

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
Positionspapier

Das Globale Gesundheitspolitikkonzept der Bundesregierung

beschlossen am 27. 04. 2014 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Düsseldorf

zuletzt geändert am 2.07.2017 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Hamburg.

Zusammenfassung:

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) begrüßt die Veröffentlichung des Konzeptpapiers Globale Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Wir unterstützen den menschenrechtsbasierten Ansatz, den Fokus auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und den Grundsatz, Gesundheit als Querschnittsziel in allen Politikbereichen zu berücksichtigen. Wir erkennen die Anstrengungen der Bundesregierung an, Themen globaler Gesundheit vermehrt Beachtung zu schenken. Allerdings hat die Bundesregierung verschiedenen, aus Sicht der bvmd, wichtigen Aspekten bislang unzureichend Aufmerksamkeit geschenkt. Wir fordern die Bundesregierung daher auf, zu den folgenden Themen Stellung zu beziehen und vermehrt Engagement zu zeigen:

- I. Lehre und Forschung zu globaler Gesundheit in Deutschland
- II. Die Reform der WHO und anderer Institutionen globaler Gesundheitspolitik
- III. Internationale Auswirkungen nationaler gesundheitspolitischer Entscheidungen
- IV. Mögliche Zielkonflikte zwischen Außenwirtschaftspolitik und globaler Gesundheit
- V. Internationale Kooperationen bei der Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten
- VI. Die Verbesserung von Kohärenz und Transparenz der deutschen Gesundheitsaußenpolitik

bvmd-Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30)9560020-3
Fax +49 (30)9560020-6
Home bvmd.de
Email buero@bvmd.de

Vorstand

Christian Kraef	(Münster)
Luise Schäfer	(Kiel)
Christopher Schürmann	(Hannover)
Caroline Rump	(Düsseldorf)
Julian Gehrenkemper	(Aachen)
Hendrik Napierala	(Berlin)
Svenja Schulte	(Aachen)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein.
(Vertragsregister Aachen VR 4336)
Sitz und Gerichtsstand ist Aachen.

Einleitung:

Im Juli 2013 legte die Bundesregierung erstmalig eine ressortübergreifende Strategie zur globalen Gesundheitspolitik vor. Unter dem Titel „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ werden auf knapp 50 Seiten das Wertefundament, grundlegende Prinzipien, bisherige Aktivitäten und aktuelle Schwerpunkte des deutschen Beitrags zur globalen Gesundheit dargestellt.

Die bvmd begrüßt das Bemühen der Bundesregierung, globaler Gesundheit vermehrt Beachtung zu schenken. Wir unterstützen das im Konzeptpapier dargestellte Wertefundament, welches Gesundheit als universelles Menschenrecht versteht, auf dessen Schutz alle Menschen gleichermaßen Anspruch haben. Wir befürworten den Ansatz der Bundesregierung, neben biomedizinischen Faktoren die sozialen, ökonomischen, kulturellen und politischen Determinanten von Gesundheit in den Blick zu nehmen, und Gesundheit als Querschnittsziel zu definieren, welches Anstrengungen auch in vielen Bereichen außerhalb der klassischen Gesundheitspolitik erfordert.

Mit diesen normativen und konzeptionellen Festlegungen hat die Bundesregierung das Fundament für ein angemessenes und begrüßenswertes Verständnis von globaler Gesundheit gelegt. Das Konzeptpapier der Bundesregierung dokumentiert auch tatsächlich positive Ansätze konkreter Politikgestaltung, wobei jedoch auch wichtige Leerstellen bleiben.

2. Lehre und Forschung zu Globaler Gesundheit in Deutschland

Die bvmd begrüßt das Engagement der Bundesregierung für Forschung und Entwicklung zu armutsassoziierten und vernachlässigten Krankheiten.^{1,2} Dieses hat auch die Möglichkeiten von Medizinstudierenden in Deutschland gestärkt, mit ihrer wissenschaftlichen Arbeit zur Lösung globaler Gesundheitsprobleme beizutragen.² Bei der Weiterentwicklung des Förderkonzepts „Vernachlässigte und Armutsassoziierte Krankheiten“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sollten jedoch stärker als bisher Anreize gesetzt werden, um Forschenden die Möglichkeit zu geben ihre Fachexpertise in ausgezeichneter Lehre an Studierende weiter zu geben.

