

KAAD Jahresakademie, 26.4.2014

Podiums- und Plenumsdiskussion: Wege zu globaler Gesundheitsgerechtigkeit

Impulsreferat Walter Bruchhausen, Universitäten Bonn und Aachen

[Folie: worldmapper] Dass wir von globaler Gerechtigkeit bei der Gesundheit weit entfernt sind, zeigt schon der kurze Blick auf diese entsprechend größenverzerrte und gefärbte Weltkarte: Für den häufig verwendeten, weil gut messbaren Indikator kindliche Todesfälle reicht sie vom Dunkelrot des kriegsgeschüttelten Kongo durch das ganze Farbspektrum bis zum Violett des kaum sichtbaren Europa oder Australien.

Die Ursachen dafür sind vielfältig und bestens bekannt, sie hängen alle mit der Armut der Betroffenen zusammen. Andere häufig beschuldigte Faktoren wie Tropenklima, Kultur oder schlechte Regierungsführung werden letztlich nur in Verbindung mit Armut wirksam. Reiche können auch in den Tropen, als Gegner europäischer Kultur und unter korrupten Regimes recht gesund leben.

[Folie: MDGs] Zu den hoffnungsvollen Zeichen der letzten Jahre gehört, dass man immer weniger bereit ist, die katastrophale Gesundheitssituation so vieler Menschen einfach hinzunehmen. Unter die acht Millennium-Entwicklungsziele der Weltgemeinschaft wurden ja drei unmittelbar gesundheitsbezogene aufgenommen, die Senkung von Kinder- und Müttersterblichkeit sowie von HIV/AIDS, Malaria und anderen Infektionskrankheiten. Die Erfolge sind nachweisbar und eindrucksvoll, auch wenn nicht alle Länder bis zum nächsten Jahr 2015 die Ziele erreichen werden.

[Folie: Gliederung] Aber es ist sicher viel mehr nötig und möglich. Als Einstieg in die Diskussion darüber, auf dem Podium und mit allen hier im Saal, möchte ich kurz einige der vielen Wege skizzieren, globale Gesundheitsungleichheit zuerst wahrzunehmen (1. kürzerer Teil) und etwas dagegen zu tun (2. Teil).

[Folie: Todesursachen] Unsere Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen war lange durch die Statistiken von Todesursachen bestimmt. Demnach müssten wir v.a. etwas gegen Herz-Kreislaufkrankungen tun, dann gegen Infektionen und an dritter Stelle gegen Krebs. Unfälle, psychiatrische Erkrankungen, Diabetes oder mütterliche Todesfälle spielen eine weitaus geringere Rolle.

[Folie: DALYs] Seit den 1990er Jahren verwenden die Epidemiologen und GesundheitsökonomInnen jedoch noch andere Messgrößen. Denn für die Beurteilung der globalen Krankheitslast macht es doch einen Unterschied, ob man an einer Krankheit im

hohen Lebensalter verstirbt, oder aber entweder schon als junger Mensch oder gar nicht daran verstirbt, sondern viele Jahrzehnte stark eingeschränkt lebt, z.B. wie nach verkrüppelnden Unfällen, bei Diabetes oder nach Schlaganfällen. Wenn wir auf diese durch Tod oder starke Einschränkung verlorenen Lebensjahre, die DALYs, und die einzelnen Weltregionen blicken, ergibt sich ein deutlich anderes Bild. Jetzt dominieren die Infektionskrankheiten, wie zu erwarten natürlich besonders in Afrika und Süd-Ostasien, doch ebenso global. Aber auch in diesen Regionen spielen die nicht-übertragbaren Erkrankungen (darunter Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen, Krebs und Krankheiten) keine so andere Rolle wie in den Hoch-Einkommensländern. Diese Regionen tragen also eine doppelte Krankheitslast von sozusagen alten und neuen Gesundheitsproblemen. Außerdem ist in wirtschaftlich schwächeren Ländern die Belastung durch Unfallfolgen um ein mehrfaches höher – also gleichsam eine dreifache Last.

[Folie: Needs] Schon aus diesem allergrößten Überblick lassen sich also Schlussfolgerungen ableiten:

- Der Schwerpunkt der Millenniums-Entwicklungsziele bei den Infektionskrankheiten ist richtig, aber er muss ergänzt werden.
- Die nicht-übertragbaren Erkrankungen bilden in Low and Middle Income-Staaten eine ebenso große Last wie in Hocheinkommensländern und nehmen stark zu.
- Unfälle stellen sogar eine weitaus höhere Belastung als in Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen dar, eine Belastung, die mit weiterer Technisierung, Motorisierung und Industrialisierung, aber auch Kriegen, zunimmt.

