushalte dazu gezwungen, Ersparnis und Land zu verkaufen und sich zu verschulden. Dazu wäre auch die flächendeckende Einführung von Kranken- und anderen Versicherungen, wie im Artikel 9 des Paktes zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten (WSK-Pakt) gefordert, ein wichtiger Schritt. Der Globale Fonds hat solche Programme etwa in Ruanda finanziert.

Damit GHPs ihre Aufgaben auf nachhaltige und Gerechtigkeit fördernde Weise erfüllen können, müssen weitere Bedingungen gewährleistet sein. Die GHPs, deren Kernaufgabe die Koordination ist, sind unterfinanziert und können daher ihre Ziele oft nicht erreichen. Grundsätzlich müssen die GHPs zusätzliche Gelder freimachen, es darf nicht zu einem Rückzug der staatlichen Geber aus der Finanzierung von globaler Gesundheit kommen.¹⁷ Nicht nur infektiöse Krankheiten müssen global angegangen werden, sondern auch die neuen Herausforderungen der armen Länder: nicht-infektiöse Krankheiten, wie Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Krankheiten durch Unfälle und Gewalt sowie die Verbesserung der Gesundheitssysteme. Gesundheit sollte als Teil von Entwicklung und Wohlbefinden und nicht als isoliertes Problem gesehen werden. So ist erwiesen, dass die Schulbildung von Mädchen eine der stärksten Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist. Umgekehrt sind Gesellschaften mit hohen Krankheitsraten und vielen Menschen, die krankheitsbedingt vorzeitig sterben, in ihrer Entwicklung erheblich beeinträchtigt.

Gesundheit ist ein Menschenrecht, eine Schlüsseldimension sozialer Sicherheit und von Entwicklung und darüber hinaus ein öffentliches Gut. Gesundheitsförderung darf daher nicht von „freiwilliger Entwicklungshilfe“ bestimmt werden, sondern muss auf der Grundlage der Finanzierung von globalen öffentlichen Gütern (*global public goods*) geschehen. Damit wäre die Finanzierung für die armen Länder vorhersagbar und nachhaltig.

Dazu ist eine größere Kohärenz politischen Handelns erforderlich. Die Regierungspolitiken dürfen der Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit nicht widersprechen. Um erhöhten Zugang zu essenziellen Medikamenten zu erreichen, müssen Staaten einen Rahmen schaffen, der diesen Zugang gewährleistet. Dazu ist vor allem eine entsprechende Ausgestaltung der Patentregelungen der Welthandelsorganisation (WTO) nötig. Zudem muss der

Einfluss der multinationalen pharmazeutischen Firmen begrenzt werden, deren Preis- und Patentpolitik dem Menschenrecht auf Gesundheit oft entgegenstehen. Migration von Gesundheitsfachkräften nach Europa und Nordamerika hat erheblich zur Schwächung des Gesundheitswesens in den armen Ländern beigetragen. So argumentiert auch der im Entwurf vorliegende Kommentar des Komitees für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen im Bezug auf Artikel 9 des WSK-Pakts zum Recht auf soziale Sicherheit: Die Einbeziehung der Menschenrechtsprinzipien in die Politiken und Praktiken der internationalen Organisationen würde die Verwirklichung des Rechts auf soziale Sicherheit sehr fördern.¹⁸

Nicht-staatliche Entwicklungshilfe, von Kirchen und nicht-kirchlichen Organisationen, unterstützt zivilgesellschaftliche Partner in den Entwicklungsländern. Staatliche Entwicklungszusammenarbeit wendet sich jedoch meist an andere Regierungen, und auf deren Politiken haben die zivilgesellschaftlichen Organisationen nur einen sehr begrenzten Einfluss. Im Gegensatz zu den staatlichen Gebern verwirklichen die GHPs, ein weitreichenderes Modell der Partizipation von Zivilgesellschaft. Dies gilt es zu nutzen und auszubauen.

Dr. Sonja Weinreich ist Ärztin und Sozialwissenschaftlerin, langjährige Tätigkeiten im In- und Ausland im Gesundheitssektor, v.a. im Bereich HIV/Aids. Sie arbeitet derzeit für den EED als Beraterin für Lobby- und Advocacyarbeit zum Thema Gesundheit.

¹⁷ Vgl. Jens Martens: *Multistakeholder Partnerships – Future Models of Multilateralism?* 2007, in *Dialogue on Globalization*, http://www.globalpolicy.org/eu/en/publ/martens_multistakeholder_partnerships_online_version.pdf.

¹⁸ *General Comment Nr. 20: The right to Social Security (Art. 9), Committee on Economic, Social and Cultural Rights.*