Globale Gesundheit geht über biomedizinische und pharmazeutische Forschung hinaus.³⁻⁵ Zwar betont die Bundesregierung die sozialen Determinanten von Gesundheit, und erwähnt Auswirkungen der Globalisierung auf die Gesundheit. Ein solches interdisziplinäres Verständnis von *Global Health* ist im angelsächsischen Raum bereits fest etabliert.⁵⁻⁸ Dennoch ist in Deutschland darauf aufbauende Lehre und Forschung bislang unterrepräsentiert. Dies erschwert den Medizinstudierenden in Deutschland die Vorbereitung auf zentrale medizinische und gesundheitspolitische Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.⁹⁻¹¹ Um eine longitudinale Integration von Globaler Gesundheit in die medizinische Ausbildung zu erreichen, ist es wichtig, dass Aspekte von Globaler Gesundheit explizit in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) aufgenommen werden.

Aus studentischer Perspektive hat daher höchste Priorität, auch in Deutschland eine international wettbewerbsfähige, interdisziplinär ausgerichtete Forschung zu globaler Gesundheit zu etablieren. Dazu zählt auch die Einrichtung von Lehrstühlen für *Global Health* an ausgewählten Universitäten, wie dies international schon lange üblich ist, die Einrichtung einer Fachgesellschaft, eines Forschungsverbundes oder eines Zentrums für Global Health.⁸ Dies würde die Grundlage für qualitativ hochwertige Lehre zu diesem Thema schaffen. Diese Institutionen sollten standortunabhängige, strukturierte Fort- und Weiterbildungsprogramme im Bereich der Globalen Gesundheit anbieten, die auch schon parallel zum Studium begonnen werden können.

In den bestehenden Querschnittsbereichen 1 (Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik) und 3 (Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliches Gesundheitswesen) sollten internationale Aspekte entsprechend der Bedeutung berücksichtigt werden, die sie im Zuge der Globalisierung in der Realität der Gesundheitsvorsorge und -versorgung erlangt haben. Dies kann durch die explizite

Nennung globaler Gesundheit als mögliches Prüfungsthema für Wahlpflichtfächer in Anlage 15 (zu § 28 Absatz 3 Satz 2) der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO 2002) unterstrichen werden.¹² Die Zahl der Unterrichtsstunden und der Gesamtumfang der bereits hohen Lern- und Prüfungsanforderungen dürfen hierdurch nicht weiter steigen. Für Studierende mit weitergehendem Interesse sollten Wahlfächer zu globaler Gesundheit angeboten werden. Das Fachgebiet Global Health sollte daher in Anlage 3 (zu § 2 Abs. 8 Satz 2) der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO 2002) ausdrücklich als mögliches Wahlpflichtfach für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung genannt werden.¹² Um den Dimensionen des Themas globale Gesundheit gerecht zu werden, die u.a. Aspekte von individuellen und gesellschaftlichen Verhaltensweisen, von Ökonomie, Politik und Recht umfassen, ist es nötig, diese Interdisziplinarität auch durch eine Förderung von gesundheitsbezogener Forschung und Lehre in anderen Fachdisziplinen als der Medizin zu fördern.

Es ist darüberhinaus erstrebenswert, dass die Bundesregierung insgesamt das Bewusstsein in der Bevölkerung stärkt, dass Gesundheit nicht nur ein Thema der medizinischen Versorgung ist, sondern weitere gesellschaftliche, politische und ökonomische Felder umfasst.

3. Die Reform der WHO und anderer Institutionen globaler Gesundheitspolitik

Die bvmd unterstützt das Engagement der Bundesregierung für die Reform der Weltgesundheitsorganisation (WHO).^{1,13} Die WHO ist die wichtigste normsetzende Institution der internationalen Gesundheitspolitik, ihre Regeln und Standards haben entscheidenden Einfluss auf die klinische Praxis und die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. Daher ist es auch für angehende Mediziner von Interesse, dass die WHO den Herausforderungen globaler Gesundheitsvorsorge gewachsen bleibt, sie ihre Regelungsmacht transparent ausübt und der Öffentlichkeit rechenschaftspflichtig bleibt. Diese Anforderungen sind die Grundlage für den allgemein anerkannten Reformbedarf der WHO.^{14,15} In Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung der deutschen Reformbemühungen nennt das Konzeptpapier unterstützenswerte Grundsätze und Ziele.¹ Diese sollten zügig umgesetzt und zu einem umfassenden und konkreten Leitbild entwickelt und öffentlich dokumentiert werden, um eine Diskussion in Wissenschaft und interessierter Fachöffentlichkeit zu ermöglichen.