[Folie:] II. Approaches

Schauen wir jetzt im zweiten Teil, was getan wurde, wird und werden könnte. Dabei kann es sich nicht nur um die Perspektive des unbeteiligten Beobachters drehen, denn uns, die wir auf verschiedene Weise zum KAAD gehören, geht diese Frage in mehrfacher Weise an:

- als Bürger einer Weltgemeinschaft, denn im KAAD kommen Menschen aus aller Welt zusammen
- als Bürger unseres jeweiligen Staates, zu dessen Aufgaben die Gesundheit gehört
- als Spender, die den sinnvollen Einsatz ihrer Beiträge wollen
- als Christen oder Angehörige anderer Religionsgemeinschaften, zu deren Sendung die Sorge für die Kranken und für Gerechtigkeit gehört

- als Akademiker, die ihre Ausbildung und Förderung nicht bekommen, um ihr eigenes Leben zu verbessern, sondern um der (Welt-)Gesellschaft zu dienen, zu deren Grundlagen Gesundheit und Gerechtigkeit zählen, auch wenn man nicht einem Gesundheitsberuf angehört.

Ich möchte entsprechend gliedern, nämlich fragen, was auf diesen fünf Ebenen von Welt/Weltorganisationen, Staat/Regierung, Zivilgesellschaft/privaten Geldgebern, Kirchen/religiösen Gemeinschaften und Universität/Wissenschaft getan wurde und getan werden kann.

[Folie:] 1. Global(isierung)

Die neuzeitliche Globalisierung führte auch zu einer Ausbreitung des Medizintyps, der in Europa entstanden ist und die Heilkunde anderer Weltregionen in bestimmte Nischen zurückgedrängt hat. Dabei ging es im frühen Kolonialimperialismus nicht um Gesundheitsgerechtigkeit, sondern nur um das Allernötigste für eine gesunde Bevölkerung als Arbeitskräfte. Erst in den letzten Jahrzehnten der Kolonialzeit kam der Gedanke auf, dass Gesundheit selbst auch Bestandteil von Entwicklung ist, dass Wohlfahrt und damit auch Gesundheit zu den Menschheitszielen gehören müssen.

Die Vereinten Nationen brachten diese Einsicht in die Formulierung der Menschenrechte ein, in § 25 der Allgemeinen Erklärung von 1948 als Recht auch auf medizinische Versorgung und im Pakt über soziale Rechte von 1966 in § 12 als Recht auf den bestmöglichen Gesundheitszustand. Die verbindliche Interpretation dieser Paragraphen wurde in den letzten Jahren konkretisiert und ist einer der Ausgangspunkte für mehr Gesundheitsgerechtigkeit.

Ein weiterer wichtiger Schritt zu mehr globaler Gesundheitsgerechtigkeit war, dass die Erkenntnis über gesundheitsrelevante Maßnahmen 1978 in der Erklärung von Alma Ata, heute Almaty, zur Strategie „Primary Health Care“ mit dem Ziel „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ zusammengefasst und offiziell angenommen wurde.

[Folie: PHC] Damit war anerkannt, dass die Vorbeugung durch Wissen über Gesundheit, Zugang zu sauberem Trinkwasser und ausreichende Ernährung wichtiger für die Gesundheit sind als die präventivmedizinischen Maßnahme von Mutter- und Kindgesundheit, Impfung und Seuchenkontrolle und weit wichtiger als die kurativen Maßnahmen angemessener Behandlung und Medikamentenversorgung. Die Entwicklungshilfe hat sich daraufhin vom Bau großer Krankenhäuser auf die flächendeckende Verfügbarkeit von Primary Health Care verlegt.

Leider haben die harten, ökonomisch begründeten Einschnitte in den Sozialbereich in den folgenden Jahren verhindert, dass dieses Umdenken durchgängig zu Erfolgen führen konnte. Die 1980er Jahre gelten als das verlorene Jahrzehnt, indem der Zerfall verschiedener Staaten und seiner Infrastruktur sogar zu einem Anstieg der Säuglingssterblichkeit führte.

[Folie: Health economics] Erst die gesundheitsökonomische Neuberechnung der 1990er Jahre, in zwei Berichten von Weltorganisationen, brachte neue Anstöße: Demnach sind Gesundheitsmaßnahmen nicht primär als bloße Verbraucher wirtschaftlicher Erträge anzusehen, sondern als Voraussetzung und Förderung wirtschaftlicher Entwicklung. Investition zumindest in bestimmte Gesundheitsbereich lohnt sich volkswirtschaftlich!