Wir begrüßen, dass die Bundesregierung bei ihrem verstärkten Engagement in der internationalen Gesundheitspolitik nicht nur auf traditionelle bi- und multilaterale Akteure wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Gesellschaft für Internationale

Zusammenarbeit (GIZ) setzt, sondern auch neue Finanzierungs- und Implementierungsorgane wie den Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM bzw. Global Fund) und die Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI Alliance) miteinbezieht.¹ Wir befürworten die Entscheidung der neu gewählten Bundesregierung, den Global Fund weiterhin zu unterstützen.¹⁶ Angesichts der im internationalen Vergleich immer noch niedrigen Beiträge Deutschlands befürworten wir eine weitere Erhöhung der deutschen Beiträge zum Global Fund und der GAVI Alliance. Weiter begrüßen wir die bisherigen Reformbemühungen der Bundesregierung hinsichtlich der Effektivität und Transparenz des Global Fund. Wir fordern die Bundesregierung jedoch auf, insbesondere auch von der GAVI Alliance verbesserte Transparenz und einen proaktiveren Umgang mit möglichen Interessenkonflikten ihrer Entscheidungsträger einzufordern, und konkrete Schritte in diese Richtung öffentlich zu dokumentieren.

4. Internationale Auswirkungen nationaler gesundheitspolitischer Entscheidungen

Die systematische Berücksichtigung von Auswirkungen nationaler gesundheitspolitischer Entscheidungen auf die Gesundheitssituation anderer Länder ist ein zentraler Aspekt globaler Gesundheitspolitik. Im Konzeptpapier der Bundesregierung bleibt dieser jedoch unerwähnt. Dies gilt z.B. für die staatliche Regulierung von Arzneimittelpreisen, die auch den Zugang zu Medikamenten in anderen Ländern beeinflussen kann.¹⁷⁻¹⁹ 2011 wurde in Deutschland ein System externer Referenzpreissetzung eingeführt.^{20,21} Seitdem wird bei der Preissetzung von neuen Medikamenten der Abgabepreis in anderen Ländern berücksichtigt, einschließlich solchen mit niedrigeren Einkommen.²² Eine solche Preissetzungspolitik kann pharmazeutische Unternehmen davon abhalten, Medikamente in Ländern mit niedrigeren Einkommen günstiger anzubieten, da dies über das System externer Referenzpreissetzung automatische Preisreduktionen in Ländern mit höheren Einkommen, in diesem Fall Deutschland, zur Folge haben.¹⁷⁻¹⁹ Eine solche Preisdifferenzierung ist jedoch wünschenswert, da sie auch Patienten in Ländern mit niedrigeren Einkommen Zugang zu innovativen Arzneimitteln verschafft und sie zugleich entsprechend ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten an den Entwicklungskosten neuer Medikamente beteiligt.^{18,19} Auch nach den verschiedenen, zuletzt im März 2014 erfolgten Reformen des Preissetzungsverfahrens ist eine Nutzung externer Referenzpreissetzung in Deutschland weiterhin möglich.²³ Die bvmd fordert dass bei der Preissetzung von Medikamenten keine Verfahren genutzt werden, welche den Zugang zu Medikamenten in Ländern mit niedrigeren Einkommen als Deutschland gefährden. Dies sollte durch eine Änderung von § 130b SGB V gesetzlich klar gestellt werden. Die stattdessen zu nutzenden Kriterien für die Preisfindung sollten öffentlich dokumentiert werden.

5. Mögliche Zielkonflikte zwischen Außenwirtschaftspolitik und globaler Gesundheit

Die Bundesregierung sieht in den Leistungen der deutschen Gesundheitswirtschaft einen wichtigen Beitrag Deutschlands zur Weltgesundheit.¹ Die *Exportinitiative Gesundheitswirtschaft* des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) unterstützt Unternehmen deshalb bei Export und Auslandsinvestitionen.²⁴ Über die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen wird aktuell in der Doha-Runde der Welthandelsorganisation (WTO) verhandelt, ebenso wie in den Verhandlungen des Freihandelsabkommens zwischen der EU und Indien. Dabei spielen auch gesundheitsrelevante Themen eine Rolle: die Handhabung von Patentschutzfragen, u.a. im Bereich pharmazeutischer Produkte;^{18,25} Handelsliberalisierungen im Dienstleistungssektor einschließlich des Gesundheitssektors;²⁵ sowie die Frage, wie Konflikte zwischen Handels- und Investitionsschutzabkommen und Maßnahmen öffentlicher Gesundheit gehandhabt werden.²⁵ Letztere Frage steht z.B. im Mittelpunkt eines aktuellen Streitschlichtungsverfahrens der WTO, das Indonesien gegen die Zigarettenverpackungsvorschriften Australiens angestrengt hat.²⁶

In ihrem Konzeptpapier trifft die Bundesregierung keine konkreten Aussagen dazu, welche Prinzipien und Prioritäten sie bei der Weiterentwicklung des globalen Wirtschaftsrechts verfolgt. Dies sollte baldmöglichst nachgeholt werden. Die Bundesregierung sollte dabei ihre im Grundsatz gefällte Wertentscheidung berücksichtigen, dass Gesundheit ein universelles Menschenrecht ist, dessen Erfüllung für alle Menschen weltweit anzustreben ist. Dies beinhaltet nach Meinung der bvmd konkret auch, dass Staaten zum Wohle der Gesundheit der eigenen Bevölkerung im Einzelfall zur Einführung von Marktbeschränkungen (wie beispielsweise Steuern, Kennzeichnungspflichten oder Werbeverböten) legitimiert sind, ohne Sanktionierungen fürchten zu müssen.

Weiter sollte sie berücksichtigen, dass Gesundheit für alle nur im Kontext einer nachhaltigen, sozial ausgeglichenen wirtschaftlichen Entwicklung in Ländern mit mittleren und niedrigen Einkommen realisierbar ist. Daher sollten günstige Rahmenbedingungen für diese geschaffen werden. Wie diesem Ziel am besten gedient ist kann nur im Einzelfall auf Grundlage der jeweils besten wissenschaftlichen Evidenz entschieden werden. Sofern Zielkonflikte zwischen den grundsätzlich legitimen Gewinninteressen deutscher Unternehmen und der Gesundheitsvorsorge und -versorgung der betroffenen Länder bestehen so ist letzter Priorität einzuräumen. Gesundheit als universelles Menschenrecht zu begreifen bedeutet auch, dass es in der Gesundheitsaußenpolitik um mehr gehen muss als um Exportförderung und dem strategischen Aufbau weltpolitischer *soft power*.

6. Internationale Kooperationen bei der Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten

Die Eindämmung vermeidbarer Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten zählt zu den größten Herausforderungen der globalen Gesundheitspolitik der kommenden Jahrzehnte,^{11,27} und wird auch als einer der Schwerpunkte deutscher Gesundheitsaußenpolitik genannt.¹ Mit der zügigen Ratifizierung der Tabakrahmenkonvention der WHO hat sich Deutschland hier auch tatsächlich als Vorreiter hervorgetan.

Auch die Deklaration der UN-Generalversammlung zur Prävention und Kontrolle nicht-übertragbarer Krankheiten vom Januar 2012²⁸ und der entsprechende Globale Aktionsplan der WHO²⁹ vom Mai 2013 werden von der Bundesregierung unterstützt. Im Rahmen der WHO sowie in der Fachöffentlichkeit werden bezüglich der Weiterentwicklung der genannten Initiativen verschiedene Fragen diskutiert, darunter u.a. die Möglichkeit nach dem Vorbild der Tabakrahmenkonvention eine WHO-Rahmenkonvention für die Prävention und Kontrolle nicht-übertragbarer Krankheiten zu verhandeln.^{30,31} Ungeklärt ist auch die Frage, welche Rolle Fragen des Zugangs zu Medikamenten für nicht-übertragbare Krankheiten in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen spielen sollen,^{32,33} und ob Regelungen zu Konflikten zwischen gesundheitspolitischen Maßnahmen und internationalen Wirtschaftsabkommen getroffen werden sollen.^{25,34,35}

Die WHO-Tabakrahmenkonvention hat gezeigt, dass internationale Abkommen einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven und evidenzbasierten Gesundheitspolitik leisten können.³¹ Die bvmd fordert die Bundesregierung daher auf, sich im Rahmen der WHO aktiv und konstruktiv in die Debatte um die Weiterentwicklung des Globalen Aktionsplans einzubringen, und öffentlich zu den genannten Fragen Stellung zu beziehen.