Ebenso wurde Gesundheit immer stärker als Querschnittsaufgabe wahrgenommen, die in allen anderen Politikbereichen berücksichtigt werden muss. Handelsrecht hat über Patent- bzw. geistige Eigentumsrechte unmittelbare Auswirkung auf die Verfügbarkeit lebensnotwendiger Medikamente, Giftmüllexport erhöht die Krebshäufigkeit, *land grabbing* führt in der Konkurrenz zwischen Tank, Trog und Teller zu verknüpften Anbauflächen für Lebensmittel und dadurch Unterernährung, Waffenexporte erhöhen Opferzahlen, restriktive Flüchtlingspolitik behindert ärztlich indizierte Krankenversorgung – um nur ein paar Beispiele für die hohe Gesundheitsrelevanz anderer Politikfelder zur nennen.

[Folie: NCDs] Als der dramatische Anstieg der nicht-übertragbaren Erkrankungen bewusst wurde, wurde nicht nur auf der Ebene der WHO, sondern der UN reagiert, in einem High-level meeting 2011. In Schwellenländern nehmen auch bei den Ärmeren durch Alkohol- und Tabakkonsum, veränderte Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten Herz-Kreislauf-, Krebs- und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes sehr stark zu. Reduktion bei Tabak und Alkohol, Salz und hochkalorischer Ernährung wird deshalb verstärkt angegangen. Leider wurden die psychischen Erkrankungen, von denen schwere Depression nach den DALYs bald zu den drei führenden Krankheiten weltweit gehört, nicht aufgenommen.

Als Konsequenz der Aufmerksamkeit u.a. für die Folgen von Unfällen und die Ursachen von Müttersterblichkeit wurde die lange vernachlässigte chirurgische Versorgung aufgegriffen, in einem eigenen WHO-Programm „Emergency and Essential Surgery“. Durch erhöhten Bedarf, verbesserten Transport und höhere Bevölkerungsdichte verbesserte sich die Auslastung von Operationssälen stark, so dass Operationen – auch durch höhere Ärztezahlen und optimierte Technik – besser möglich und auch aus gesundheitsökonomischer Sicht zu fordern sind.

[Folie:] 2. Staat, z.B. Deutschland

Für die staatlichen Möglichkeiten, zur globalen Gesundheit beizutragen, besteht häufig als Erblast – wie im Fall der beiden deutschen Staaten –, dass die Entwicklungspolitik so lange außen- und wirtschaftspolitischen Interessen, in Kaltem Krieg und Ölkrise, untergeordnet blieb. Daraus ergab sich zwangsläufig eine Bevorzugung der Entsendung von Experten, von bestimmten Ländern und von bilateraler Kooperation, weil dies mehr „Sichtbarkeit“ bietet. „Wo Deutschland drin ist, soll auch Deutschland draufstehen“ (BMZ, Die Schwerpunkte der deutschen Entwicklungspolitik, Bonn/Berlin: BMZ o.J.) hieß es unter dem letzten Minister offiziell. Wenn aber jedes Geberland seine eigenen Programme fährt, statt in gemeinsame Töpfe einzuzahlen, vermehrt das für Empfängerländer den Aufwand sehr stark, ja macht eine sinnvolle Koordination fast unmöglich.

Vergleichsweise spät hat im letzten Sommer die Bundesregierung, nach mehrjährigen Konsultationen auch mit der Zivilgesellschaft, ein Globales Gesundheitskonzept verabschiedet. Es ist an verschiedenen Punkten zu diskutieren, das klare Bekenntnis zu Gesundheit als Menschenrecht und zur führenden Rolle der Weltgesundheitsorganisation ist jedoch ausdrücklich hervorzuheben.

[Folie:] 3. Spenden

Wenn es um die Finanzierung durch nicht-staatliche Mittel geht, ist bedenklich, dass sich das private Spendenaufkommen von langfristiger Strukturhilfe hin zu Nothilfe in Katastrophen verschiebt. Der Tsunami im Indischen Ozean 2004 war ein Beispiel, wo selbst eine Nothilfe-Organisation wie Ärzte ohne Grenzen selber öffentlich sagte, dass sie diese Spendensumme hier nicht sinnvoll einsetzen könne.

Die superreichen Spender haben allerdings anderen Prioritäten im Gesundheitsbereich, sie kehren sogar das aus Deutschland gewohnte Verhältnis um: Während bei uns über Jahrzehnte der Staat kirchliche und andere nicht-staatliche Projekte finanziell stark förderte, beteiligen sich Großstifter wie Bill und Melinda Gates inzwischen an staatlichen bzw. staatlich initiierten oder geleiteten Maßnahmen.

In so genannter Public-Private Partnership sind auf diese Weise Globale Akteure entstanden, wie der Global Fund gegen AIDS, Malaria und Tuberkulose (GFAMT) oder die Impfallianz GAVI, die das Budget der Weltgesundheitsorganisation in den Schatten stellen.