7. Kohärenz und Transparenz in der deutschen Gesundheitsaußenpolitik

Die bvmd begrüßt die Anstrengungen der Bundesregierung, Kohärenz und Transparenz in der deutschen Gesundheitsaußenpolitik zu verbessern, und erkennt die bisherigen Erfolge an. Insbesondere begrüßen wir, dass erstmals eine interministerielle Arbeitsgruppe zu Globaler Gesundheit eingerichtet wurde. Doch sind weitere Schritte nötig. Sinnvoll erscheint die Institutionalisierung der bisher nur ad-hoc bestehenden interministeriellen Arbeitsgruppe, um innerhalb der Regierung ein festes Forum für globale Gesundheitspolitik zu schaffen. In diesem sollten alle Themen mit Bezug zu globaler Gesundheit unter Beteiligung aller betroffenen Ministerien diskutiert werden. Bei wichtigen Themen sollten unabhängige wissenschaftliche Sachverständige herangezogen und Konsultationen mit Wirtschaft und Zivilgesellschaft durchgeführt werden. Ein dafür zuständiges Sekretariat sollte über alle Aktivitäten und Positionierungen der Bundesregierung zu Themen globaler Gesundheit öffentlich, regelmäßig und detailliert informieren, einschließlich der Positionen und des Abstimmungsverhaltens der deutschen Delegation bei der WHO.

8. Fazit

Mit ihrem Konzeptpapier „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung übernehmen“ hat die Bundesregierung das Fundament für ein unterstützenswertes und der Thematik angemessenes Verständnis von globaler Gesundheit gelegt. Von diesem ausgehend dokumentiert das Konzeptpapier der Bundesregierung positive Ansätze konkreter Politikgestaltung. Zu diesen zählen insbesondere die Förderung von Forschung und Entwicklung zu armutsassoziierten und vernachlässigten Krankheiten; der Einsatz für die Reform der WHO; die Förderung von multilateralen Initiativen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten; die Unterstützung und Umsetzung der Tabakrahmenkonvention der WHO, und die Unterstützung des Globalen Aktionsplans zur Prävention und Kontrolle nicht-übertragbarer Krankheiten.

Aufbauend auf diesen positiven Ansätzen sind weitere Schritte von zentraler Bedeutung, damit die Bundesregierung ihrem Anspruch gerecht werden kann, globale Gesundheit in ihrer Politik konsequent und konsistent zu berücksichtigen.

Wir fordern die Bundesregierung insbesondere auf, konkrete Maßnahmen zu ergreifen für die Förderung von international wettbewerbsfähiger Forschung und Lehre zu Globaler Gesundheit in Deutschland, aufbauend auf einem weiten, interdisziplinären Verständnis von *Global Health*.

Wir fordern die Bundesregierung zudem auf, eine deutlich verbesserte Transparenz des deutschen Regierungshandelns im Bereich globaler Gesundheitspolitik sicherzustellen. Dazu zählt insbesondere die öffentliche, reguläre und detaillierte Dokumentation von Positionen, Prinzipien, Zielsetzungen und Beiträgen der Bundesregierung zu nationalen und internationalen politischen Prozessen und Debatten mit Bezug zu globaler Gesundheit.

Weiter fordern wir die Bundesregierung auf, mögliche gesundheitsrelevante Auswirkungen politischer Entscheidungen auch in anderen Politikbereichen konsequenter zu berücksichtigen, und entsprechende Maßnahmen öffentlich zu dokumentieren. Dazu zählen insbesondere politische Entscheidungen im Bereich der Außenwirtschaftspolitik (u.a. die inhaltliche Ausgestaltung internationaler Handel-, Investitions- und Patentschutzabkommen) und der nationalen Gesundheitspolitik (u.a. bei der Preisregulierung pharmazeutischer Produkte).