[Folie:] 4. Kirchen und religiöse Gemeinschaften

Auch wenn ihre Rolle inzwischen quantitativ hinter der von Staaten zurückbleibt, hatten und haben Kirchen und religiöse Gemeinschaften wichtige Pionierfunktionen im

Gesundheitsbereich. Angetrieben vom Auftrag Christi, sich um die Kranken zu kümmern und sie zu heilen, haben Christen immer für diejenigen, die sich keinen Arzt leisten können, gesorgt und entsprechend auch in der neuzeitlichen Mission europäische Medizin in alle Erdteile gebracht.

Auch heute, nach der Übernahme sozialer Aufgaben durch die Staaten, bleiben sie aus verschiedenen Gründen für den Gesundheitsbereich wichtig:

- Weil Kirchen sich - wie auch manche anderen Nicht-Regierungsorganisationen - eine gewisse Unabhängigkeit von Staat und Wirtschaft erhalten können, sind sie in der Lage, Anwalt für die gesundheitlich Benachteiligten zu sein
- Kirchen können durch ihre Vertreter und Gemeinden vor Ort auf der Grasswurzel-Ebene ansetzen, die Erfahrungen der Betroffenen selbst einbringen und die Beteiligung der örtlichen Gemeinschaft ermöglichen.
- Mit ihren vom Staat unterschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Ausbildungsstätten für Krankenpflege, Ärzte und andere Gesundheitsberufe können sie Vorbilder im Berufsethos hervorbringen.
- Durch das Vertrauen, das sie in der Bevölkerung besitzen, können Religionsgemeinschaften in vielen Fragen gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen fördern, Beispiele sind HIV/AIDS, Säuglingspflege, weibliche Genitalverstümmelung, verantwortete Elternschaft.
- Weil Religion engagiert gegen Krankheit kämpft, aber sie auch als Teil der menschlichen Existenz anerkennt, kann sie mit ihrer spirituellen Sicht in der Bewältigung von Leid besser helfen als eine Perspektive, die in Krankheit nur eine Niederlage sehen kann.

[Folie:] 5. Akademia

Dass Global Health nicht nur ein Schlagwort bleibt, sondern immer mehr mit konkreten Inhalten gefüllt wird, ist sicher das Verdienst des akademischen Bereichs, der Universitäten v.a. des englischsprachigen Raums. Die renommierte medizinische Fachzeitschrift The Lancet hat in einer Artikelserie weltweit renommierte Autoren zu den zentralen Themen zusammengebracht. 2009 haben sich die führenden Universitäten der USA, darunter die gesamte Ivy League, in einem Consortium zusammengeschlossen, unter einer breit aufgenommenen Definition von Global health nicht als neues Fach, sondern als

interdisziplinäres Feld von Lehre, Forschung und Praxis, in dem es für die Gesundheit aller Menschen weltweit um die Verbesserung und den Abbau von Ungleichheit geht.

Amerikanische Studierende, aber auch deutsche Medizinstudierende überlaufen Global Health-Veranstaltungen. Das Thema ist auch an Universitäten viel beachtet. Was aber macht es zu mehr als nur einem neuen Namen? In mindestens drei Punkten hat die anfangs dargestellte epidemiologische Analyse zu veränderten Herangehensweisen geführt:

Viel stärker als in klassischer medizinischer Entwicklungshilfe wird jetzt die Integration gefordert,

- nämlich von Public health, klinischer Medizin und Forschung: Viele stark zunehmende Gesundheitsprobleme verlangen eben nicht nur Prävention und Seuchenbekämpfung, sondern hochwertige Behandlung auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnis, ohne dass hier in jedem Fall extrem teure High-tech-Hochleistungsmedizin gefordert ist.
- ist die Berücksichtigung von communicable and non-communicable diseases (NCDs) erforderlich
- müssen alle relevanten akademischen Fächer auch außerhalb der Medizin einbezogen sein, weil direkt gesundheitsbezogene Fragen von z.B. Finanzierungsmodellen, Patentrecht oder Umweltverträglichkeit nicht ohne entsprechende Fachexpertise behandelt werden können.

Wer bietet all diese Expertisen unter einem Dach, wenn nicht Universitäten und eben der KAAD?

[Folie: Conclusion] Zusammenfassend möchte ich also festhalten, dass

- größere Gesundheitsgleichheit und –gerechtigkeit möglich ist,
- dafür bisherige Herangehensweisen überprüft werden müssen,
- und zwar immer wieder, weil es sich um ein hoch dynamisches Feld handelt,
- das aber genau deshalb auch langen Atem braucht, ständige Anwaltschaft und den Rückbezug auf gemeinsame Werte.

Und genau das bedeutet, dass sich hier zusätzlich zur staatlichen und überstaatlichen Verantwortung akademische Expertise und die Zivilgesellschaft in ihren verschiedenen Formen einbringen müssen, nicht zuletzt die Kirchen und andere religiöse Gemeinschaften.