Quellenangaben:

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Konzept der Bundesregierung: Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013.
2. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Förderkonzept Vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2011.
3. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health: World Health Organization, 2008.
4. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet* 2014; **383**(9917): 630-67.
5. Kickbusch IL. Gutachten: die Positionierung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik. Ansätze für eine Nationale Globale Gesundheitsstrategie (NGGS): Bundesministerium für Gesundheit, 2013.
6. Bateman C, Baker T, Hoornenborg E, et al. Bringing global issues to medical teaching. *The Lancet* 2001; **358**(9292): 1539-42.
7. Low N, Lawlor D, Egger M, et al. Global issues in medical education. *The Lancet* 2002; **359**(9307): 713-4.
8. Rowson M, Smith A, Hughes R, et al. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Globalization and Health* 2012; **8**(1): 35.
9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; **376**(9756): 1923-58.
10. Bozorgmehr KL, Meißner T, Menzel-Severing J, et al. Lehre am Puls der Zeit. Global Health in der medizinischen Ausbildung: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) - German Medical Students' Association, 2009.
11. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet* 2013; **382**(9908): 1898-955.
12. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist. In: Gesundheit Bfr, 2013.

13. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) et Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Deutschland unterstützt die Reform der Weltgesundheitsorganisation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; 2012.
14. Cassels A, Smith I et Burci GL. Reforming WHO: the art of the possible. *Public health* 2014; **128**(2): 202-4.
15. Lee K et Pang T. WHO: retirement or reinvention? *Public health* 2014; **128**(2): 119-23.
16. Bundesregierung D. Globaler Fonds - Epidemien weiter eindämmen. 2013. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2013/12/2013-12-01-ez-welt-aids-tag.html> (accessed 01.04.2014).
17. Espin JR et Olry de Labry A. Working Paper 1: External Reference Pricing: WHO HAI, 2011.
18. Tirole J. Intellectual Property and Health in Developing Countries. Understanding Poverty. New York: Oxford University Press; 2006.
19. Yadav P. Differential Pricing for Pharmaceuticals. Review of current knowledge, new findings and ideas for action: U.K. Department for International Development (DFID), 2010.
20. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG): Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2011.
21. Cassel D. Herstellerabgabepreise auf europäischen Arzneimittelmärkten als Erstattungsrahmen in der GKV - Arzneimittelversorgung. Zur Problematik des Konzepts internationaler Vergleichspreise: Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa), 2012.
22. Sandermann F, Zhou M, Rendaelli M, et al. Die Arzneimittelversorgung. In: Karl Walter Lauterbach KW et Brunner H (Hrsg.) Gesundheitsökonomie: Huber; 2013: 181-97.
23. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). SGB V § 130b Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2014.
24. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi). Exportinitiative Gesundheitswirtschaft: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), 2011.

25. World Health Organization (WHO), World Trade Organization (WTO) et World Intellectual Property Organization (WIPO). Promoting Access to Medical Technologies and Innovation. Intersections between public health, intellectual property and trade: World Health Organization (WHO), World Trade Organization (WTO) et World Intellectual Property Organization (WIPO), 2012.
26. New W. Australia Accepts Indonesia WTO Dispute On Tobacco Packaging; Calls For Five Disputes To Be Joined: *Intellectual Property Watch* 2014.
27. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable Diseases. *New England Journal of Medicine* 2013; **369**(14): 1336-43.
28. General Assembly of the United Nations. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: General Assembly of the United Nations, 2012.
29. WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: WHO, 2013.
30. The Lancet. Urgently needed: a framework convention for obesity control. *The Lancet* 2011; **378**(9793): 741.
31. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet* 2013; **381**(9867): 670-9.
32. Hogerzeil HV, Liberman J, Wirtz VJ, et al. Promotion of access to essential medicines for non-communicable diseases: practical implications of the UN political declaration. *The Lancet* 2013; **381**(9867): 680-9.
33. WHO. Access to essential medicines. Draft resolution proposed by China, Libya, Republic of Korea and South Africa. In: Board WE, editor.; 2014.
34. New W. World Health Assembly: Draft Of NCD Action Plan Shows Compromises On IPRs: *Intellectual Property Watch* 2013; (23.05.2013).
35. New W. WHO Board Adopts Resolution On Medicines Access After TRIPS Flexibilities Debate: *Intellectual Property Watch* 2014; (25.01.2014).